



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE
MAESTRÍA Y DOCTORADO EN URBANISMO



CALIDAD PERCIBIDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA ZONA METROPOLITANA DE PACHUCA: UNA VISIÓN DESDE LOS USUARIOS VULNERABLES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN URBANISMO
P R E S E N T A
JESÚS ENCISO GONZÁLEZ

DIRECTOR DE TESIS
CARLOS FÉLIX GARROCHO RANGEL

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.

PROGRAMA DE
MAESTRÍA Y DOCTORADO EN URBANISMO

CALIDAD PERCIBIDA DE LOS SERVICIOS DE
SALUD EN LA ZONA METROPOLITANA DE
PACHUCA: UNA VISIÓN DESDE LOS USUARIOS
VULNERABLES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN URBANISMO
P R E S E N T A
JESÚS ENCISO GONZÁLEZ

DIRECTOR DE TESIS
CARLOS FÉLIX GARROCHO RANGEL

2011

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Carlos Félix Garrocho Rangel

SINODALES

Dr. Hermilo Salas Espíndola

Dr. Sócrates López Pérez

Dra. María del Carmen Valverde Valverde

Dra. Esther Maya Pérez

DEDICATORIAS

A mi madre, mi maestra en asuntos de fortaleza y constancia
A Sarafí, porque sigas alimentando mis esperanzas
A Elena, gracias por tu compañía y por compartirme tu calidad humana
A mis hermanas, por su ayuda y comprensión
A las médicas ligadas a mi vida. ¿Cómo pagar todas sus enseñanzas?

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Carmen Valverde, por creer en mí.
Al Dr. Carlos Garrocho, por haberme llevado a buen puerto y en buen tiempo.
Al Dr. Sócrates López y al Dr. Hermilo Salas, por su amistad y solidaridad
Mil gracias, Dra. Esther Maya
A los médicos, enfermeras y usuarios del Hospital General de Pachuca, por compartir su vida conmigo
Al CONACYT y a la UNAM, porque sin ellas mi educación superior difícilmente hubiera sido posible.

INDICE

Presentación	18
Introducción General.....	19
CAPÍTULO 1 LA CALIDAD Y LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	25
Introducción: Calidad y servicios públicos. Hacia una visión crítica de su teorización desde el enfoque urbano.....	25
1.1 Hacia una clarificación conceptual de la calidad en Servicios de Salud.....	30
1.1.1 Visión histórica de la calidad sanitaria.....	30
1.1.2 Calidad como fenómeno en las actividades hospitalarias y como objeto de Investigación científica	33
1.1.3 Tipos de calidad en la atención a la salud.....	37
1.1.4 Calidad en salud y Ciudad	39
1.2 Corrientes actuales de interpretación sobre la calidad de atención a la salud.....	39
1.2.1 El modelo unificador de Avedis Donabedian y sus seguidores.....	39
1.2.2 El modelo Anglosajón.....	43
1.2.3 El modelo Europeo	45
1.2.4 La escuela Mexicana y Latinoamericana	46
1.2.5 Otros modelos vigentes.....	49
1.3 Metodologías y formas de medición de la calidad de atención médica.....	49
1.3.1 Medir y Evaluar: una discusión conceptual.....	49
1.3.2 Determinantes a medir sobre la calidad de atención médica: adecuación, excelencia y satisfacción.	50
1.3.3 Medición de la Calidad Estructural.....	53
1.3.4 Medición de la Calidad Procesal.....	53
1.3.5 Medición de la Calidad de Resultados.....	55
1.3.5.1 Mediciones en calidad percibida.....	58
1.3.6 Algunos intentos de construcción de índices globales de calidad.....	61
1.4 A modo de conclusiones preliminares: Satisfacción y calidad percibida como elementos claves en cuestiones de calidad sanitaria.....	63
CAPÍTULO 2 EXPERIENCIAS INTERNACIONALES EN CALIDAD DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD.....	65
Introducción.....	65
2.1 Salud internacional y salud global: sus temas de discusión	65
2.2 Ciudad y adultos mayores: dos problemas emergentes de la agenda de las organizaciones internacionales	70

2.2.1 Calidad sanitaria y periferia.....	70
2.2.2 Programas para poblaciones vulnerables y para los adultos mayores en ámbitos urbanos.....	71
2.2.3 Programas de evaluación de calidad percibida de servicios de geriátricos	73
2.2.4 Propuesta y acciones de rediseño de la ciudad como resultado de Evaluaciones en calidad real y percibida.....	74
2.3 Calidad del Sistema de salud en Norteamérica (Estados Unidos y Canadá).....	80
2.3.1 Calidad en su visión productivista.....	81
2.3.2 Medicare y medicaid: la atención al adulto mayor.....	82
2.3.3 Programas y estudios de calidad percibida en atención médica de Adultos mayores.....	85
2.3.4 Propuesta de rediseño de la ciudad derivadas de los estudios de calidad percibida.....	88
2.4 Calidad del Sistema de salud en Europa del Este (Inglaterra y España).....	89
2.4.1 Papel de la calidad en el sistema de salud nacional.....	90
2.4.2 Programas de atención a poblaciones vulnerables.....	90
2.4.3 Programas de atención geriátrica.....	91
2.4.4 Programas y estudios de calidad percibida en atención médica de Adultos mayores.....	93
2.4.5 Propuesta de rediseño de la ciudad derivadas de ala atención a la salud....	96
2.5 Calidad del sistemas de Salud en Asia (Japón y China).....	97
2.5.1 Programas de atención geriátrica.....	100
2.5.3 Programas y Estudios de calidad percibida en atención médica de adultos mayores.....	101
2.5.4 Propuestas y Mejoras de habitabilidad de la ciudad a partir de la calidad Percibida.....	103
2.6 Calidad del Sistema de salud en América Latina.....	103
2.6.1 Papel de la calidad en los sistemas nacionales de salud	104
2.6.2 Programas de atención geriátrica.....	104
2.6.3 Programas y Estudios de calidad percibida en atención medica de adultos mayores.....	106
2.6.4 Mejoras de habitabilidad de la ciudad como resultado de evaluaciones de calidad real y percibida.....	110
2.7 A modo de conclusión: Enseñanzas para la planeación, organización y mejora de los servicios de salud en México.....	110
CAPÍTULO 3 EL ADULTO MAYOR COMO USUARIO DE SERVICIOS DE SALUD: LA CONSTRUCCIÓN METODOLÓGICA DE LA CALIDAD PERCIBIDA	111
Introducción.....	111

3.1 Fortalezas y debilidades de las metodologías líderes en el tema. Breve estudio comparativo.....	112
3.2 Adopción y adaptación de la metodología seleccionada: el diseño de la investigación.....	116
3.2.1 Preguntas y proposiciones de investigación direccionales y no direccionales.....	116
3.2.2 La información: principales fuentes.....	118
3.2.3 Los instrumentos su formulación.....	119
3.3.1.4 Las desigualdades sociales y espaciales en la utilización de los servicios de salud.....	121
3.2.4 Metodología para la recolección de datos.....	121
3.2.4.1 Selección de áreas geográficas. La zona de estudio. Breve nota informativa.....	121
3.2.4.2 Organización del levantamiento. El estudio piloto y la ruta crítica.....	122
3.2.4.3 Selección de Unidades de salud y configuración de muestras.....	124
3.2.4.4 Selección de los informantes.....	125
3.3 Análisis de la información.....	125
3.3.1 Las técnicas estadísticas.....	126
3.3.2 Interpretación de la información: el papel de la ideología.....	126
3.4 A modo de conclusiones preliminares: de lo multidisciplinario a lo transdisciplinario como soporte del pensamiento científico en urbanismo.....	128
Los instrumentos de recolección de información.....	129

**CAPÍTULO 4 PROBLEMÁTICA DE LA ZMCP Y DE SUS SERVICIOS
DE SALUD 141**

Introducción.....	141
4.1 El Área de estudio	142
4.1.1 Transformaciones del espacio público ¿Orden o desorden urbano?.....	142
4.1.2 Socioespacialidad y salud	145
4.2 Problemáticas generales de la ZMCP.....	146
4.2.1 Metropolización, contraurbanización y policentralidad.....	146
4.2.2 Pobreza y marginación	151
4.2.3 Cambios demográficos	156
4.2.3.1 La Migración y su tipología.....	159
4.2.3.2 Efectos del cambio demográfico en familias y hogares.....	159
4.2.4 El envejecimiento poblacional.....	159
4.2.4.1 Tendencias y características sociodemográficas y económicas del adulto mayor.....	162
4.2.4.2 Pobreza y vulnerabilidad del adulto mayor en la zona.....	165
4.2.4.3 Envejecimiento, clase social y género: variables relacionadas.....	165
4.2.5 La economía de la zona y los mercados sanitarios.....	165
4.2.5 Estructura y problemática general del sistema de salud.....	170

4.3 Abordajes de la problemática de los servicios de salud	177
4.3.1 Un abordaje común : la cobertura.....	177
4.3.2 Un enfoque actual : calidad del servicio y calidad urbana.....	178
4.3.2.1 Calidad real y accesibilidad a los servicios sanitarios.....	178
4.3.2.2 Los patrones de utilización en la población:	
Familia, utilización y adherencia.....	178
4.3.2.3 Servicio centrado en el paciente y en la familia.....	179
4.3.2.4 Indicadores de calidad urbana y desempeño de Pachuca:	
la calidad de vida relacionada con la salud.....	180
4.3.3 Programas de salud para el adulto mayor.....	180
4.4 Conclusiones preliminares.....	182

CAPÍTULO 5 CALIDAD PERCIBIDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA ZMCP : UNA VISIÓN ESTADÍSTICA Y SOCIOLOGICA... 183

Introducción.....	183
5.1 Presentación general de los resultados del trabajo de campo	187
5.1.1 El Hospital General de Pachuca: un paradigma institucional.....	187
5.1.2 Características de la población en estudio.....	191
5.1.3 Percepción de la calidad en el servicio: las grandes variables.....	201
5.1.4 Modelo de correlación estadística.....	219
5.1.5 Análisis de sensibilidad.....	226
5.1.6 Percepción del proveedor del servicio.....	229
5.2 Calidad percibida y participación ciudadana en salud : una discusión y un intento de interpretación desde la sociología urbana.....	230
5.2.1 Redimensionamiento de la Calidad percibida como categoría de análisis urbano.....	231
5.2.2 Esfuerzos de consolidar una ciudadanía en salud en el Hospital General de Pachuca.....	231
5.2.2.1 El Programa Nacional para la calidad en salud: sus objetivos.....	232
5.2.2.2 Papel de la calidad percibida en el programa nacional.....	233
5.2.2.3 La estrategia del Aval Ciudadano: filosofía y herramientas.....	233
5.2.2.4 Evaluación del Aval ciudadano en la ZM de Pachuca de Soto.....	237
5.5 Desigualdad Socioespacial, cultura política y gestión de servicios de salud	241
5.3.1 Desigualdades sociales y desigualdades territoriales en salud.....	242
5.3.2 Calidad percibida y conformación de un discurso crítico.....	242
5.3.3 Conformación de una cultura política en salud.....	243
5.3.4 Hacia una gestión y una política sanitaria participativa.....	244
5.6 A modo de conclusiones: la cultura sanitaria político-técnica de la población como garantía de efectividad al esquema administrativo de la calidad	244

CAPÍTULO 6 CONCLUSIONES, HALLAZGOS E IMPLICACIONES PARA LA PLANEACIÓN URBANA.....	247
Introducción.....	247
6.1 Conclusiones y hallazgos de la investigación.....	247
6.1.1 Preguntas, Objetivos e hipótesis: cumplimiento.....	247
6.1.2 Alcances, fortalezas, limitaciones y debilidades de la investigación.....	253
6.1.3 Hacia una propuesta de política de Salud en cuestiones calidad percibida...	255
6.1.3.1 Implicaciones para la planeación urbana.....	257
6.1.3.1.1El ámbito espacial.....	258
6.1.3.1.2El ámbito no espacial.....	259
6.1.3.1.3El papel de la ética en las labores de planeación.....	260
6.2 Aportaciones de la Investigación.....	261
6.2.1 Teóricas.....	261
6.2.2 Metodológicas.....	263
6.2.3 Empíricas.....	265
6.2.4 Calidad percibida, calidad urbana y servicios públicos: lineamientos para una agenda de investigación.....	235
 BIBLIOGRAFÍA.....	 236

ÍNDICE CUADROS

Cuadro 1.1 Correspondencia histórica revoluciones industriales y atención a la salud.....	31
Cuadro 1.2 Tipología de la investigación en salud y fenómenos a estudiar.....	34
Cuadro 1.3 Indicadores del modelo unificador.....	51
Cuadro 1.4 Diferentes modelos de los programas de evaluación y mejora de la calidad asistencial.....	52
Cuadro 1.5 Componentes de la calidad percibida en los modelos de Hulka, Ware y Parasuraman.....	60
Cuadro 2.1 Oportunidades y retos del movimiento de Ciudades y Municipios Saludables.....	80
Cuadro 3.1 Comparación de metodologías de análisis en calidad percibida.....	113
Cuadro 3.2 Rubros considerados en las metodologías sobre calidad percibida	114
Cuadro 3.3 Ponderación de la metodologías sobre calidad percibida.....	115
Cuadro 3.4 Ficha técnica del procedimiento metodológico.....	116
Cuadro 3.5 Clasificación de preguntas Instrumento del usuario.....	120
Cuadro 3.6 Organización del Trabajo de Campo.....	123
Cuadro 3.7 Descripción de actividades.....	124
Cuadro 3.8 Plan de Análisis estadístico de resultados.....	126
Cuadro 4.1 Población y Tasas de crecimiento en las ZM de Hidalgo.....	150
Cuadro 4.2 Población de 65 años y más en la ZMCP.....	161
Cuadro 4.3 Familias afiliadas al Seguro Popular por grupos de municipios en Hgo.....	168
Cuadro 4.4 Cuotas por familia por decil de ingreso.....	169
Cuadro 4.5 Población y recursos en las instituciones públicas de salud en Hidalgo, 2004.....	171
Cuadro 4.6 Población y Recursos en las Instituciones Públicas de Salud en la ZM de Pachuca 2004.....	175
Cuadro 4.7 Casas de salud y auxiliares que funcionan en la ZMCP, 2005.....	176
Cuadro 4. 8 Número de Consultas por Régimen de Institución.....	177
Cuadro 5.1 Hospital General: Recursos e Infraestructura.....	190
Cuadro 5.2 Distribución geográfica de los usuarios del Hospital General.....	193
Cuadro 5.3 Rangos de edades de la población usuaria.....	195

Cuadro 5.4 Género y estado civil de la población usuaria de 60 años y más.....	195
Cuadro 5.5 Ocupaciones Actuales de la población usuaria de 60 años y más.....	196
Cuadro 5.6 Ocupaciones Anteriores de la población usuaria de 60 años y más.....	197
Cuadro 5.7 Perfil escolar de la población usuaria de 60 años y más.....	197
Cuadro 5.8 Áreas de mayor consulta y enfermedades de mayor prevalencia.....	198
Cuadro 5.9 Número de hijos en la Población Usuaria de 60 años y más.....	199
Cuadro 5.10 Número de hijos por rangos.....	200
Cuadro 5.11 Tipo de seguros del usuario de 60 años y más del Hospital General.....	200
Cuadro 5.12 Tiempo de utilización del servicio del usuario de 60 años y más en el Hospital General.....	202
Cuadro 5.13 Clasificación de preguntas, instrumento del usuario.....	203
Cuadro 5.14 Percepción de la accesibilidad física externa.....	204
Cuadro 5.15 Percepción de la accesibilidad interna.....	207
Cuadro 5.16 Percepción de la accesibilidad económica.....	208
Cuadro 5.17 Percepción de la comunicación, el trato y la no discriminación.....	209
Cuadro 5.18 Percepción de la seguridad del usuario.....	211
Cuadro 5.19 Percepción de las competencias del médico y de la enfermera.....	212
Cuadro 5.20 Percepción de Abastecimientos y calidad de espacios.....	213
Cuadro 5.21 Percepción sobre la Participación ciudadana.....	215
Cuadro 5.22 Percepción de la calidad de la institución.....	216
Cuadro 5.23 Resumen de categorías para evaluar la Calidad Percibida en el Hospital General de Pachuca.....	217
Cuadro 5.24 Percepción global de la calidad.....	218
Cuadro 5.25 Variables determinantes de la calidad percibida en el Hospital General de Pachuca de Soto.....	220
Cuadro 5.26 Correlación de variables con la calidad percibida.....	222
Cuadro 5.27 Índice de correlación entre parejas de variables.....	223
Cuadro 5.28 Coeficientes de Correlación.....	225
Cuadro 5.29 Sensibilidad ante cambio de variables líderes.....	226
Cuadro 5.30 Sensibilidad ante el cambio de variables con potencialidad de mejoramiento....	227
Cuadro 5.31 Sensibilidad ante cambio de variables actualmente deprimidas.....	228

Cuadro 5.32 Quejas ante la CONAMED a nivel nacional.....	230
Cuadro 5.33 Porcentajes de avance en la instalación y medición de Avaless Ciudadanos En México (Enero Diciembre 2009).....	238
Cuadro 5.34 Tipología de Avaless Ciudadanos en México.....	240
Cuadro 5.35 Sugerencias surgidas del Aval Ciudadano.....	241

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 Tipología de las visiones de la calidad en la atención a la salud.....	38
Figura 1.2 Visión del Modelo Unificador.....	40
Figura 1.3 Dimensiones de la calidad de los Servicios de Salud.....	48
Figura 1.4 Variables del Modelo Unificador.....	50
Figura 2.1 Porcentaje de población de más de 60 años en países seleccionados.....	69
Figura 2.2 Mapa de las ciudades globales amigables con el adulto mayor.....	76
Figura 2.3 Barómetro sueco de satisfacción del usuario.....	86
Figura 2.4 Modelo de Índice Norteamericano de satisfacción del cliente (ACSI).....	87
Figura 2.5 Modelo de Índice Europeo de satisfacción del usuario (ECSI).....	94
Figura 2.6 Modelo del Índice Noruego de satisfacción del Cliente.....	95
Figura 2.7 Envejecimiento del continente asiático.....	97
Figura 2.8 Pirámide de Kano: Un modelo de valor del usuario.....	102
Figura 2.9 Modelo Índice Mexicano de satisfacción del usuario.....	107
Figura 2.10 Modelo del Índice Mexicano de satisfacción del usuario para el sector público..	109
Figura 3.1 Espectro de instrumentos a aplicar.....	119
Figura 3.2 Ubicación de Pachuca en el panorama Nacional.....	122
Figura 3.3 Zona metropolitana de la Ciudad de Pachuca.....	122
Figura 4.1 Evolución urbana de la Ciudad de Pachuca.....	144
Figura 4.2 Ubicación del Estado de Hidalgo en el panorama nacional.....	146
Figura 4.3 Zonas Metropolitanas del Estado de Hidalgo.....	147
Figura 4.4 Población de los Municipios de Hidalgo: 1990-2005.....	148

Figura 4.5 Zona Metropolitana de Pachuca de Soto.....	149
Figura 4.6 Subcentros de la Ciudad de Pachuca de Soto.....	151
Figura 4.7 Índices de pobreza en nueve entidades.....	152
Figura 4.8 Índices de pobreza en cinco municipios hidalguenses.....	153
Figura 4.9 Marginación en el Estado de Hidalgo.....	154
Figura 4.10 Índices de pobreza en la media estatal y en 9 municipios hidalguenses.....	155
Figura 4.11 Grados de marginación por AGEB urbanos en la Aglomeración Urbana de Pachuca.....	156
Figura 4.12 Cambios en las Pirámides Nacionales en los próximos años.....	157
Figura 4.13 Pirámide de edades de la Aglomeración urbana de Pachuca 2000.....	160
Figura 4.14 Incremento de la población de 65 y más años en la ZM de Pachuca De 2005 a 2030 (año 1 a año 25).....	161
Figura 4.15 Crecimiento Poblacional por sexos de 65 Años y Más en la ZM de Pachuca De 2005 a 2030 (año 1 a año 25).....	162
Figura 4.16 Distribución espacial de los ancianos en la Ciudad de Pachuca de Soto.....	164
Figura 4.17 Proyección de la PEA por Sector Económico.....	166
Figura 4.18 Participación de la Salud dentro del sector terciario.....	167
Figura 4.19 Grupos de municipios afiliados al Seguro Popular.....	169
Figura 4.20 Disponibilidad de recursos médicos por cada 1000 habitantes.....	170
Figura 4.21 Ubicación de las unidades de salud públicas en la ciudad de Pachuca.....	171
Figura 4.22 Jurisdicciones del sistema sanitario en Hidalgo.....	172
Figura 4.23 Distribución de la Población Usuaria en las Instituciones de Salud de Hidalgo...	173
Figura 4.24 Personal Médico en el Sistema de Salud de Hidalgo.....	173
Figura 4.25 Unidades médicas en servicio en Hidalgo.....	174
Figura 4.26 Correlación de Población atendida y recursos aplicados por régimen de Institución en la ZM de Pachuca.....	176
Figura 4.27 Índices de salud : promedio nacional y en Pachuca	181
Figura 5.1 Viaje de una usuaria anciana al Hospital General de Pachuca.....	186
Figura 5.2 Localización del Hospital General en Pachuca de Soto.....	189
Figura 5.3 Radios de procedencia de los usuarios.....	191
Figura 5.4 Mapeo de los radios de influencia en el Hospital General de Pachuca.....	192

Figura 5.5 Percepción de la calidad de transporte público..... 205

Figura 5.6 Rutas de transporte en Pachuca de Soto..... 195

Figura 5.7 Comparativo de muestras sobre calidad percibida en el Hospital General
De la ZMCP..... 218

Figura 5.8 Comparativo de muestras..... 209

Figura 5.9 Peso de las variables en la calidad Percibida del Hospital General de Pachuca... 223

Figura 5.10 Parejas de variables correlacionadas..... 224

Figura 5.11 Proceso del Aval Ciudadano y monitoreo Trato Digno..... 226

Figura 5.12 Porcentaje de avance en instalación y medición de Avaless Ciudadanos
Enero-Diciembre 2009..... 229

Figura 5.12 Tipo de sugerencias surgidas de Aval Ciudadano..... 241

PRESENTACIÓN

Probablemente sean los espacios públicos la esencia de una ciudad. Así, rescatar la ciudad es, en mucho, hacer funcionales y accesibles sus áreas colectivas. En estos espacios se asientan los servicios públicos de salud como elementos estratégicos para incrementar la calidad de vida urbana, particularmente de los sectores poblacionales de escasos recursos. Por otro lado, los ancianos constituyen una de las poblaciones vulnerables emergentes en las sociedades actuales: un aspecto esencial de su fragilidad radica principalmente en su necesidad de servicios sanitarios de alta calidad y bajo costo. Así, la triada servicios públicos de salud, calidad y ancianos se convierte en una problemática difícil de resolver en las sociedades contemporáneas.

Las sociedades latinoamericanas vivimos un proceso de envejecimiento de nuestras poblaciones que es coincidente con un escaso interés de sus gobiernos por acoplar el diseño físico e institucional de las estructuras urbanas a los ancianos como nuevos actores urbanos. Esta falla de las ciudades dice mucho acerca de los criterios de equidad con las cuales se conducen las urbes actuales. Por esto, no es descabellado pensar que la manera como se atiende la necesidad colectiva de servicios públicos de salud es una consecuencia de nuestra organización socioeconómica y de nuestra endémica falta de proyecto de nación. Esta carencia de proyecto a largo plazo fue atacada con énfasis, al menos en la última década, a través de una apuesta en la implementación de sistemas de calidad en todos los ámbitos de la administración pública. Así, el elevar la calidad de los servicios públicos de salud pasa en la actualidad por estos mecanismos internos casi industriales de eficacia y eficiencia organizacional. Por tanto, el estudio de la calidad de los servicios públicos de salud geriátrica está enganchado actualmente a las dinámicas organizacionales de las unidades de salud. Asimismo, dado que la calidad es una variable compleja, estudiarla tiene implicaciones tanto técnicas en cuanto a la planeación física y organizacional de los servicios como implicaciones sociales, referentes a la justicia en la distribución de recursos y la participación ciudadana.

La presente investigación pretende esclarecer cuál es la lógica de las complejas interrelaciones entre la calidad y otras variables propias de los servicios públicos como la cobertura, la accesibilidad o la utilización. Tal esclarecimiento puede ser una clave para mejorar el diseño de los sistemas de salud. Y es que es obvio mencionar que la sola existencia de unidades públicas de servicios de salud no significa que sean suficientes, que sean accesibles, que se utilicen adecuadamente o que ofrezcan servicios de calidad. También es de interés de la investigación hallar las relaciones del problema de la calidad con teorías económicas o urbanísticas más generales como la globalización, la regulación, la gestión urbana y la gobernabilidad de las ciudades.

Finalmente, señalamos que uno de los problemas más agudos a resolver en el presente trabajo, fue el movernos en el “diluvio de publicaciones sobre las que casi es imposible mantenerse al día, ya no digamos valorar como contribuciones a un proyecto más amplio, especialmente porque este torrente confuso de información parece llevar en su turbia embestida una mezcla indiscriminada de lo nuevo y lo derivativo, lo meticuloso y lo descuidado, lo honesto y lo manipulativo, lo bien informado y lo ignorante, lo prudente y lo perverso” (Donabedian, 1997). Nos enfrentamos así a una gran masa de información publicada, de calidades, extensiones y enfoques muy heterogéneos. Y es que tal vez sea en el tratamiento teórico de la salud donde existan mayores publicaciones científicas, si bien más de orden médico que urbano. Así, a través del caso analizado, aspiramos a contribuir en la medida de lo posible al esclarecimiento de la problemática de la salud en las urbes contemporáneas.

INTRODUCCIÓN GENERAL

Ingresa al estudio del campo de la salud es, en gran medida, adentrarse en lo inter y transdisciplinario. No sólo porque ha quedado establecido desde hace ya un buen tiempo por las organizaciones internacionales que la salud es un fenómeno multidimensional, sino además porque las fuentes de información provienen de una variedad de ciencias (OMS,2008b). La presente investigación toma en cuenta este aspecto y considera en su metodología la introducción de variables espaciales y no espaciales (es decir variables socioespaciales), cuantitativas y cualitativas así como explicaciones que pueden provenir de la sociología urbana, la geografía, la economía, la ética, la psicología o la antropología como ciencias que apoyan el desentrañar la lógica de los procesos urbanos.

La visión inter y transdisciplinaria fue además sugerida por las características de la variable seleccionada para analizar los servicios públicos de salud. En efecto, la calidad posee una doble identidad pues es a la vez objetiva (con centro en la tecnología dura, blanda o el conocimiento médico aplicable y tangible) y subjetiva, (con énfasis en la percepción personal, la ideología, los valores éticos, los prejuicios y las expectativas). En tal sentido podemos argumentar que la calidad subjetiva o percibida es una variable eminentemente cultural.

De acuerdo al análisis del urbanismo sociocultural (Tena 2007, Chombart de Lowe, 1975; Lindón et al, 2006) y al enfoque de la antropología urbana (Geertz,1981; Echeverría,2001 Godelier,1980) la ciudad es un espacio que potencia no sólo las interacciones sociales sino también las formas simbólicas de la vida social. Estas formas permiten fortalecer la cohesión social y se expresan a través de ciertos comportamientos, hábitos, costumbres, creencias, conocimientos y prácticas artísticas o religiosas. A tal tejido de prácticas simbólicas es a lo que se llama cultura. Los habitantes de las ciudades, entonces, tienden a apreciar la calidad de la ciudad o de los servicios públicos a través de su cultura. En particular, ha sido el fenómeno de la salud uno de los más tratados con enfoque cultural. Ello no es casual: el proceso salud enfermedad involucra una inicial percepción personal o colectiva de lo que es estar sano (OMS, 2008a).

En la presente investigación se estudia la calidad percibida como una variable cultural en donde pueden ser observadas las creencias y valores que la población anciana de la Zona metropolitana de Pachuca (ZMCP) tiene acerca de los servicios públicos de salud. Estas creencias y valores están filtradas por las condiciones de vulnerabilidad de los usuarios adultos mayores. Para contextualizar y explicar en qué consiste esta vulnerabilidad que sufre la población anciana, se analizan las condiciones socioeconómicas de la ZMCP. A fin de que la exposición resulte clara, exponemos a continuación cómo se construyó el objeto de estudio.

El planteamiento del problema está concentrado en las preguntas de investigación, que en sí mismas aluden a los objetivos de la tesis. No obstante, se hace énfasis en los siguientes objetivos a fin de explicitar las orientaciones generales de la investigación.

Se propone identificar las variables determinantes de la calidad percibida en los servicios públicos de salud. Ello, en la consideración de que en las últimas décadas ha cobrado especial relevancia el papel

de la percepción de los usuarios como una variable de resultado¹ del servicio público urbano. Para llevar a cabo esta identificación de variables claves, se realiza un estudio de las teorías y las metodologías líderes en el tema y que fueran explicativas de lo que sucede en México y en el mundo. Así, un objetivo clave es la formulación de una metodología propia y eficaz para poder hacer el diagnóstico de la calidad percibida en una institución sanitaria de la Zona metropolitana de la Ciudad de Pachuca de Soto. Objetivos secundarios o intermedios son, en lo teórico, desarrollar conceptos más operativos para el urbanismo en los ámbitos de la calidad, los servicios públicos, los grupos vulnerables y las estrategias de gobernanza y gobernabilidad de las ciudades. Y en lo práctico, se busca establecer algunas recomendaciones que, derivadas de la calidad percibida, impactaran directamente en los criterios de planeación espacial y no espacial.

Como ya se dijo, los objetivos son más fácilmente observables en las preguntas de investigación, pues nos proponen desafíos concretos.

Así, las preguntas básicas o direccionales que responde este trabajo se relacionan con determinar qué es la calidad de los servicios de salud, definiendo además sus metodologías de medición, cuál es su importancia para el adecuado funcionamiento de los sistemas sanitarios en la ciudad y cuáles sus aportaciones para la reproducción social. Interesa saber no sólo cuáles son las variables más importantes que influyen en la calidad percibida y cómo se explica esta influencia sino también cuáles son los grupos poblacionales más afectados por esas variables y cuál es la particularidad de los ancianos hombres como grupo afectado por esas variables. Paralelamente, se explican las estrategias de ayuda que se generan entre los usuarios para maximizar su accesibilidad a los servicios de salud y el mecanismo por el cual estas redes desembocan en la participación ciudadana sobre la gestión de los servicios urbanos². También es de interés del trabajo, reconocer las enseñanzas que se obtienen de otras experiencias de valoración de satisfacción del usuario y de calidad percibida de servicios de salud en otros países. Desembocamos en el cómo puede ser instrumentada la calidad percibida con el fin de mejorar los servicios de salud o la participación ciudadana en los mismos³.

Por otro lado, las preguntas no direccionales que se plantea el estudio se refieren a esclarecer las ligas de la calidad percibida con la satisfacción del usuario, la calidad urbana, la calidad de vida, la calidad de vida urbana y la calidad de vida relacionada con la salud. También se aborda el impacto de la calidad percibida en la organización, el desempeño, la utilización y participación ciudadana en los servicios públicos de sanidad. Se pretende explicar cómo se relaciona la calidad percibida con la accesibilidad y la cobertura y, finalmente identificar cuál es la diferencia de la calidad percibida entre el sector público y el privado en referencia a los servicios de sanidad.

Particular intención es definir el sentido de la calidad percibida ya que, como hipótesis, se sostiene que ella tiene influencia en la utilización de los servicios, en la participación ciudadana en salud y debe ser tomada en cuenta para efectos de planeación urbana (Calvo, 2007 y Rico, 2007). La hipótesis de origen, ya se dijo antes, se relaciona con la definición del papel de la calidad percibida en fenómenos conexos como la utilización, la participación y la planeación urbana de los servicios de

¹ Según Donabedian (1997), en la calidad de asistencial, pues así le llama a la atención médica, existen tres variables: las de estructura, las de proceso y las de resultado.

² A estas redes sociales Tinoco (2007) les llama más convencionalmente *curadores* e involucra el concepto a madres de familia, hermanas, médicos, enfermeras, curadores tradicionales y religiosos.

³ Al respecto existen estudios que ligan la calidad percibida como insumo de la mejora en la participación ciudadana y del servicio mismo (Secretaría de Salud 2007 y 2007a)

salud. Sin embargo, la base de esta aseveración es que la calidad (tanto objetiva como subjetiva) es un constructo social, cuyo origen se ubica en una coyuntura histórica de cambio de tendencias de pensamiento, modelos tecnológicos⁴ y modelos de gestión social. Y donde por tanto, quienes manejan la economía mundial, requieren de nuevas formas de regulación socioespacial, sociocultural y económica a fin de implantar su visión en todos los órdenes de la vida. Ampliamos esta consideración a nivel global (México y el mundo) y a nivel local (en Pachuca).

Aunque la calidad ha sido un fenómeno prácticamente monopolizado por una visión administrativa, (Gutiérrez 2005; Palacios y Vargas, 2009) en este estudio, y a fin de conducirse con una visión crítica, se parte de los marcos teóricos de la Economía Política, la Sociología y la Medicina Social. Sin embargo también se hace una revisión de los diferentes enfoques y metodologías que tanto en el ámbito urbano como en la investigación social en salud se han llevado a cabo en diversas partes del mundo.

La estructura de la tesis está constituida de cinco capítulos. En el primer capítulo se encuentra una reflexión sobre los servicios públicos como aquellos que inciden directamente en la reproducción social (Bazant, 2004; Breilh, 1989; Oseas y Mercado, 1992). Se analiza la calidad como una macrotendencia de gestión social y en particular la calidad percibida en servicios de salud como un elemento que es preciso comprender (y medir) a fin de entender su importancia en las ciudades. En este primer momento es de suma utilidad la visión unificadora de Donabedian como la más acabada en asuntos de calidad asistencial médica y que fue punto de partida de diversos enfoques de calidad percibida (Nigo et al 2008).

Por su parte el segundo capítulo avanzará mostrándonos las experiencias en el tratamiento de la calidad percibida en servicios sanitarios en México y en el mundo: con ello se intentará probar que, aunque con metodologías diferentes, las percepciones se ciñen a las culturas de cada país (Like, 2004) y se definirá que lo que es racional para algunos países puede no serlo para otros.

Dada la desmesurada cantidad de formas de entender y medir la calidad, dedicamos el tercer capítulo a la exposición de una clasificación de visiones teóricas y a la exposición de una metodología propia para llevar a cabo la investigación de campo en una institución específica y en el contexto cultural de la Zona metropolitana de Pachuca de Soto. A fin de comprender las dimensiones de la problemática social y sanitaria de la zona, el cuarto capítulo se dedica a presentar un diagnóstico de los conflictos que ha traído sobre la Ciudad de Pachuca, particularmente en el ámbito de la salud, el proceso de metropolización y de envejecimiento poblacional.

Se exponen en el quinto capítulo los resultados obtenidos del trabajo de campo en el Hospital General de Pachuca, con un ejemplo institucional que ilustra la problemática sanitaria de los servicios de salud de la zona. Al respecto, experimentamos el análisis organizacional como metodología para dejar al descubierto las problemáticas urbanas de una ciudad.

⁴ La calidad en tanto construcción mental que ha hegemonizado la visión del mundo a finales del siglo XX, puede ser entendida, sobre todo en los sistemas de salud, como un procedimiento administrativo que incide básicamente en la implantación de tecnologías blandas u organizacionales. Tales tecnologías pueden tener diversos resultados dependiendo de las condiciones culturales donde se establezcan. (González González, 2005:34-35)

Este estudio parece fundamental pues aterrizará las propuestas tanto teóricas como metodológicas abiertas en capítulos anteriores. Asimismo deja de manifiesto que una institución (como un hospital) es un microcosmos donde se establecen relaciones sociales de poder y cooperación que dejan su impronta en los sistemas de calidad y la convierten en más que un mecanismo técnico: en un constructo social capaz de establecer una muy específica gestión de conflictos (Coe, 1979). La definición de conflictos a escala institucional, es síntoma de lo que ocurre a nivel del gobierno local.

El sexto capítulo cerrará la investigación con las conclusiones, donde hará un balance general de las bondades y debilidades del trabajo y se confirmará o corregirá la hipótesis planteada. De igual manera, se señalará cuáles son las enseñanzas para la planeación urbana en cuestiones de salud y cuáles las aportaciones en lo teórico, lo metodológico y lo empírico. Finalmente, se avanzará en una agenda de investigación en calidad percibida y salud urbana a fin de alentar nuevos trabajos sobre la problemática sanitaria en las ciudades.

Algunos resultados de la investigación: a manera de adelanto

Como se mostrará en los siguientes capítulos, los resultados de esta investigación apuntan a que en la ZMCP se está acelerando el proceso de metropolización y que los criterios de cambio de la ciudad van en contra de grupos vulnerables que, como los ancianos, tienen problemas de movilidad. El crecimiento poco planeado de la ciudad ha deteriorado la calidad urbana, dificultando el desempeño de servicios públicos, ampliado las inequidades y complejizando la estructura urbana. En cuanto a la institución de salud analizada, la calidad percibida está determinada, por variables socioespaciales que a su vez están condicionadas por las desigualdades sociales y territoriales de las comunidades usuarias. La percepción global de la calidad asistencial es alta para la institución en estudio. Este resultado es congruente con los índices estatales de Desarrollo Humano en salud. La metodología utilizada se reportó como satisfactoria y útil para medir la calidad percibida en instituciones como la que se puso en análisis.

En este sentido, se comprueba que la calidad percibida tiene raíces culturales y no solamente técnicas. Es tal vez por esta raíz cultural que la comunicación (y toda su carga simbólica plasmada en la muchas veces acrítica subordinación a la imagen y opinión del médico, la sumisión al corporativismo típico de las instituciones públicas de la región o la comprensión de la salud como algo puramente biológico) de se eleva como la principal variable determinante. Así, según el modelo matemático de correlación diseñado, la segunda variable que determina la calidad percibida sigue siendo la preparación técnica del médico. Queda entonces destacada la fuerte relevancia de la relación personal y la subordinación del usuario a la opinión técnica del médico, quedando relegados otros factores. Llama la atención que, a pesar de que los usuarios ancianos viven no muy cerca de las unidades de salud y de que los taxis son caros, no hay una mala percepción de la localización física y se otorga una baja importancia de lo dinerario (pues a fin de cuentas el Hospital General trabaja población abierta). El que se localice el factor económico como una variable no decisiva para el usuario, habla mucho de que el alto costo para el usuario puede ser relativizado si el elemento técnico y relacional está bien cuidado.

Aunque la participación ciudadana aparece como una variable no significativa por el momento actual, en el estudio de sensibilidad que se integra al estudio, se presenta como una variable con

potencial para aumentar la calidad percibida. La razón de esto es que el Aval Ciudadano (en tanto instancia oficial donde se centra la participación de los usuarios en la gestión de la institución) ha demostrado ser útil como una contraloría social para darle salida a las quejas y conflictos con el personal de la unidad de salud. El Aval Ciudadano está modificando muy lentamente la cultura organizacional del Hospital y la actitud del usuario ante la defensa de sus derechos.

A pesar de que los servicios de salud tienen un componente político fundamental, razón por lo cual los servicios públicos no sólo son correcciones a las fallas del mercado, sino además pueden ser instrumentos de control social o espacios de experimentación de contraloría social y gobernanza ciudadana (Bertolotto,1997) en el Hospital General de Pachuca de Soto, y nos atrevemos a decir en los hospitales públicos de su zona metropolitana, no se ha fortalecido la participación del usuario. La razón probable de esta debilidad, en el proyecto de creación de una ciudadanía en salud, es que en Hidalgo se cuenta con una cultura política y organizacional de bajo perfil ciudadano y de alto corporativismo (Vargas 1997). En este sentido, la cultura del hospital tradicional, donde existe una verticalidad marcada en las relaciones médico usuario o entre el personal proveedor, aún parece no tener cambios significativos en el Hospital General de Pachuca de Soto.

Otra de las razones de las limitaciones al esfuerzo que realiza el Hospital General de Pachuca en pro de la conformación de otra cultura en salud es la visión demasiado funcionalista y de ética utilitaria en la atención a sus usuarios. Tales visiones pueden responder al predominio de los criterios de mercado en la gestión gubernamental de los servicios públicos y a la falta de una propuesta más autogestiva por parte de la ciudadanía (Schteingart y D'andrea comps., 1991).

Así, el proyecto de la ciudadanía en salud, que se propone el sistema sanitario en la ZMCP, nos parece uno de los temas más relevantes para esta investigación. Su importancia es médica, económica y política a la vez. Hacer ciudadanía en salud es, a fin de cuentas, educar la percepción (vista como una dimensión inicial del conocimiento) para generar usuarios expertos y por tanto propositivos y participativos al menos para con su propio proceso salud enfermedad. Este proceso es vital para los usuarios de la tercera y cuarta edad: son los mismos ancianos o sus familias quienes, en un determinado plazo, gestionarán el proceso salud enfermedad desde los hogares a través de los cuidados domésticos. El hacerlo con eficacia depende de lo preparados que estén y lo educada que tengan su capacidad de autocuidado (Nigenda et al, 2002 y 2007b).

La agenda de investigación que se propone en las conclusiones apunta a la necesidad de incrementar los estudios urbanos sobre el problema de la calidad de los servicios públicos y sus cruces con aspectos tan importantes como la gobernabilidad de las ciudades.

RESÚMEN O ABSTRACT

La crisis de las ciudades es en un gran sentido la crisis de sus espacios públicos. En este contexto, recuperar la calidad de los servicios públicos urbanos es una de las estrategias más efectivas para devolver al ciudadano la buena habitabilidad de las ciudades. Esta tesis pretende mostrar que la calidad es una variable compleja, multidimensional y donde confluyen otros factores como la accesibilidad, la utilización, la cobertura o la participación ciudadana. Asimismo, el trabajo enfatiza que, dado que la calidad de vida (según la Organización Mundial de la Salud) es a fin de cuentas una percepción, es la calidad percibida del servicio público el meollo de esta variable.

Exponemos como caso, los servicios de salud de la Zona Metropolitana de Pachuca de Soto en el Estado de Hidalgo, tomando la población de los adultos mayores como población vulnerable. Analizando ese asentamiento y un Hospital Regional como ejemplo, se muestra la multidimensionalidad de la variable calidad percibida. Asimismo se explican los procedimientos de medición y se señalan algunos resultados que se entroncan directamente con políticas públicas tanto en el ámbito de la salud urbana como en el de la contraloría social expresada como ciudadanía en salud.

CAPÍTULO 1 LA CALIDAD Y LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Introducción: calidad y servicios públicos. Hacia una visión crítica.

Muchos son los retos que afronta la sociedad mexicana en la actualidad. En particular, y en cuanto al urbanismo se refiere, queremos enfatizar aquellos que van referidos a las nuevas orientaciones demográfico-económicas y a la consecuente adaptación de los marcos institucionales y espaciales que su tratamiento supondría (Villarreal, 2008; Garrocho y Campos, 2005).

En efecto, problemas como la concentración poblacional en grandes metrópolis, el llamado “bono demográfico”¹ o el ya iniciado envejecimiento poblacional (se estima que en el México del año 2050 el 25% de la población pertenecerá a la tercera edad) sugieren que el país busque salidas óptimas. Tales problemas poblacionales son agravados por un contexto económico de incertidumbre y de franca recesión. Factores que amplían la vulnerabilidad pueden ser, además de la reducción de las familias ya que los ancianos contarán con menos apoyos (Bonet, 2006), el desempleo creciente, los niveles de pobreza en todas sus modalidades², la falta de infraestructura productiva y urbana y un ambiente internacional poco empático con las capacidades y necesidades del país.

Se cree que pocas han sido las salidas efectivas que, desde décadas anteriores, se han encontrado para superar esta situación. A nivel macro, una de las estrategias de solución desde el punto de vista económico, pero con fuertes consecuencias en otros ámbitos, fue el ingresar de manera desventajosa al TLCAN o el haberse abierto a las AFORES con lo cual la seguridad social de los trabajadores, viejos y jóvenes, se engancha a los altibajos de los mercados financieros. Así, la seguridad social pasa a ser un asunto de vaivenes comerciales (Guillén, Romo 2005).

Otra estrategia ha sido el apoyo a sectores poblacionales específicos. Aún y cuando hay políticas públicas de empleo juvenil, este no sólo es insuficiente sino además promueve la conformación de dos mercados laborales: uno formal y otro informal, generando así otros problemas referidos a la elusión y evasión fiscal y a la falta de seguridad social. Evidentemente, esta política de empleo informal tuvo que complementarse con un *Seguro Popular* que le diese a la fuerza de trabajo no derechohabiente la posibilidad de acceder a la atención médica (Castro, 2005).

En cuanto a los adultos mayores, otro de los sectores vulnerables en cuestión, se intentó fortalecer las instituciones que los ayudan y se establecieron programas de apoyo financiero. Y sin embargo, estas políticas no se vieron correspondidas por rediseños de la ciudad a fin de que los ancianos

¹ Se llama así a las ventajas que otorga la composición de la población de un país dadas sus edades, en donde la mayoría se encuentra en edad productiva y registra bajo índice de fertilidad. Así las proyecciones estimadas del bono demográfico señalan que la edad promedio de la población pasará de 27 años en el año 2000 a 38 en 2030; que la población de menores de 15 años disminuirá de 33 millones de personas en 2000 a 30 millones en 2010 y a 24 millones en 2030; finalmente que siendo la PEA de 43 millones en el año 2000, ésta se incrementará en 55 millones hacia 2010 y en cerca de 69 millones hacia 2030. Dadas estas circunstancias se piensa que el bono demográfico puede convertirse en una pesadilla en las próximas décadas. (CONAPO, 2001; Ordorica , 2007: 93 y Roldán , 2006:57).

² El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL, define tres líneas de referencia para clasificar la pobreza: alimentaria, de capacidades y de patrimonio. En ámbitos urbanos en el año 2005 estimaba que el 9.9% de la población se encontraba en pobreza alimentaria, el 15.8 % en pobreza de capacidades y el 38.3% en pobreza patrimonial. Las cifras son más elevadas en las localidades rurales y a nivel nacional hay una tendencia creciente en los últimos años.(Estenoz Carrasco, 2007: 30)

podrían circular y tener un acceso físico y cultural eficiente y seguro a todo tipo de servicios (Montes,2009). Más aún, en ciudades medias de México como Pachuca, la tendencia fue priorizar el uso del carro y no el mejoramiento de espacios para el peatón: se reducen banquetas, se quitan camellones, se hacen más rápidas y peligrosas las vías de comunicación o, en términos de recreación, se abren espacios sólo para la gente joven. Un problema adicional es la tendencia a establecer controles informáticos de los servicios, con lo cual los ancianos se sienten fuera de contexto (Ortiz , 2003).

Estas alternativas, tanto económicas como urbanas, más que haber resuelto los retos, los postergaron y en cierta medida los vinieron a complicar. Ello es así, dado que no se buscaron soluciones de fondo sino estrategias que implicaban depender de otros países, apostarle a una clase empresarial depredadora, debilitar la seguridad social y reducir la calidad de las ciudades. Así, el decremento en la calidad de vida, en la eficiencia económica y en la eficacia para la gobernabilidad no se dejó esperar. Sin duda, fue por ello que iniciado el siglo XXI, bajo la coyuntura de un cambio político de históricas magnitudes, México se engancha con fuerza en la cruzada por lograr una mejora en todos los órdenes de la vida social. Así, se hablará y se establecerán programas de calidad en la educación, calidad en el gobierno, calidad en la democracia, calidad en las organizaciones de los tres sectores económicos y en general recobrar la calidad de vida en ámbitos urbanos y rurales (Secretaría de Salud, 2007).

Por las razones antes expuestas, el país se engarzó a un movimiento internacional que tiene su origen en las necesidades de reconstrucción de las economías y en especial del comercio internacional europeo de la posguerra. Nos referimos, específicamente, a las concepciones y metodologías de administración de la calidad surgidas en varios países de occidente en la segunda mitad de los cuarenta y exportada a todo el mundo por muy diferentes medios y en diversas épocas. Las metodologías establecidas por estos países europeos y por Estados Unidos se resumen en lo que actualmente conocemos como sistemas de calidad, cuya aplicación ha transitado de la esfera industrial a casi todos los ámbitos de la organización social incluyendo la educación, la administración pública y los servicios públicos urbanos (Lara, 2005; Calderón, 2002).

En este capítulo, se hará un análisis de cómo se ha entendido y aplicado la calidad en el contexto de los servicios públicos de salud. Para ello se ensayará una visión crítica y operativa tanto de los servicios públicos como de la calidad. Iniciaremos señalando qué son los servicios públicos, su ambivalente papel en las sociedades actuales y porqué han sido sujetos a sistemas de calidad.

El estatuto teórico y práctico de los Servicios Públicos en las sociedades contemporáneas

Existe una fuerte evidencia de que los servicios públicos, más que un lastre, son una parte importante para el funcionamiento de las sociedades capitalistas. En ello coinciden las visiones provenientes de la Economía Política (Marx,1984; Mandel,1980; Mattick,1981), de la economía neoclásica (Samuelson, 2010; Walras,1987; Pigou,1932), los keynesianos (Keynes,1983; Dillard,1981; Galbraith,1980), los monetaristas (Friedman y Friedman,1988; Villarreal,1985; Hayek, 2009), los regulacionistas (Aglietta 1987; Boyer,1986) o los institucionalistas y Neoinstitucionalistas (North, 1990).

En términos generales, los economistas ya señalados, coinciden en que el Estado y su gasto público – en gran medida vertido hacia los servicios urbanos- tienden a solventar necesidades de reproducción de fuerza de trabajo, corregir fallas de mercado, apoyar al capital privado y

proporcionar condiciones generales para la producción que conduzcan a la maximización de ganancias de las grandes corporaciones. Evidentemente, hay desacuerdos plasmados en el cómo y el cuánto del apoyo gubernamental. Diferencias de opinión provenientes, en gran medida, del engrosamiento de la burocracia y en particular de lo costoso, lo poco rentable y los bajos resultados de los servicios de salud y educación, entre otros sectores (Freeman et al, 1995).

Existe también gran evidencia de la importancia de los servicios públicos para el correcto funcionamiento social, en tradiciones teóricas provenientes del Derecho (Cienfuegos y Rodríguez Coords., 2003), de la Geografía (Harvey,2004), de la Ciencia Política (Cerroni, 2007), de la Administración Pública y Privada (Guerrero,2002 y Calderón,2002), de la de la Sociología (Beck,2006; Borja y Castells,2000) y de la Antropología (Mancusi, 2009) . Para estas corrientes, los servicios públicos tienen un componente jurídico, político y ético básico. En efecto, coinciden en que los servicios públicos no sólo regulan la fisiología económica del régimen capitalista sino también son elementos de distribución de poder, de control social, de formación de ciudadanía y de gestión de conflictos políticos. Al respecto, el meollo principal de estas visiones es la justicia distributiva y no sólo el problema de la rentabilidad o la gratuidad. En particular, refieren que los servicios públicos son el enlace natural e inmediato de la ciudadanía con la esfera pública estatal y no estatal.

Ambas visiones, la económica y la política, son complementarias en el análisis urbano y en particular en el estudio de los sistemas sanitarios. Así, para el más completo análisis de los servicios públicos hay que considerar que éstos deben de tener características tales como la pureza, la continuidad, la mutabilidad, la igualdad y la regulación (Calafell, 1988). Todos ellos, conceptos más integrales que precisan el papel de los servicios públicos en la lógica de las sociedades contemporáneas.

La pureza de los servicios públicos tal vez sea un concepto clave, aunque no suficiente en sí mismo. En términos simples, la pureza se refiere a aquellos bienes que no son comercializados en los mercados y que, en consecuencia, cuentan en diferentes grados con atributos especiales: no rivalidad, no exclusión y no rechazo (Garrocho, 1995). No rivalidad, porque una vez que un bien o servicio se ofrece a un individuo, es factible ofrecerlo a todos los demás sin costo extra; pero también porque los consumidores adicionales pueden gozar del bien o servicio ofrecido sin detrimento de la calidad ni cantidad consumida por el resto de los individuos. No exclusión, porque una vez que se ofrece un bien o servicio a un usuario, es imposible excluir a los demás, aún y cuando no exista la necesidad o el deseo de pagar por el bien o servicio. Finalmente, el no rechazo implica que una vez que se ofrece un bien o servicio, todos los individuos lo pueden adquirir o consumir.

El concepto de la pureza, decíamos, no agota la riqueza del fenómeno de los servicios públicos. Sobre todo porque, según dice Berthelemy (citado por Calafell, 1988), no es posible hablar *del* servicio público sino de distintos servicios públicos, con distintas lógicas y grados de pureza (siendo raros los servicios públicos totalmente puros como puede ser la defensa nacional, el conjunto de leyes que regulan el funcionamiento de la sociedad o los estándares monetarios). Y es que existen otros aspectos estructurales o geográficos que afectan no sólo la pureza, sino también la eficiencia y la eficacia.

Se hace referencia, a los problemas fiscales del Estado y la lejanía geográfica. Es importante considerarlos porque inciden directamente en la disponibilidad, calidad o accesibilidad del servicio. El problema de los recursos públicos puede reducir drásticamente la pureza e incluso poner los

servicios públicos al borde de la privatización. Asimismo, la dimensión geográfica o locacional impacta en la provisión de servicios según las áreas o jurisdicciones político administrativas, fomentando o atenuando la desigualdad social y la justicia territorial. La dimensión geográfica, también puede condicionar la utilización si es que dificulta la accesibilidad física, elevando costos de transporte, o si genera externalidades negativas (Gómez y Ruíz, 2008 y Garrocho, 1995) .

Importa señalar que los servicios de salud no son puros y están tocados por los problemas de fiscalidad del Estado y por los problemas geográficos. De ahí que dos áreas de investigación muy florecientes en el problema de los servicios de sanidad sean por un lado la Economía de la salud (con sus enfoques de Microeconomía, Macroeconomía y Economía Política) y la Geografía médica, la cual ha avanzado en sendos estudios sobre accesibilidad, utilización y externalidades (López y Aguilar,2004; Bacallao et al, 2007).

Más allá de lo que pudiera plantear el asunto de una pureza cada vez más disminuida y cuestionada por la hegemonía de las leyes del mercado, la continuidad de los servicios (la segunda característica inicialmente señalada)se enfoca al funcionamiento de los mismos. Así, la noción de continuidad remite a un enfoque más funcional que conceptual Es decir, el servicio público debe tener una continuidad que permita que la justicia distributiva no sea coyuntural ni estrategia electoral. Por esto, la interrupción del servicio puede constituir una falta administrativa cuando no una ilegalidad. En este sentido, el Estado puede entenderse, más que como una soberanía, como una cooperación de servicios públicos organizados y controlados por los gobernantes por lo que el fundamento del derecho público es la regla de organización y gestión del servicio público (Duguit,1990)

Por otro lado, la mutabilidad se refiere a la obligación de los prestatarios de adaptar el servicio a las necesidades cambiantes de los usuarios. Esta característica de los servicios públicos sugiere una visión antropológica y política de las necesidades. En tal sentido, una continuidad que no es mutable o adaptable (como ocurre en las sociedades latinoamericanas) arroja servicios públicos obsoletos o con vida perenne. Por otro lado, y en pro de la mutabilidad, los administradores públicos pueden comprometer a los prestatarios a asumir cualquier adelanto técnico o cualquier procedimiento nuevo cuya utilización industrial haya tenido éxito o ampliado la eficacia y eficiencia (Rolland, 1981). Tal es el caso de la adopción de los sistemas de calidad como lineamiento federal para los servicios sanitarios.

Al respecto importa señalar que, en una perspectiva crítica, el discurso industrial tiene una doble faz: por un lado es una argumentación a favor de la eficacia, la eficiencia, la modernidad, el ahorro y la racionalización de recursos. Sin embargo, la doble cara está en que estas alternativas de beneficio, por el sistema en que nos encontramos, se pueden convertir en estrategias ventajosas para los grupos y clases que se encuentran en el poder y conducen las políticas públicas para sus propios intereses. En este sentido se señala que, no necesariamente el Estado vela por los intereses generales ni tampoco toda política pública es en sí misma de beneficio general. Repetimos: lo central está en quién está en el poder y cómo hace valer sus intereses de grupo a través del actuar estatal. En otro capítulo se verá cómo la cultura corporativa de los servicios de salud son un síntoma de este doble discurso a la vez efficientista y de beneficios parciales (Eibenzchutz y Vilar , 2007).

El problema de la igualdad (expresada económicamente como no rechazo o no exclusión de mercado) se inserta en una característica mayor: la ilegalidad de preservar favores particulares o tratamientos de excepción. Se trata también de que se le pueda otorgar el servicio a toda persona que demande o reclame el servicio. La igualdad no significa que, en seguimiento de la mutabilidad, no

pueda existir una tarifa, tasa o impuesto especial paralela al “precio general”. La regla de la igualdad también influye en el desempeño del usuario: se trata de la equidad o equilibrio entre derechos y deberes; no sólo para recibir sino también para dar. Así, el fenómeno de la igualdad se traslada a la exigencia de una participación ciudadana en pro de mantener la equidad (Guaresti, 1954, citado por Calafell 1988).

La regulación es un concepto que sintetiza las características ya señaladas. En efecto, la problemática de la regulación de los servicios públicos implica conservar o ampliar niveles de pureza, continuidad, mutabilidad e igualdad. Así, la regulación se entronca directamente con la calidad como estrategia para mantenerlos funcionales al sistema. Existe al respecto un debate en el cual se ponen sobre la mesa visiones económicas y jurídico-políticas. Y es que el problema de la regulación de los servicios públicos se entronca con la regulación del sistema económico, con la continua subordinación a los intereses privados y con el manejo de la ambivalencia del servicio público en tanto conquista social, elemento de control social y reciclador de la desigualdad en las clases sociales (Aglietta, 1987; Boyer, 1986 y Lara, 2005).

La calidad: más que una herramienta técnica

Un elemento de regulación y control del servicio público ha sido la calidad. Respecto a ésta, tomar una postura crítica sugiere hacer un intento por superar las visiones puramente administrativas o jurídicas que inundan los estudios en el sector oficial, privado e incluso académico y adentrarse de lleno en cómo la calidad ha sido interpretada por los científicos de la salud. En este sentido, para asir a la calidad como objeto de estudio, los investigadores han tenido necesidad de un rompimiento con los antiguos paradigmas de la ciencia positiva médica y han aspirado a un todavía no muy claro surgimiento de nuevas pautas de pensamiento científico (Albarrán, 2005; Fajardo, 2003).

Lamentablemente, los estudios en calidad han sido divulgados al máximo por un cierto tipo de pensamiento pragmático que pretende únicamente eficientar técnica y económicamente a las organizaciones. Es el pensamiento administrativo que, por su gran aplicación al mundo de los negocios, ha tratado de hegemonizar con su enfoque a una buena parte de las problemáticas sociales (Ornelas, 2004). Así, en una cantidad considerable de la literatura disponible, se observa que la calidad es comprendida como un concepto que crece y se desarrolla al cobijo de las teorías administrativas y del desarrollo organizacional en los sectores secundarios y terciarios (Zimmerman, 1999). Es de sobra conocida la historia de la calidad desde finales de la segunda guerra mundial según las aportaciones de teóricos como Deming, Crosby, Ishikawa, Juran y otros expertos de la administración, obviando por ello su explicación en el presente trabajo. En contraste, consideramos que la calidad y sus sistemas asumen características diferentes según los ámbitos donde se apliquen y por tanto en cuanto a la salud tienen un estatuto científico específico que es preciso descubrir y precisar (Aguirre Gas, 2002 y 2008).

Como idea inicial de este capítulo, se sostiene que la calidad y los sistemas ideados para promoverla y controlarla son más que una metodología de mejora: son una construcción social, forman parte de un modelo de explicación científica en surgimiento (Anoto, 2008; Björnberg, 2005, Nifle, 2008 y Killingsworth et al, 2003) y son también una ideología que nace y crece al amparo de intereses económicos y políticos muy identificados y que puede tener sus contrapesos y versiones en la cultura local donde se asiente (González, 2002). Además, en lo siguiente se buscará clarificar el estatuto teórico de la calidad sanitaria retomando para ello una visión histórica. También se avanzará sobre los conceptos y modelos de calidad vigentes en el ámbito de la salud y se finalizará con una

reflexión acerca de la calidad percibida como parte de la evaluación de resultados y como parte de una “revolución silenciosa” que está modificando la participación ciudadana en los servicios de salud (Mira, 2001). Dicha reflexión será central para, posteriormente, encontrar las implicaciones en la planeación urbana y en la organización de las ciudades en un futuro próximo.

1.1 Hacia una clarificación conceptual de la calidad en Servicios de Salud

En la actualidad, la salud es un ámbito estratégico de las sociedades (Wensel, 1995 y Lomelí, 2006). La muy reciente crisis de la influenza humana en México nos demostró las dimensiones de la problemática sanitaria en las ciudades. También interesa observar que en las concepciones de algunas instancias internacionales acerca de las medidas a tomar para la superación de la pobreza, siempre se encuentra el acceso a los servicios de salud (PNUD, 2004). En la economía, por ejemplo, además de que la salud puede ser un sector económico muy rentable, permite que la fuerza de trabajo se desempeñe favorablemente. Para los gobiernos, garantizar vidas saludables coadyuva a la paz social y da legitimidad a sus gestiones. En las ciudades, los hospitales, clínicas y centros de salud forman parte importante de la estructura urbana y permiten, entre otras importantes funciones, que la población en general reproduzca y fortalezca su fuerza de trabajo (Blanco, 2005; Golany 1985; Oseas y mercado 2007). El que todo esto se lleve a cabo, implica un nivel de eficacia y eficiencia en la aplicación de recursos. Cuando este nivel es óptimo entonces se puede hablar de una gran calidad estructural, siendo por ello la eficiencia un fenómeno inherente a la calidad (Repullo et al, 2006). El enfoque retomado en esta investigación se adentra en el fenómeno de la calidad en específico en el área de la salud, espacio en el cual ha habido ya una añeja preocupación y un nutrido debate alrededor de los temas que la calidad de atención médica implica. Estos temas giran, entre otros puntos, en torno a la definición misma de calidad y a las estrategias para medirla (Zimmerman, 1999, Jadad 2005, Rodríguez, 2006). Así, en lo siguiente intentaremos plantear los determinantes de la calidad de atención médica y llegar a una definición operativa para esta investigación así como a una exposición panorámica de los mecanismos de medición que en el ámbito sanitario se han llevado a cabo a fin de enfatizar aquellos que serán retomados en esta tesis.

1.1.1 Visión histórica de la calidad sanitaria

Las definiciones actuales de calidad en los servicios de salud, recogen una parte importante de los logros y acuerdos de los debates de la comunidad médica del siglo XIX, XX y XXI y tienen en realidad una explicación histórica. Remitirse a la historia del concepto implica reconocer que la preocupación por la calidad de atención médica no es nueva sino algo que corre con el devenir de las formaciones sociales modernas (Rodríguez, 2006; Fresco, 2006). Al respecto, y para explicar de dónde sale la propuesta de calidad a la cual nos sumamos, haremos una breve semblanza de cómo se llegó a esta formulación. Desde una cierta perspectiva teórica europea, tres grandes revoluciones han delineado los cambios en los tres últimos siglos: la Revolución industrial (en su primer y segundo momento), la Revolución administrativa y la Revolución del conocimiento. A estas tres revoluciones han correspondido, en el contexto de la atención a la salud, las etapas del profesional aislado, del burocratismo y del industrialismo (Peiró, 2006a). El cuadro que presentamos a continuación señala la correlación entre las etapas históricas del capitalismo, las etapas de la calidad y las etapas en la historia de la atención a la salud.

CUADRO 1.1 CORRESPONDENCIA HISTÓRICA REVOLUCIONES INDUSTRIALES Y ATENCIÓN A LA SALUD

Período Histórico	En el sistema capitalista	En la Administración de la Calidad	En la atención a la Salud
1750-1950	1ª Revolución Industrial 2ª Revolución Industrial	Inspección y Control de calidad	Período Profesional e Individualizante
1950-1990	Revolución administrativa	Aseguramiento de la calidad y Calidad Total	Período Burocrático
1991-2008	Globalización y Sociedad del Conocimiento	Competitividad Sostenible	Período industrial

Fuente: Elaboración propia con información de Gutiérrez Márquez (2005: 24-27)

El cuadro 1.1, nos muestra que el capitalismo encuentra sus formas de autorregulación según el momento que esté viviendo. De esta manera, paralelamente al desarrollo capitalista de los siglos XVIII y XIX se desenvuelve de manera importante un pensamiento sanitarista de tendencia individualizante que en los hechos fue una reacción y una estrategia humanitaria para contrarrestar las arbitrariedades del trabajo industrial y de una urbanización pauperizante³. Por ello, la salud es un tema fundante del urbanismo y es una de las visiones pioneras de lo que debería ser una ciudad equilibrada (Blanco 2005; Cole, 1957; Enciso, 2007). Ante este panorama, y en los siglos XVIII, XIX y la primera mitad del XX, la profesión médica tuvo dos características básicas: se rige por el paradigma biologicista y por una práctica liberal individualista. La visión de la calidad está por tanto focalizada en el proceso médico-paciente (donde la opinión del enfermo es incluso intrascendente) con total primacía del médico como un profesional portador del paradigma científico dominante (Peiró 2006a).

Así, y en conexión con lo anterior, encontramos que en la época de la primera y segunda revolución industrial, surge la necesidad de eficientar los procesos de trabajo por lo que se complejizan las técnicas de la inspección y el control de calidad incluso con herramientas tayloristas o fordistas y en el ámbito sanitario con la presencia de la policía médica y otros mecanismos de control social. Importa señalar que las primeras revoluciones industriales, hasta antes de la segunda guerra mundial, son en realidad fenómenos que al modificar y sobreexplotar el proceso de trabajo, desencadenaron una serie de alteraciones a la salud de los habitantes e incluso una radical modificación de la demografía y la dinámica familiar (Aglietta, 1976.) Por esto, se ha dicho líneas arriba que a esta fase corresponde el período del profesional de salud “aislado”: es decir el médico liberal que trabaja por su cuenta o aquel que aún trabajando en instituciones goza de una autonomía para decidir sobre los criterios de calidad de su actuación y en ocasiones hasta sobre sus condiciones de trabajo. Como es notorio, en esta fase el médico no es concebido totalmente como un “obrero” del sector salud.

³ De siempre han existido en el capitalismo fuerzas contrarrestantes y compensatorias. Tales fuerzas han sido las de la filantropía, las del sindicalismo, el cooperativismo, el sector social de la economía y todas aquellas organizaciones que en apariencia son contrasistema pero que en realidad empujan a que éste funcione mejor.

En la siguiente fase, sobreviene la Revolución Administrativa y con ella el desarrollo de los sistemas de calidad ahora como bastión inicialmente europeo, aunque con posterior extensión a escala mundial a fin de controlar el comercio internacional (Torres y Gasca 2006; Grossman y Helpman, 1994). El correspondiente período de la calidad es el de aseguramiento de la calidad y de la calidad total: en otras palabras, aquel que implicaba una reformulación de los organigramas a fin de colocar a la calidad como otra de las áreas de poder impersonal en las empresas⁴. Su correlativo en el sector salud es el período burocrático, que incluye no sólo la ampliación de los servicios públicos y el fortalecimiento de la salud pública, sino básicamente el inicio de gestiones administrativas y la introducción de la calidad como forma de control en el funcionamiento de las organizaciones.

En particular, el capitalismo del siglo XX ha sido prolífico en el establecimiento de patrones de comportamiento que, en las distintas esferas, permiten reproducir el modo de producción en boga. Y esto fue precisamente lo que sostuvo la revolución administrativa: la necesidad de eficientar los procesos de trabajo y mantener bajo control más estricto los niveles de productividad. La revolución administrativa en la posguerra fue la consecuencia lógica de la búsqueda de un mayor control sobre los procesos de trabajo y sobre los procesos de consumo, razón por la cual el usuario o consumidor empieza a ser más reconocido en el mundo económico. La división entre la gerencia y el proceso productivo así como la necesidad de una mayor dirección, ocasionaron que el ámbito de lo administrativo tuviera, sobre todo en la segunda mitad del siglo XX, un desarrollo inusitado. De lo administrativo dependía que la productividad, la eficacia y la eficiencia (los nuevos ejes orientadores) predominaran a fin de conservar el statu quo. Asimismo, del pensamiento administrativo se desprenden aquellas nuevas visiones sobre la mercadotecnia y la publicidad que en sí mismas serán las estrategias para superar los problemas de realización propias del régimen económico capitalista. A este respecto, la calidad era y sigue siendo una estrategia que además de permitir estandarizar, homogeneizar y controlar mercados nos lleva a controlar otras esferas de la vida social: particularmente el área pública (Albarrán, 2005).

La regulación vía estatal y vía mercado es el patrón de comportamiento del capitalismo de la segunda mitad del siglo XX (Aglietta 1987). De esta manera, regulación y crisis han sido las características de esta dinámica. Así, avanzar en la regulación y afrontar las crisis se da a través de la aplicación de versiones más sofisticadas de taylorismo y de fordismo, así como de la automatización y por la utilización de todas las estrategias de gestión administrativa en las cuales se inserta el fenómeno de la calidad (Boyer, 1986). Es en este contexto que hay que entender porqué la gestión sanitaria se volvió burocrática: debido al gran poder que tomó el Estado para regular la economía y por la gran expansión del gasto público y de los sistemas de salud para las masas. Asimismo, la práctica médica pierde un tanto su carácter liberal y se inserta mayoritariamente en las instituciones financiadas por los gobiernos federales o estatales (Luce, 1994). Cabe observar que el término de burocrático, para denominar esta etapa de la atención a la salud, se refiere al predominio de técnicas administrativas dentro de la atención médica tanto pública como privada.

Finalmente, en el tercer período que transcurre a finales del siglo XX y lo que va del XXI, concurren una serie de acontecimientos que van desde el impulso a la globalización⁵ hasta la conformación de una Sociedad del Conocimiento. Ambos aspectos, apoyados por una acelerada innovación científica

⁴ Según varios autores (Gutierrez, 2005; Munch, 2006;) el organigrama es una estructura de poder y no sólo un esquema de funcionamiento.

⁵ Aunque hay una discusión respecto a la existencia misma de la globalización como fenómeno objetivo, cada vez más resulta un hecho al menos como parte de una ideología del desarrollo del capital privado y de sus defensores (Alonso, 1998).

y cambios en la multi e interculturalidad. El período que corresponde en la calidad es aquel que se basa en normas que incluyen la sustentabilidad (ambiental y económica) y la competitividad como dos desarrollos de la eficiencia y eficacia de los regímenes sociales modernos. En términos del profesional de la salud, el período que se vive es el industrial, caracterizado porque el médico ingresa a sistemas de control de calidad no ideados por el mismo sino por instancias que incluso puede ser no médicas. Las definiciones de calidad en los servicios de salud incluyen entonces no solamente la capacidad técnica del médico o la preocupación por el mayor beneficio posible sino se amplían hacia una visión más horizontal, más ligada a los derechos humanos, a las necesidades ,opiniones y gustos de los usuarios y también más asentada en las necesidades económicas de ampliar y fortalecer mercados sanitarios competitivos (Frenk,2007; Frenk y Gómez 2007).

Así, a finales del siglo XX, la dinámica de la sociedad industrial se vuelve hegemónica y se extiende a todos los ámbitos de la sociedad . La economía está en su mayor parte terciarizada (Garza, coord., 2006) y urbanizada y por tanto también se tratan de aplicar a las ciudades y a los servicios urbanos formas de gestión industrial de la calidad. En ese sentido, es factible hablar de que el proyecto político-económico-cultural mayor del mundo de finales del siglo XX y de lo que va del XXI es la globalización y la sociedad del conocimiento el cual es un soporte por el que se van hilando concepciones sobre management, visión estratégica, liderazgo, eficacia y eficiencia y por supuesto la calidad (Isaac, 2008).

En la dinámica industrial y terciarizada de la sociedad contemporánea, cobra un papel fundamental el tener reglas comunes de funcionamiento. Así, la globalización empuja hacia una homogeneidad en lo económico y una fragmentación de lo político a fin de hacer valer en las naciones sus propias reglas de juego. Tal es el caso de la normatividad internacional que sugiere el sujetarse a un sistema de calidad. Las normas de certificación de calidad y las normas de actuación a seguir van más allá de la autonomía estatal: se diseñan y se cumplen según parámetros internacionales. Con esto se hace realidad aquello de “pensar globalmente y actual localmente”, fórmula que, a juicio de Wallerstein (1988) tiene un marcado sesgo de desconocimiento a la autoridad de los estados nacionales.

Así, se ha visto cómo la concepción de la calidad en la salud ha venido cambiando y acoplándose a las condiciones históricas. Como ya se mencionó, la historia económica del capitalismo (con sus revoluciones científico técnicas aplicadas a lo productivo o a lo administrativo para mejor controlar el proceso de producción, circulación y consumo) va aparejada con la historia de la calidad y con la historia de la atención a la salud. En realidad, estas historias muestran que calidad y medicina no son sino procesos que se han subsumido al sistema mercantil y que lo reproducen, mejoran o regulan (Veraza, 2008; Almaguer, 2007; Mclyn, 1997, NIC,2008).

1.1.2 *Calidad como fenómeno en las actividades hospitalarias y como objeto de investigación científica.*

Como objeto de estudio, la calidad en los servicios sanitarios tiene ya un lugar en las ciencias de la salud. El cuadro 1.2 hace referencia precisamente a que la investigación en salud se ha desarrollado en un doble nivel de análisis: el individual y el poblacional. Es precisamente en el nivel poblacional que la medicina ha tenido que abrir sus fronteras hacia la investigación epidemiológica, hacia la salud pública y por tanto hacia al análisis de los servicios de salud. Y dentro de estos análisis, el fenómeno de la calidad ha sido central en los últimos tiempos (González, 2005). No olvidemos que el sistema de salud es una respuesta de la sociedad organizada a un problema epidemiológico y que tal respuesta engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es

llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud. Por esto, las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión. La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal (Frenk y Chacón, 1991; Knox, 1979).

CUADRO 1.2 TIPOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD Y FENÓMENOS A ESTUDIAR

Nivel de Análisis	Objeto de Análisis	
	Condiciones	Respuestas
Individual y Subindividual	Investigación Biomédica (Procesos biológicos básicos, estructura y función del cuerpo humano; mecanismos patológicos)	Investigación clínica (Eficacia de procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos)
Poblacional	Investigación Epidemiológica (Frecuencia, distribución y determinantes de las necesidades de salud; historia natural de las enfermedades)	Investigación en sistemas de salud (Efectividad, CALIDAD y costos de los servicios, desarrollo y distribución de recursos para la atención)

Fuente: Frenk (2003: 42)

Pero el estudio científico de la calidad en servicios de salud es una forma de entender la racionalidad sanitaria que nace en los años cincuentas y tiene su auge desde la última década del siglo XX hasta la actualidad (Arnold, 2007 y Betthel et al 2003). Plantea Thomas Kuhn (2006:71) que en la ciencia un paradigma es un conjunto de realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica. En este sentido, importa observar cómo la idea de globalización ha venido pasando en las últimas dos décadas de la duda en los círculos académicos a un uso ya casi generalizado en la investigación social⁶. Camino similar tomará la idea de una sociedad del conocimiento como uno de los resultados más acabados de la globalización (Rivera, 2000). Así, sugerimos que la comprensión de la calidad como objeto de investigación implica el enmarcarla en este paradigma emergente. La razón principal es que la búsqueda de la calidad en todas las esferas de la vida social es una medida de internacionalización de las preocupaciones y las estrategias de control de quienes hegemonizan la economía mundial (Demon, 2007; Regazzoni, 2007).

Así, aunque el discurso de la calidad viene desde la posguerra, sus ideas y propuestas extendidas a escala mundial están ligados indisolublemente desde los años 70 del siglo XX al paradigma emergente ya señalado. Dicho paradigma ha venido conformando sus comunidades científicas, sus conceptos, ideologías y lenguajes que cuando conviene se acercan a la ciencia normal. Por ello, se le relaciona con el neoliberalismo, con una economía de conocimiento, una sociología, una

⁶ Emilio Duhau y Angélica Giglia (2008: 16) señalan que en el estudio de las ciudades hay que distanciarse del fenómeno de la globalización, ya que se ha venido convirtiendo en un “nuevo motor inmóvil”, generador de todo y efecto de nada, que tiende a oscurecer las raíces verdaderas de los problemas metropolitanos.

antropología, un modelo de urbanismo y en general una ciencia social infiltrada por el pensamiento administrativo de nuevo cuño. De esta manera, como objeto de estudio, la calidad no es la esencia del paradigma sino tan sólo un eslabón, probablemente el más aséptico (Franco, 2003).

Puede existir al respecto aún una discusión sobre la validez de las evidencias que soportan la idea de un mundo globalizado y sus enlaces con la calidad en los servicios sanitarios. Sin embargo, los indicios que se presentan para explicar estas conexiones son las siguientes:

a) Una reforzada interdependencia de las naciones y formación de bloques económicos en los distintos continentes. Tales bloques se fortalecen con el flujo de capitales, personas e ideas. En los foros especializados en salud se empieza a hablar de una salud global como un bien mundial (Villarreal, 2008).

b) La crisis del Estado (mínimo o de bienestar), el cual ha generado gastos económicos importantes sin demostrar un mejoramiento de los niveles de vida en las poblaciones. Justificándose por tanto la búsqueda de nuevas formas de organización de las plantas productivas, cobrando importancia las fuerzas del mercado así como nuevas formas de participación social y de otros mecanismos de gobernabilidad. (Oteo, 2006).

b) El avance sin precedentes de las nuevas tecnologías médicas, de la información y la comunicación, lo cual en salud se enmarca en nuevas transiciones demográficas y epidemiológicas, así como en nuevos requerimientos para la capacitación de los recursos humanos (Gutiérrez Márquez, 2003; California Telemedicine & eHealth Center, 2006).

c) Un modelo de crecimiento económico basado en la territorialidad, lo cual implica una preocupación por encontrar criterios y estándares de calidad y competitividad en las ciudades (Boullitin d'information, 2005 y Del llano, 2000b). Así, la calidad es factor de regulación precisamente por su capacidad de promover sistemas de mejora.

e) Un reordenamiento internacional, que a su vez implica la invención de nuevos paradigmas científicos complementarios y nuevos campos de estudio. Por ejemplo, recientemente se está hablando de la calidad cognoscitiva o calidad en la producción de la información en entidades públicas y privadas. Estas mejoras en el valor informacional, a fin de alimentar los paradigmas científicos, han llevado a verdaderos intentos por generar estados del arte en el tratamiento de temas que antaño eran más bien de mera divulgación. (Ramírez Fáunde, 2007). Asimismo importa señalar que en los foros médicos mundiales ya es más común hablar de salud global y no, como antaño, de salud internacional (Kikbush, 2002; Soberón, 1995 y Frenk, 2007)

f) La generación de una ética global que marque las nuevas reglas de juego entre los tradicionales países hegemónicos y los nuevos países emergentes. En consecuencia la calidad tiene también una dimensión ética y política dado su enorme consenso así como su valor estratégico -incluso a nivel de seguridad nacional- para los próximos años en razón del envejecimiento poblacional y los efectos del cambio climático (Andereck, 2007).

Estas evidencias, registradas en la historia económica y política de México y de otros países, han demostrado que la calidad es un movimiento internacional con miras a la autorregulación económica (Rodríguez, 2006). Y sin embargo, la calidad puede ser un término polisémico (Santos Guerra, 2001) por lo cual es muchas cosas según el enfoque con que se le vea. Por ello, para que la calidad haya

incursionado al ámbito de los mercados y de las infraestructuras sanitarias, era importante que se convirtiera en parte de un verdadero paradigma científico, es decir, en una construcción teórica que estructurara e hilvanara el pensamiento de la época (Kuhn, 2006). Se requería, entonces una comunidad científica que apoyara, sistematizara e hiciera de la calidad un objeto legítimo de la ciencia normal (Ramírez Fáunderz, 2007). Esta comunidad inicia con los “pioneros de la calidad” (ingenieros y administradores fundamentalmente japoneses y norteamericanos) y se va extendiendo en la conformación de grupos de investigadores de todas las áreas de las ciencias sociales, las ingenierías y las ciencias duras.

En efecto, en la concepción clásica de Thomas Kuhn, los paradigmas requieren de un grupo de científicos que por medio de la recolección de evidencias y de la selección de problemas viables de estudiarse empiecen a crear nuevos campos de estudio y de preocupaciones científicas. Así, observamos desde los años sesentas y setentas, y más aún en la actualidad, que la cantidad de libros y artículos científicos que analizan la calidad es cada vez mayor. En consecuencia, hoy en día, adentrarse en estudios de calidad médica es enfrentarse a cúmulos de información poco manejables. En conexión con lo anterior, para ubicar los puntos de confluencia y divergencia en el debate sobre el nuevo paradigma de la calidad en salud es un buen principio tener en claro los viejos paradigmas de las ciencias de la salud. Recordamos que estos viejos paradigmas están planteados desde la concepción de la salud como un hecho biológico o como un hecho sociomédico (OMS, 2006, y Breilh 1989).

Hasta mediados del siglo XX, el enfoque médico dominante fue el biologicista y hospitalario. En los años sesenta, el cambio de paradigmas, de lo biológico a lo sociomédico, implicó entre otras cosas que se abrieran servicios públicos de salud que fungieran como contrapesos a las “imperfecciones” del mercado en la redistribución de la riqueza social (Fajardo 2003). Evidentemente, el abrir espacios institucionales de atención a la salud pública implicaba a su vez un nivel de racionalidad del gasto. Esta racionalidad, que en las primeros tres cuartas partes del siglo XX estuvo representada por el Estado de Bienestar, toma forma en la actualidad con el Estado Mínimo (de corte neoliberal) y en menor medida con la aplicación de sistemas de calidad insertos no sólo en la empresa industrial privada sino hasta en las instituciones públicas de educación o de salud (Bohem, 2005).

Estas circunstancias dieron paso, en los sesentas, al surgimiento de una de las formulaciones más importantes que logró sintetizar el pensamiento en calidad asistencial del siglo XX. Nos referimos a la propuesta de Avedís Donabedian denominada “Modelo Unificador”⁷ y que ha sido desde entonces uno de los pilares del pensamiento en calidad de la atención médica (Bruce,1990 y Huw,2006). Así pues, observamos que las concepciones de calidad de atención médica actuales, como herederas de este fenómeno histórico de búsqueda de equilibrio entre lo biológico y lo sociomédico, coinciden en defender:

- a) Una visión sistémica, lo cual implica analizar a la salud en su contexto macrosocial donde lo económico, lo político y lo cultural se interrelacionan
- b) Una visión micro pero dual: donde lo técnico científico de la medicina y el perfil de la relación personal tienen pesos similares.
- c) Una visión de “métrica sanitaria”, clinimetría o de estrategias de medición de la calidad a través de una variedad de criterios y estándares (Donabedian,2005).

⁷ Dicho modelo plantea que la calidad en salud puede entenderse y medirse a través de una lógica que involucre el contexto estructural, el proceso técnico y los resultados (Donabedian, 1997).

Para finalizar este apartado es necesario aún plantear cómo se dio, en épocas actuales, la liga evolutiva de la antigua estrategia de gestión administrativa con la nueva visión de la sociedad de la información y de gestión de conocimiento. Tal transición implicó varios fenómenos de orden organizacional (Peiró, 2006b: 266). Este cambio se origina en el momento en que se revalora el capital humano y sus saberes, por lo que aquella vieja consigna de ampliar el “trabajo muerto a costa del vivo” (sustituir mano de obra por máquinas) empieza a ser inoperante.

Paralelamente con este cambio, en los sistemas de salud, se le da prioridad al elemento humano. En cuanto al “cliente interno” se intenta que el trabajo del médico o del administrativo no sólo se rija con criterios de eficacia y eficiencia, además debe haber satisfacción en sus labores (Arnold, 2007 y Mclellan y Douglas, 1999). Y en cuanto al cliente externo o usuario del servicio, las variables de calidad que se cuidan son:

- Relevancia o respuesta competente a sus necesidades
- Importancia vinculada al cliente interno pues evalúa la efectividad de las acciones y su efecto en el aprendizaje.
- Empowerment social
- Gobierno clínico, que implica una serie de formas de estandarización (incluyendo la calidad). Con ello se gestiona el conocimiento en el contexto de la asistencia hospitalaria.

Según varios autores (Oteo, 2006 y Massoud, 2008) el sector salud es en esencia un sector que hace uso intensivo del conocimiento. Por hipótesis, sostenemos que el futuro del hospital como manifestación histórica de cómo se da una “respuesta organizada” a los problemas de salud de la población, dependerá de qué tan buen uso haga de los nuevos conocimientos y de las nuevas tecnologías. En este contexto, su futuro también dependerá de qué tanta educación se le otorgue al usuario a fin de que sistema y paciente estén coordinados y juntos lleven al sistema sanitario a mejores posicionamientos en la sociedad. (Arnold, 2007; Barr, 2005; RWJF, 2007)

1.1.3 Tipos de calidad en la atención a la salud

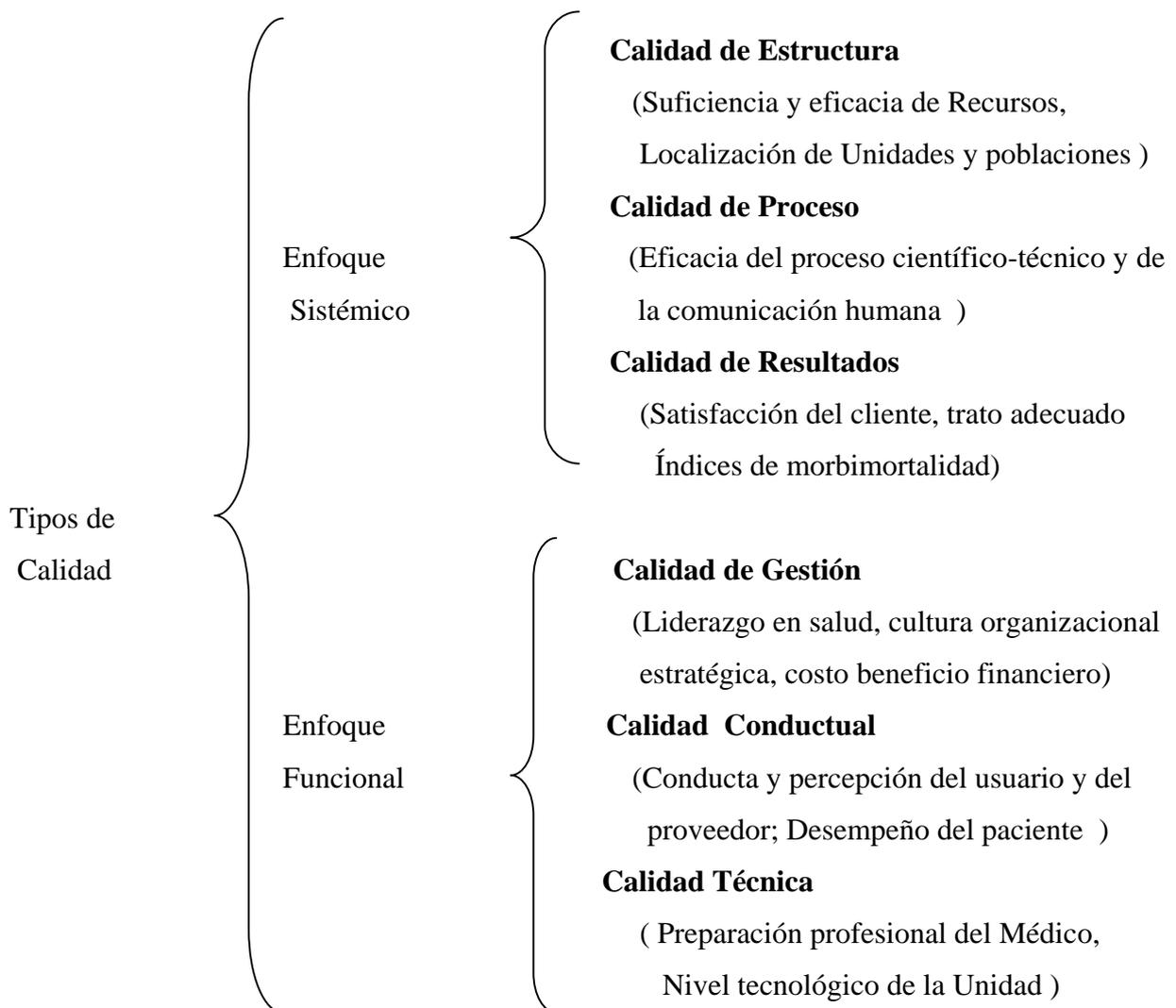
Incluso antes del modelo unificador de Donabedian, la calidad en atención a la salud venía estudiándose según tres factores: el contexto institucional, las características técnicas y relacionales de la atención y los resultados obtenidos en cuanto a su efectividad en la disminución de la morbimortalidad. Estos estudios no concebían a los factores interrelacionados sino aislados. Así, en correlación con una concepción multidimensional de la salud se gestaba paulatinamente una idea multidimensional de la calidad en servicios médicos (Donabedian, 2000).

Cada concepto de calidad sirve a finalidades prácticas específicas. Por ello podemos encontrar un sinnúmero de definiciones en función de su uso en lo industrial, en mercadotecnia, en educación, en política o en salud. Y aún dentro de cada disciplina y objeto de estudio se puede priorizar un enfoque más sistémico o más funcionalista dependiendo de la filosofía institucional. Así, es importante observar que los teóricos de la calidad tienden a plantear una tipología que por momentos puede ser

arbitraria y en general un tanto abigarrada. En la figura 1.1 se propone una clasificación de los tipos de calidad según autores clásicos y contemporáneos. Según este cuadro, el cual nos da un primer acercamiento a los enfoques propuestos, observamos que la calidad en la atención a la salud ha sido estudiada básicamente bajo dos perspectivas: una sistémica y otra funcional. Según el punto de vista sistémico, que tal vez sea el enfoque que más toca al urbanismo, la calidad se relaciona con la cadena estructura, proceso y resultado. Esta cadena incluye el análisis de la suficiencia, eficiencia y localización de recursos; asimismo estudia la eficacia del proceso científico técnico y la comunicación en la relación médico usuario y, finalmente, el análisis de resultados en función de la satisfacción del paciente y los índices agregados de morbimortalidad.

El otro enfoque, de carácter funcional, es menos explicativo y más descriptivo de procesos específicos comúnmente relacionados con aspectos de orden actitudinal y conductual al interior de la unidad médica, que ha pasado a ser más bien organización de servicios de salud. Es un enfoque que está más acorde con el pensamiento actual de la empresa (Green y Thorogood,2004).

Fig. 1.1 Tipología de las visiones de la calidad en la atención a la salud



Fuente: Elaboración propia con información de Aguilar et al, 2007

Ya en apartados anteriores hemos visto que las distintas concepciones de salud y de calidad de atención médica han derivado en el descubrimiento de que hay diversos tipos de calidad según lo que se quiera evaluar o medir. Por esto, es importante dejar en claro y más a profundidad algunos de los modelos de calidad médica que han hegemonizado la teoría y la práctica sanitaria en el siglo XX y lo que va del siglo XXI. En el apartado siguiente, y antes de abocarse a resolver esta cuestionante a fin de ir construyendo el estado del arte en el asunto de la calidad, vamos a aclarar brevemente las relaciones establecidas entre la calidad, la salud y la ciudad.

1.1.3 Calidad en salud y ciudad

Parece evidente que la salud está enmarcada por las condiciones de vida material. Estas condiciones de vida, para el presente trabajo, son las condiciones dadas por la ciudad (López Acuña, 1993). A lo largo de este trabajo se ha insistido en que la salud es un elemento estratégico para las ciudades. Asimismo, la calidad de estructura urbana y en general la calidad de vida urbana impactará favorable o desfavorablemente en la salud de sus habitantes. De esta manera, es factible establecer una secuencia entre la calidad en salud y la calidad de vida urbana relacionada con la salud cuya base es la calidad de la ciudad. A la calidad de la ciudad colaboran necesariamente servicios sanitarios bien localizados, eficaces y eficientes. Si la calidad urbana puede verse como un problema de desempeño en la oferta de servicios, entonces podemos entender que la salud forma parte de la calidad en las ciudades. Las relaciones estructura y calidad de atención médica aun están pendientes en su tratamiento teórico en las ciencias sociales (Blanco Gil, 2005 y Donabedian, 1997).

1.2 Corrientes actuales de interpretación sobre la calidad de atención a la salud

Como ya se ha planteado, probablemente la caracterización más completa de la calidad de atención médica en la sociedad contemporánea provenga de la visión sistémica. Es, en efecto, la teoría de sistemas uno de los paradigmas científicos que más influyeron en la interpretación social y natural en el siglo XX (AHLA, 2008; Eldar, 2003 y Björneberg 2005.). Teorías como la de Bertalanffy (Björneberg 2005 y del Llano, 2000a) aplicadas a la economía y a la sociología, dejaron de manifiesto que el capitalismo podía entenderse de manera sistémica toda vez que se trataba de un complejo económico, político o cultural con una serie de vasos comunicantes. Desde este punto de vista era obvio pensar que la calidad, tanto industrial como social, política o sanitaria, podía entenderse y cuantificarse sólo con una visión sistémica. No es por ello raro observar que la primera formulación importante de la calidad de atención médica se realiza, con enfoque de sistemas, en 1966 por Avedís Donabedian, un médico armenio que emigró a EU. En el siguiente apartado desarrollaremos su teoría, y las que su propuesta ha inspirado en los últimos años en el pensamiento médico en Europa y América, la cual sigue siendo la formulación más destacada y usada hasta la fecha tanto por instituciones públicas como privadas y tanto nacionales como internacionales (Frenk, 2007).

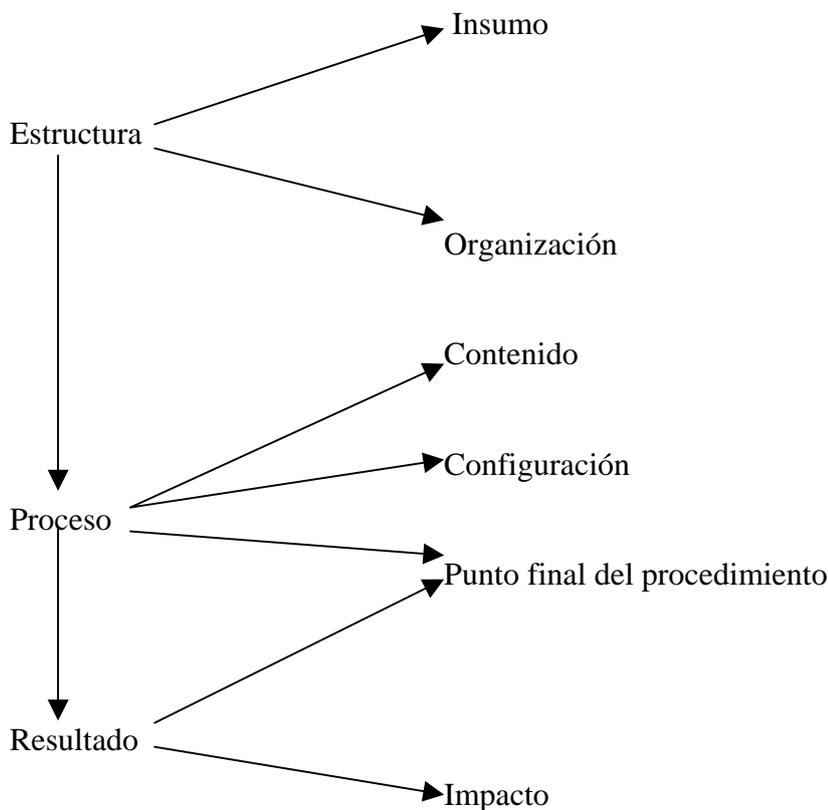
1.2.1 El modelo unificador de Avedis Donabedian

Tal vez la primera formulación seria, con enfoque sistémico que retomó y criticó lo dicho por los científicos de la época⁸, la realizó Avedís Donabedian entre los años sesentas y los ochentas. En tal

⁸ Donabedian se apoya en una muy amplia bibliografía básicamente anglosajona. Algunos de los autores en los que se apoya están Hulka, Zynszansky, Brook y Williams, Coser, Freidson, Cartwright, Smith y Mentzer, etc.

formulación, explicó que por la complejidad y diversidad de los contextos, la calidad en atención médica podía ser percibida y por tanto definida de múltiples maneras. Sin embargo, también intuyó que las numerosas variantes de definición no son una azarosa colección sino que existe una estructura conceptual que subyace, que las abarca a todas y que devela las fuentes de sus semejanzas así como los fundamentos de sus diferencias. De ahí que le llamó a su propuesta Modelo Unificador. En tal modelo, sugirió que la calidad en atención a la salud es aquella que se espera pueda proporcionar al usuario el mayor y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención *en todas sus partes*. En este sentido, calidad de atención médica es la aplicación de la ciencia y la tecnología en un tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos (Donabedian 1997). Particular atención queremos enfatizar en el valor que le otorga a lo científico técnico y en su concepción totalizadora. Para él, “todas las partes” del proceso de la atención médica implicaban su ya famosa trilogía estructura, proceso y resultado. Por esto considera que la calidad de asistencia en salud implica la interrelación de estos factores. Este modelo también asevera que la calidad es una propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables y que las expectativas y valuaciones individuales, así como el costo monetario, pueden entrar dentro de la definición de la calidad de atención (Donabedian 2005). Donabedian, considerado por algunos como el principal experto mundial en el estudio de la calidad en salud (INSP, 1990; Nicholas, 2000), es un clásico de la calidad asistencial, pues a partir de su formulación se desprenden una serie de estudios y de concepciones que con frecuencia amplían o precisan pero no contrarían su propuesta (Eldar,2003).

Fig. 1.2 Visión del Modelo Unificador



Fuente: Donabedian (1997)

La importante aportación de Donabedian radica, entonces, en haber formulado una definición de calidad y un modelo unitario de evaluación de ésta donde no quedan aislados el aspecto del sistema de salud con sus programas y su infraestructura, la relación médico paciente con sus variantes y altibajos y la satisfacción del usuario o la salud final a la que se supone debe llegar la atención médica. Es decir, presenta un primer intento totalizador acerca de todos los fenómenos que ocurren en el ámbito sanitario. Este enfoque totalizador, unificado o sistémico está planteado a manera de una cadena que empieza por la estructura, sigue con el proceso y finaliza con los resultados (Donabedian, 2005). Ello a diferencia de las corrientes anteriores para las cuales la calidad estaba sólo en una de las partes: particularmente en el proceso (Zimmerman, 1999). Las relaciones establecidas entre estructura, proceso y resultado es el meollo del modelo unificador. El esquema 1.2 así lo representa.

De acuerdo a este esquema, la calidad de atención médica va bajando de lo estructural (que proporciona insumos y organización), hacia el proceso (que proporciona contenidos evaluables, la configuración o correspondencia entre atención y necesidad del usuario y el punto final del procedimiento que es en los hechos el término de la participación de la unidad médica) y finaliza en el resultado, que implica necesariamente la evaluación y medición del impacto en la salud.

Importa precisar que por *estructura*, se entienden “las características relativamente estables de los proveedores de atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y de los lugares físicos y organizacionales donde trabajan” (Donabedian 1997: 98). Asimismo, la idea de estructura también incluye los recursos humanos, físicos y financieros necesarios para la atención médica. Pero esta definición va más allá de una visión de “factores de producción”. Implica también la organización formal e informal de financiamiento y de servicios de salud. Por esto los seguros sociales o voluntarios son parte de esta estructura (AHLA,2008 ; Bryant,2005 y Bousquatet al , 2008).

Considerar la estructura nos lleva a ver la calidad desde el enfoque sectorial (Massoud,2008 y Wensel, 1995). En la concepción original, definir y evaluar la calidad desde la estructura implica no sólo considerar las amenidades sino además los elementos de contexto institucional tales como la estructura física, instalaciones y equipo; las características generales de organización (incluyendo sus propósitos y perfil organizacional); la organización, dimensiones, preparación y funciones del personal; los aspectos fiscales de la organización y otros relacionados con esta; y finalmente factores geográficos tales como la distancia, aislamiento, disponibilidad de servicios y accesibilidad regional de los servicios e instalaciones.

En esta formulación, que el mismo Donabedian considera importante replantear en algunos de sus puntos (Donabedian, 1997), se pasan por alto las políticas y programas nacionales los cuales son formulados por altas esferas y a las que se sujetan las unidades de salud en cualquiera de sus niveles.

Cabe observar que, en la definición, la inclusión de la relación entre estructura y calidad de la atención es de la mayor importancia para la planeación urbana y económica (Stauskis, 2005; Aguirre Gas, 2002; Bhattí, 2005; Bryan,2005; OMS 2008). Ello pues nos permite coadyuvar en el establecimiento de políticas públicas y en el diseño y localización eficaz de servicios (Hernández Aja, 1994). Sin embargo, luego lo veremos, como medida de calidad, el factor estructura es bastante general y por tanto limitado para una monitoria útil. Como fuente de información actualizada y precisa acerca de la calidad, la evaluación de la estructura es de menor importancia que la

evaluación del proceso o de los resultados (Donabedian, 1997; Mant, 2001; OECD,2006). Tal vez aún queden pendientes estudios a profundidad que establezcan las relaciones precisas entre estructura y calidad de actuación médica (Donabedian, 2000; Lázaro 2006 y Ramos del Rio, 2008.).

El otro elemento que concurre en la definición y análisis de la calidad, según el modelo unificador, es el proceso. Por proceso se entiende en este modelo la atención misma que se da en el consultorio o en el domicilio pero por petición expresa del paciente. En este sentido, el proceso es en tanto una relación personal donde comúnmente es el médico quien pone sus condiciones, algo que recae en el proveedor de la atención, por lo que la evaluación de este fenómeno significa valorar las características de la conducta del proveedor en el manejo de la salud y la enfermedad (Haro, 2000).

Señalado lo anterior, observamos que en estricto sentido el proceso no es sólo la atención en consultorio: es también un cierto desempeño del paciente relacionado con los patrones de uso de medicamentos, con la adherencia y la conclusión de tratamientos (Arnold,2007; Bryan,2005; Aguirre Gas, 2002). Asimismo se relaciona con un cierto desempeño de la institución y su relación con otras instituciones para la atención de episodios de atención a la salud.

En cuanto a los *resultados* en la definición de calidad, interesa señalar la importancia que le adjudica Donabedian a la satisfacción del cliente. Llama a los pacientes “definidores primarios de la calidad” y considera que éstos contribuyen individual y colectivamente en la definición de calidad principalmente a través de sus expectativas y valores acerca del manejo interpersonal. Los pacientes también son definitorios en la determinación del valor que debe darse a los beneficios y riesgos esperados para su salud. Y es que los resultados en términos de niveles de mortalidad o morbilidad pasan inicialmente por un proceso de percepción de la salud y del servicio por parte de los enfermos (Mattke et al, 2006; Reyes et al, 2004).

Para terminar este apartado, vale la pena apuntar que el concepto unificador se pretende fundamental para los valores, la ética y las tradiciones de los profesionales de la salud (Donabedian 1997:9). Esto significa que como parte de la visión unificadora de la calidad, se abre otra clasificación que se relaciona más con las cuestiones sociales, económicas y morales. Según esta visión complementaria, la calidad puede ser:

- a) Absolutista o tecnocrática, cuando los criterios de calidad son eminentemente o absolutamente técnico-científicos y por tanto la calidad es moralmente neutral.
- b) Individualizada, cuando los criterios de calidad incluyen los costos económicos y por tanto la dimensión moral se vuelve no neutral, pues los montos de dinero son factores de una mejor atención para los más favorecidos del sistema.
- c) Social, cuando los criterios son iguales que en la visión individualizada pero las cantidades pueden ser diferentes dado que se toman en cuenta poblaciones y no individuos. Interviene además del “beneficio neto agregado” para toda una población el factor distribución social justa del beneficio entre dicha población. (Donabedian, 1997 y Andereck 2007)

Con esta segunda visión podemos dar por concluida la construcción teórica de Donabedian, estando así en posibilidades de analizar otras construcciones paralelas o posteriores.

1.2.2 El modelo Anglosajón

A raíz de la formulación de Donabedian, en los años noventa se derivaron en Estados Unidos y los países anglosajones sendas conceptualizaciones sobre la calidad asistencial. Entre los autores que reflexionaron sobre esta cuestión podemos señalar a Myers y Slee, Luft y Hunt, De Geyndt, Cree, Sass y Yinger, Horivitz, Albretch, Varo, Hopson y Scally, Lovelock, la IOM, Cochrane y el modelo de Salud administrada. Entendida la escuela de pensamiento como aquella en la cual los integrantes mantienen una relación de maestro alumno (Guthrie, 1995), es factible considerar a todos estos teóricos como parte de una escuela anglosajona.

Myers y Slee (Tabladilla, 1996) definen calidad como el grado en que se cumplen las normas en relación con el mejor conocimiento sanitario existente, en cada momento, de acuerdo con los principios y prácticas generalmente aceptados. Este mejor conocimiento sanitario existente en cada momento debe plasmarse en normas, que luego deberán ser adaptadas a las realidades y circunstancias locales. Decimos también que es el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y poblaciones mejoran la posibilidad de lograr resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales.

Otra forma posible de definir la calidad, según estos autores, es como el grado en que el servicio prestado se aproxima al prototipo, entendiendo por tal, el modelo óptimo de asistencia que debería prestarse a tal paciente. Este concepto de calidad exige la definición previa de las características del modelo de atención o servicio prestado (normas), en función de poder determinar el grado de aproximación al ideal u óptimo que, a su vez, definirá el grado de calidad alcanzado.

Luft y Hunt (Jiménez Paneque, 2004) definen la calidad como el grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reducen la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos. De Geyndt (ibídem) sostiene que el concepto de atención sanitaria es multidimensional, lo cual explica la complejidad para definirla y evaluarla por lo que hay que introducir al concepto el carácter local que irremediamente tiene. Esto refuerza la hipótesis de que la calidad es un asunto cultural.

Creel, Sass y Yinger (Ortiz y Montero, 2007) señalan que la calidad de la atención a la salud en el nivel clínico puede ser definida por los conocimientos técnicos y por la habilidad para proporcionar un trato cortés y respetuoso, seguro y eficaz para la satisfacción de los clientes.

Según la OMS (Silva Yelitz, 2005) la calidad de servicio es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la maximización de la satisfacción del paciente con el proceso.

Para Horivitz (ibidem) el servicio es intangible por lo que el cliente es el único juez de la calidad. Y para Albretch la calidad del servicio dependerá de cómo la persona que lo presta piensa en el paciente concentrando su atención en maximizar el impacto positivo en la salud y disminuyendo los impactos negativos. Por su parte Varo sugiere que las principales dimensiones de la calidad asistencial son la eficacia o calidad intrínseca, la eficiencia o calidad de costo, seguridad, oportunidad y servicio humanizado (calidad interpersonal). Para Hopson y Scally la buena calidad implica una diferencia positiva entre expectativas y resultado de tal manera que cuando el servicio

es inferior a las expectativas tiene mala calidad y un buen servicio es aquel que supera las expectativas (Olivier , Palacio et al, 2003). Lovelock por su parte coincide con la propuesta de Donabedian y sugiere que lo esencial es el proceso y el resultado.

Para el Instituto de Medicina de EU (IOM) la calidad es el grado en el cual los servicios médicos para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de los resultados deseados de la salud y son constantes, con conocimiento profesional actual. La definición sugiere que el funcionamiento de la calidad ocurra en una serie continua, extendiéndose teóricamente de inaceptable a excelente. Asimismo, se asume que el foco está en los servicios proporcionados por el sistema de la entrega del cuidado médico y que la calidad se puede evaluar desde la perspectiva de individuos o de poblaciones. Ya en el plano de lo epistemológico, argumentan que las evidencias de la investigación se deben utilizar para identificar los servicios que mejoran los resultados de la salud. Sin embargo, en ausencia de la evidencia científica con respecto a eficacia, el consenso profesional se puede utilizar como criterio básico (García Ortíz 2008)

Muy recientemente se han estado elaborando concepciones de la calidad que tratan de rescatar la importancia de la estructura y el proceso. Una propuesta muy loable es la de la llamada *Gobernanza Clínica*. Se trata de un modelo inglés de gestión de la calidad sanitaria que tiene como características la innovación y la práctica médica basada en las evidencias (MBE). Bajo esta premisa, la gobernanza trata de generar en los profesionales mayores niveles de responsabilidad, transferencia de riesgos y rendición de cuentas. Asimismo su intención es la coordinación de esfuerzos en las mejoras de la calidad de servicios de salud y disminuir las actuaciones médicas erróneas y de abierta “baja calidad”. En esta coordinación de esfuerzos, se convierte en una estrategia imprescindible la colaboración interdisciplinaria el lograr una gama de niveles asistenciales. El también llamado Gobierno Clínico es un cambio cultural que sólo funcionará en organizaciones abiertas y participativas, con formación de investigación y compartición de ideas.

Respecto a la MBE, atribuida originalmente al Dr. Archie Cochrane, investigador del Reino Unido de los años 70, es una propuesta que pretende conducir el diagnóstico y prescripción médica con base en pruebas científicas. Esto con la finalidad de evitar iatrogenias⁹ y actuaciones médicas erróneas. Según Reyes y Prieto (2006) los principios de la MBE son:

- a) Admitir que no se sabe lo suficiente (una especie de “duda metódica”)
- b) Buscar las mejores evidencias que respondan. Tales evidencias provendrán de artículos científicos y textos especializados.
- c) Evaluar críticamente las evidencias con criterios de validez, impacto y aplicabilidad
- d) Integrar la evidencia en una cadena con la habilidad médica y con las características del paciente.
- e) Evaluar la eficiencia y eficacia y tratar de mejorar la próxima vez.

Sin embargo, la MBE, es aún un paradigma que aún esta en crecimiento y que en realidad es usado en otros modelos de gestión de la salud.

⁹ Se ha calculado que en Estados Unidos entre 44000 y 98000 personas mueren cada año por iatrogenias y errores médicos. Estas muertes son mayores que los muertos por automóviles, cáncer de mama o SIDA (Fernández Busso, 2004).

Finalmente, existe el modelo de Salud Administrada o más precisamente calidad de atención administrada o *manager care* en inglés. Dicho modelo es común en los sistemas de salud norteamericanos Medicaid o Medicare. En tal modelo, se tiene como estrategia de calidad mantener bajos los costos de la atención eliminando los servicios innecesarios. Hay varios tipos de atención administrada que manejan también varios tipos de pago. Para este modelo la variable económica es importante. Asimismo algunos contemplan estrategias de “control de utilización” o control en la frecuencia de uso del servicio. Las unidades médicas que trabajan la atención administrada son conocidas en el ámbito de la salud como HMO (Organización de mantenimiento de la salud), PPO (Organización de Proveedores Seleccionados), POS (Planes de puntos de servicio). La atención administrada en salud, aún no ha sido muy tratada en estudios científicos, por lo que su descripción y funcionamiento la encontramos en documentos operativos y promocionales que se distribuyen a los usuarios de las instituciones que la practican (Valencia, 2005).

Dos términos más han venido a complementar el pensamiento anglosajón en cuanto a la concepción de calidad. Por un lado, la seguridad del paciente y por el otro la garantía de calidad en salud. Ambos conllevan a “blindar” la situación del cliente o de la institución a fin de llegar de manera indefectible a resultados positivos. El enfoque de Seguridad Clínica, también llamada *Patient Safety*, se plantea la preservación del paciente paradójicamente sin tomar muy en cuenta las opiniones de éste. Es un modelo que pretende pasar del enfoque centrado en la persona al enfoque centrado en el sistema. De alguna manera su visión prioriza la estructura y no el proceso ya que el médico es humano y por tanto comete errores. Este tipo de modelo ha sido desarrollado en con prioridad en Reino Unido y Australia (Bruce et al 2004).

1.2.3 El modelo europeo

Aunque es cierto que el modelo anglosajón en parte es europeo, aquí definimos la visión europea de países de origen latino, particularmente España. Para esta visión, la calidad de atención médica está influenciada por su condición de receptor de migrantes asiáticos, latinoamericanos y africanos. En este sentido, y por sus antecedentes enraizados en las dos guerras mundiales, los médicos europeos han venido construyendo una visión de la calidad que se afianza en una visión culturalista de la salud (Almaguer, 2007 y Gimeno, 2005). España tiene una larga tradición en la atención a la salud. Particularmente después de la dictadura franquista y con la instauración de autonomías, los sistemas de salud españoles han promovido la investigación sanitaria y se han aliado a las propuestas más avanzadas en el ámbito europeo. Son destacables las propuestas de Andalucía y de Madrid.

Respecto a esta última, Corella (2007) en un estudio menciona que en la definición de la calidad debe haber al menos dos atributos. Por un lado garantizar al máximo el bienestar del paciente y por otro lado, la rentabilización de los recursos económicos que son limitados, siendo que la demanda de cuidados y sus costes son cada vez más elevados. Al existir tres grupos en el entorno sanitario (y buscar una misma meta) estos tres grupos nos derivan tres tipos de calidad:

- a) Calidad científico-técnica, relacionada con la desarrollada por el personal sanitario.
- b) Calidad percibida, relacionada con la sensación de satisfacción del paciente.
- c) Calidad de gestión, relacionada con la adecuación de los recursos disponibles.

Respecto a la calidad desde la perspectiva del servicio médico andaluz, cabe señalar su importante énfasis en la participación comunitaria y la atención primaria a la salud. Así, para este sistema, la

calidad es brindar la atención con participación del paciente, atendiendo a sus características culturales y a los avances médicos.

Otras de las tradiciones importantes es el modelo promovido por la European Forum for Quality Management. Para esta visión de la calidad está relacionada no únicamente con encontrar y evitar fallas y errores, además es necesario llegar a generar aprendizajes, gestionando el conocimiento y lograr niveles de excelencia (Vallejo, 2004). Este modelo europeo hace de las cualidades culturales una fortaleza para que la calidad asiente sus reales. Así su definición de calidad es la autoevaluación. Otras características de este modelo podemos enumerarlas como sigue: no prescriptivo, basado en el aprendizaje, basado en la participación, autoevaluativo y con énfasis en la contención de costes, (Peiró, 2006a). La contención de costes la enfocan hacia la reducción del uso inadecuado de los recursos sanitarios y por tanto a evitar sucesos adversos, ahorrando recursos y mejorando la calidad (Reyes y Prieto, 2006; Fernández Busso, 2004).

Por ello, este modelo ataca la no calidad, la discalidat y toma partido por la eficiencia y no sólo por la eficacia. Su apuesta es por la excelencia, innovación y anticipación. En él están presentes por tanto el control estadístico y la mejora continua pero sobre todo el aprendizaje continuo como estrategia de sobrevivencia (Rodríguez, 2006: 38 y Arcelay et al 2009) . Así este enfoque aporta una estructura sistémica para una gestión de la calidad que permita a la institución de salud aprender mediante la comparación consigo mismo y le ayuda en la planificación, en la definición de estrategias, en el seguimiento de los progresos conseguidos y en la corrección de los errores y de las deficiencias.

Finalmente, en esta perspectiva europea, es importante acotar que las tendencias de definición de calidad, en los últimos dos años ponen énfasis en las tres dimensiones básicas: lo científico-técnico, lo organizativo y lo humano . En este sentido, las características de estas dimensiones son:

- A) En lo científico técnico, la consideración tanto de los conocimientos vigentes de la medicina como los nuevos paradigmas de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (NTCI).
- B) En lo Organizativo, se trata de considerar la cultura organizacional más adelantada así como otras categorías asociadas a la calidad como el aseguramiento de la misma, la seguridad del paciente, los adelantos en los sistemas administrativos y la participación del usuario en la planeación de los servicios.
- C) En lo humano, la tendencia es tomar en cuenta básicamente los aspectos de multiculturalidad propios de la demografía y el urbanismo del siglo XXI a fin de mejorar los aspectos de accesibilidad (Betthel et al, 2004; Almaguer, 2007 y Barr et al,2005)

Desde este punto de vista, consideramos que esta corriente de pensamiento tiende a ser más holística en sus puntos de vista y en su praxis médica.

1.2.4 La Escuela Mexicana y latinoamericana

En el pensamiento mexicano respecto a la calidad, podemos encontrar una visión extremadamente funcionalista y oficial que priva hasta los sesenta, otra que tiene una tendencia crítica y que creció

con la influencia de la reunión de Alma Ata, Rusia, en los años setenta y la actual, que reúne una visión más holística entre lo funcional y lo crítico y que se cobija bajo el esquema de la salud global.

La visión funcionalista fue desarrollada en las épocas posrevolucionarias de México y dio paso a los sistemas de salud públicos que nos rigen actualmente. Para esta visión, el esquema de atención al proceso salud enfermedad tenía un componente biologicista muy marcado y una necesaria vinculación con las necesidades de reproducción de fuerza de trabajo de los años cuarentas. La solución fue, por tanto, la construcción de grandes hospitales o grandes zonas de hospitales que le dieron una configuración distinta las ciudades en el país. El IMSS, ISSSTE, la entonces SSA, y otras variantes de los sistemas sanitarios, en tanto se ligaron a los esquemas de empleo (Molina, 2007) dieron al sistema de seguridad social una cobertura insuficiente y una excesiva fragmentación.

Posteriormente, los cambios económicos y políticos mundiales de los años sesenta, influirían en México para repensar el proceso de salud enfermedad bajo otros parámetros de orden más social. Nace en el país la sociomedicina, la cual pondrá una visión más política y crítica. Así, la calidad de los servicios médicos se extiende hacia lo preventivo, hacia la comunidad (con los esquemas de la Atención Primaria de la Salud) y supera el ámbito hospitalario. Esta tendencia se impondrá como un paradigma de pensamiento casi hasta principios de los años noventa (Barquin, 1992)

Finalmente, ya muy entrada la década de los noventa, ingresa al país la oleada de la globalización y la introducción de los sistemas de calidad a los servicios sanitarios. Con esta visión no sólo se busca eficientar los recursos cada vez más disminuidos en el área de salud (Soria, 2007; Eibenshultz y Vilar, 2007) sino también encontrar un puente de control con las distintas culturas organizacionales y de comportamiento de los usuarios en el país. En esta línea, particular mención nos parece la formulación de Aguirre Gas (2002 y 2008), y de la Secretaria General de Comisión Americana Médico Social, a la que representa, el cual menciona que la calidad de atención médica consiste en otorgar atención al usuario, con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de sus necesidades de salud y de sus expectativas, las del prestador de servicios y las de la institución .

Respecto a la definición anterior, conviene señalar que Aguirre-Gas ubica que las principales expectativas del usuario se relacionan con la disponibilidad, la accesibilidad geográfica y cultural de los servicios, la continuidad de los tratamientos y las amenidades o comodidades en las instalaciones. Ello, en tanto las expectativas de los proveedores se relacionan con cumplir con la normatividad (en cuestiones legales y de sistemas de calidad), con una administración eficiente de recursos, con la ausencia de retrasos y quejas, con la equidad en la prestación del servicio, con la mejoría del nivel de salud de la población, con la cobertura de la demanda y con una mayor productividad (Aguirre Gas, 2002). Para Julio Frenk (2003), la calidad y la cobertura son los principales puntos débiles de los servicios de salud. Y bajo esta perspectiva, su visión de la calidad va muy ligada a la salud pública, al tratamiento de las desigualdades en el acceso y a la promoción de la investigación a fin de superar la dependencia científico tecnológica respecto a los países desarrollados. Su propuesta entonces, supone a la calidad como un atributo de la atención médica enmarcado en un mayor acceso a favor de los más desprotegidos, un cuidado de los recursos de un Estado en continua crisis fiscal (O'Connors, 1978) y un impulso para la generación de tecnologías médicas autónomas. En Latinoamérica, importa señalar las propuestas de calidad sanitaria que se han realizado en Colombia, Argentina, Bolivia y Cuba. En Colombia, a partir de las reformas de 1993, se establece una concepción de calidad que prioriza la equidad y la participación ciudadana

(Cabrera et al, 2008 y Cabrera,2008). Por las graves carencias en las que se encontraba el país hasta antes de 1993, la calidad de los servicios de salud tiene como ejes:

- Equidad en la distribución geográfica de recursos para la atención en salud de los pobres
- Equidad en la cobertura de aseguramiento obligatorio
- Equidad en el acceso a los servicios de salud
- Comportamiento proporcional del gasto de bolsillo para pagos a proveedores de servicios de salud
- Comportamiento proporcional del gasto de los hogares para adquirir pólizas privadas de seguros de salud

Para el caso de Argentina, Regazzoni (2007) y Humberto Galeano (2003) en sus estudios consideran a la calidad en atención sanitaria como el conjunto de características técnicas, científicas, materiales y humanas que debe reunir el cuidado de la salud de las personas, a fin de asegurar el mayor número posible de años de vida saludable, a un costo social y económicamente válido, tanto para el sistema como para la población. Sugieren además que la calidad de la atención médica es un problema complejo originado por la interacción de seis áreas, describen el contexto en el cual se presta la atención: demanda, oferta, proceso, resultados e impacto. Así, concluyen que la calidad sanitaria se define en función de la eficiencia con la cual se utiliza la información para la toma de decisiones, conducentes a una mejor prestación de servicios. Rojas Moya (2003), y un grupo de investigación en Bolivia, propone que la calidad de los servicios de salud es un complejo que incluye la competencia profesional, la satisfacción de los usuarios, la accesibilidad (geográfica, socioeconómica y cultural) la eficacia y la eficiencia. Para explicarlo lo resume en un diagrama de causa efecto:

Fig. 1.3 Dimensiones de la calidad de los Servicios de Salud



Fuente: Rojas Moya (2003)

Para el caso cubano (Jiménez Paneque, 2004) las definiciones que están prevaleciendo se relacionan con la satisfacción y la eficiencia como las dos categorías que hay que priorizar. Sin embargo estas categorías hay que contextualizarlas incluyendo en ellas la visión de los proveedores y de los usuarios.

1.2.5 Otras modelos vigentes

Con toda seguridad, los modelos que se han visto no son los únicos que han estado presentes en el pensamiento de los estudiosos de la salud. Particularmente quisiéramos hacer referencia a otras maneras de entender y definir la calidad de servicios de salud. En especial quisiéramos señalar el modelo ecológico de Bonfenbrenner. Bonfenbrenner (psicólogo evolutivo norteamericano nacido en la primera mitad del siglo XX y muerto en 1988) resalta el poder que ejerce el contexto social y natural en la conducta y la salud del individuo. Por ello calidad es sinónimo de desarrollo humano. Un servicio médico de calidad, entonces será aquel que otorgue igual peso lo social y lo natural y que logre un equilibrio entre la mejora de lo biológico y los aspectos sociomédicos. Así, la atención brindada tendrá que considerar y actuar sobre el microsistema familiar, la formación de redes entre unidades sociales familiares, escolares, urbanas todo ello considerando los antecedentes y condiciones históricas y culturales de los usuarios (Fishbein, 1975).

Cabe observar que estos modelos son formas de gestionar los centros sanitarios y usan herramientas de evaluación de calidad en función del modelo que eligieron para regirse. También importa señalar que todos ellos manejan de manera similar las mismas herramientas estadísticas, elaboran y aplican instrumentos semejantes. Lo que en realidad marca la diferencia son los estándares y los planes de mejora que éstos arrojan (Zimmerman 1999)

Después de este recorrido, y en aras de retomar una definición propia, estaríamos a favor de definir la calidad en atención médica como aquella que implique el otorgamiento de servicios sanitarios al usuario, con oportunidad y equidad, con eficiencia en la aplicación de recursos del usuario y del proveedor, conforme a los derechos humanos y culturales, con las NTIC y los conocimientos médicos más avanzados, con los criterios organizativos y principios éticos vigentes, con participación activa de los pacientes y la satisfacción de sus necesidades de salud y de sus expectativas, las del prestador de servicios y las de la institución.

Con esto, y aún y cuando para llevar a cabo esta investigación requiramos una definición más operativa, podemos terminar preliminarmente este apartado, señalando que la calidad de atención a la salud se ha vuelto cada vez más complicada de definir dada la multiplicidad de factores a considerar y consecuentemente los métodos cada vez más precisos (y parciales) para evaluarla y medirla. Esta multiplicidad de factores tienen su raíz en la búsqueda de una racionalidad de eficiencia y competitividad propia de la organización del capitalismo moderno a nivel mundial (Betancourt, 2002).

1.3 Metodologías y formas de medición de la calidad de atención a la salud en el contexto de la investigación urbana

La calidad es una categoría compleja. Por ello admite una diversidad de definiciones. Y por ello también, su multidimensionalidad conceptual se ve correspondida por una multiplicidad de metodologías de medición (Gea et al 2002). En el presente apartado se iniciará con una reflexión sobre las correlaciones de concepto e indicador y sobre las diferencias entre medir y evaluar.

1.3.1 Medir y Evaluar: una discusión conceptual

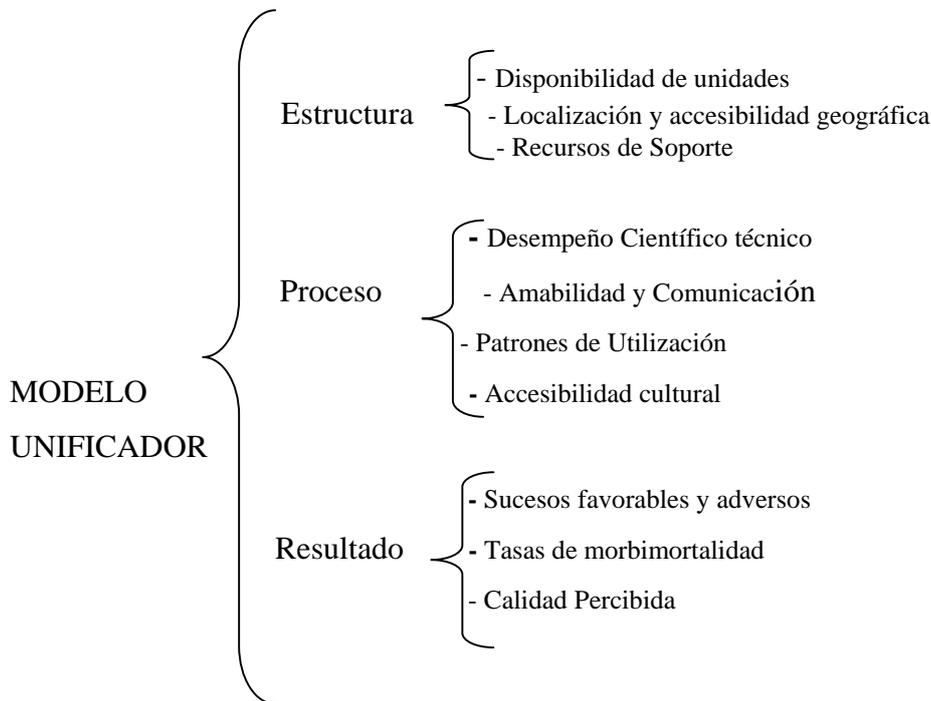
En los estudios que se realizan sobre la medición de la calidad, es común que ésta se enfoque con más precisión en la evaluación del funcionamiento de los sistemas de salud. Así, la medición se toma

como un sinónimo de evaluación. Al respecto, y considerando que esta es una discusión que habrá que solventar en el capítulo metodológico de esta tesis, preliminarmente consideraremos que evaluar la calidad es prioritariamente medirla.

1.3.2 Determinantes a medir sobre la calidad de atención médica: adecuación, excelencia y satisfacción.

Tres determinantes tiene la calidad de atención médica: la adecuación (entiéndase pertinencia), la excelencia y la satisfacción. (Rodríguez, 2006: 13). Estos determinantes son los criterios esenciales o básicos sobre los cuales se levantan las distintas metodologías para medirla. La adecuación o pertinencia se refiere básicamente a dos cuestiones. Inicialmente si la disponibilidad y el perfil de la oferta de servicios coincide con el perfil epidemiológico de la población y, en segunda instancia, si esta atención se da en las cantidades solicitadas de manera que no haya errores por sobreutilización o subutilización. La excelencia se refiere al nivel en la capacidad científico técnica y relacional que brinda el personal de la unidad de salud. La excelencia se refiere también a las “amenidades” o comodidades que otorga la institución (Rodríguez, 2006 y Lázaro, 2006). Por lo anteriormente planteado, parece que la forma más clara y a la vez la más completa de plantear el problema de las diversas metodologías para la medición de la calidad de atención a la salud es el abocarnos a la visión unificadora de Donabedian. Con esto estaremos en posibilidades de plantear cómo se mide la calidad desde la estructura, desde el proceso y desde los resultados según intentos de autores contemporáneos.

Fig. 1.4 Variables del Modelo Unificador



Fuente: Elaboración propia

La figura 1.4 nos da una panorámica de las dimensiones del problema y de los tópicos que hay que tratar. Posteriormente, precisaremos en un cuadro los indicadores y estándares que las diversas

metodologías nos plantean. Ya hemos señalado que las mediciones de la calidad pueden hacerse en función de la propuesta del modelo unificador de Donabedian. Tal cuadro nos puede arrojar mucha luz sobre qué medir y cómo medir la calidad. En el cuadro ya planteado, es posible observar cómo la calidad puede medirse con indicadores de diferentes puntos. Asimismo es posible visualizar el cuadro sinóptico en la siguiente tabla:

CUADRO 1.3 Indicadores del modelo unificador

Nivel	Variable a medir	Herramienta Básica	Indicadores Mas Importantes
ESTRUCTURA	Disponibilidad	Estadísticas oficiales	No. de Unidades Médicas No. de camas No. de consultorios
	Localización	Mapas Oficiales	Cercanía Distribución Espacial
	Accesibilidad Geográfica y Cultural	Estadísticas de la Unidad Médica	Trayecto de recorrido Costos de transporte Educación del paciente Complejidad Adva.
	Recurso de Soporte	Estadísticas Oficiales	No. de médicos No. de Enfermeras Dinero invertido del PIB Estatal o Nacional
PROCESO	Desempeño Científico Técnico	Expediente Clínico	Índices de: Desempeño médico Adherencia Profesionalidad Cooperación M-P
	Amabilidad y Comunicación	Entrevista Directa	Cooperación Médico- paciente Índice de Satisfacción
	Utilización	Expediente Clínico y Estudios culturales	No. de Usuarios No. de Consultas Índice de Accesibilidad Real
RESULTADO	Sucesos favorables	Expediente Clínico	No. de Altas
	Sucesos adversos	Expediente Clínico	No. de Iatrogenias Fallecimientos Consultas canceladas Quejas
	Morbimortalidad	Estadísticas oficiales y Expediente Clínico	Tasas de mortalidad Tasas de morbilidad
	Calidad Percibida	Encuestas y Análisis de Quejas	No. de Quejas Clasificación de quejas Preferencias

INDICE COMPLEJO	Multi dimensionalidad de la calidad	Encuestas, Mapas, Expediente Clínico y Estadísticas Oficiales y Quejas	Indice compuesto con factores: Sociodemográficos De Accesibilidad De Funcionamiento De Personal de Unidades De Utilización
----------------------------	-------------------------------------	--	---

Fuente: Elaboración propia

El cuadro 1.3 nos habla de una medición de la calidad que tiende más a convertirse en una evaluación de los servicios de salud. Y es que, como ya lo habíamos dicho, se han venido viendo como sinónimos. (Santos Guerra 2001 y Donabedian, 2005). La propuesta de Donabedian incluso ha arrojado luz sobre la historia de la atención sanitaria. Presentamos el siguiente cuadro que correlaciona, según el enfoque unificador, etapas históricas de la asistencia médica, tipo de datos que se recaban para hacer un análisis de la calidad, los criterios en las medidas y la conceptualización de la relación médico-paciente.

**CUADRO 1.4 DIFERENTES MODELOS DE LOS PROGRAMAS DE EVALUACIÓN
Y MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL**

MODELO	Profesional Aislado	Burocrático	Industrial
TIPO DE DATOS	Estructura Resultados	Proceso estructura	Proceso-Estructura- Resultados
TIPO DE MEDIDAS	Criterios implícitos	Criterios Explícitos: sucesos centinela y técnicos	Criterios explícitos: indicadores ajustados a severidad, calidad de vida
CONCEPTO Médico-Paciente	Médico Paciente	Vendedor/proveedor Beneficiario	Asociado Cliente

Fuente: Rodríguez (2005: 11)

Según el cuadro 1.4, que específicamente relaciona los programas de evaluación y mejora de la calidad de atención médica, observamos que en el periodo del profesional aislado los datos que se recaban son de estructura o de resultados (y no así el de proceso, pues el médico se autorregula en su actuación). Los criterios son implícitos o no abiertos a normatividades externas y el concepto de atención es tradicional como médico paciente (que es a su vez una relación de poder donde el médico hace prevalecer sus condiciones y opiniones).

En el segundo momento, hay una importante participación del Estado y una cada vez mayor ingerencia de los sistemas administrativos en la autonomía profesional del trabajador de la salud. Por ello ahora los datos que controlan la asistencia vienen del proceso (en particular registrados en el expediente clínico) y de la estructura (donde el responsable es el Estado). Los criterios por tanto se vuelven explícitos y la relación comienza a cambiar y se transforma en proveedor-beneficiario.

Finalmente, en la tercer etapa, la industrial, los datos que se recaban para monitorear y mejorar la asistencia a la salud recuperan el fenómeno completo en cuanto a la estructura, el proceso y los resultados. De igual manera, los criterios se vuelven mucho más explícitos y recobran aspectos complejos como la severidad de riesgos y la calidad de vida. La relación humana cambia y de ser proveedor beneficiario se transforma en asociado y cliente.

Este trayecto histórico, parte de que la calidad de la atención, debe basar su medición en los componentes de estructura, proceso y resultado .

1.3.3 MEDICIÓN DE LA CALIDAD ESTRUCTURAL

Evidentemente, el empleo de la estructura es una medida *indirecta* de la calidad de atención sanitaria aunque retoma aspectos fundamentales como el financiamiento, la seguridad social y hasta los mismos esfuerzos por implementar calidad. Así, considerar la estructura como factor de calidad significa valorar su papel para aumentar o disminuir la posibilidad de una buena atención. Sin embargo, es un consenso entre los estudiosos que una adecuada estructura, particularmente hablando de suficientes recursos y un diseño de sistema apropiado, es probablemente el medio más importante de protección y promoción de la calidad de atención (Donabedian 1997 : 99)

Realizar una evaluación desde la estructura nos lleva a poder tener “un juicio de valor para acreditar la calidad y la eficiencia con que se están otorgando los servicios mediante el análisis de productividad, metas, índices de eficiencia, cumplimiento de programas y costos de operación” (Aguirre Gas, 2003 p.39). La realización de estudios de esta naturaleza es complicada pues implica una visión muy interdisciplinaria, con equipos de trabajo de varias profesiones y con un caudal de información de gabinete y de campo que puede ser muy costosa en su levantamiento. A este respecto, podemos encontrar a partir de estos estudios una *calidad de estructura sanitaria* para la atención médica. Este tal vez sea el tipo de calidad que ha sido más socorrido para legitimar la acción de los gobiernos y para sostener muchos discursos políticos (Blanco, 2003).

1.3.4 MEDICIÓN DE LA CALIDAD PROCESAL

Aspectos importantes que según Donabedian incluyen la calidad desde el proceso son por un lado el grado al cual se llevan a cabo con tino las actividades de detección (nos referimos a procedimientos rutinarios, detección de casos de riesgo y hallazgo de “avisos de alarma”). Y por otro lado, se encuentran las actividades diagnósticas como elaboración de diagnósticos clínicos, patrones de categorización diagnóstica, validación de diagnósticos, informes y exámenes. Parte importante de proceso son también los tratamientos, que incluyen: manejo preventivo y supervisión de ciertas enfermedades, estándares mínimos u óptimos de visitas, patrones de uso de medicamentos, fármacos y sangre y patrones de intervenciones quirúrgicas.

También hace notar que el lugar privilegiado del proceso, según los análisis tradicionales de calidad asistencial son la consulta y canalización con inclusión de las normas por categoría del médico que hace la petición, el tipo de consultante, las características de la enfermedad del paciente o el tipo de institución entre otros. También contempla las interconsultas y canalizaciones en situaciones específicas de enfermedad. Y finalmente, son parte del proceso la coordinación y continuidad en la

atención, que incluye el número de médicos, hospitales y otros proveedores involucrados en el cuidado de un solo paciente durante un período o durante un solo episodio de la enfermedad o de la atención (Donabedian, 2005).

Como proceso es también de utilidad aspectos básicos de la utilización de los servicios. Por ejemplo, nos dice Donabedian, el uso de agencias y recursos de la comunidad, así como el volumen y patrones de uso, en general y para los padecimientos específicos. Advierte, sin embargo que las características del uso de servicios pueden ser vistos como parte del proceso o como parte del resultado.

Así, el proceso no se evalúa de manera aislada. Es común que la calidad de esta atención se vea influida por la cadena que va de la estructura al resultado. Y no sólo es común, también es importante: situar la evaluación de la calidad sólo en el proceso es darle toda la primacía al médico el cual se convierte en el sumo sacerdote y depositario de la verdad obviando el hecho de que el médico puede dejarse llevar por prácticas erróneas o ya superadas por la comunidad científica (Donabedian 1997; RWJF, 2007).

Ingresar al análisis del proceso es incursionar en cierta medida a un ámbito científico técnico y relacional. Lo curioso es que la pregunta básica - ¿cómo evaluamos el proceso de atención?- nos lleva a adentrarnos en cuestiones técnicas que pueden parecer muy alejadas del urbanismo. En efecto, cuestiones como el desempeño de los médicos, el perfil de la relación interpersonal, los patrones de utilización en consultorio y de farmacia o de laboratorio están lejos del quehacer del urbanista... si es que no se tienden puentes con las preocupaciones del estudioso de las ciudades con los detalles del tipo de servicio. Estos puentes son del tipo que nos puede proporcionar el evaluar la calidad científico técnica y relacional de la atención a la salud. Y son también aquellas que pueden estudiarse a través del reconocimiento de opiniones y actitudes, muchas veces basadas en el condicionamiento contextual, explicable con categorías de la psicología ambiental (Mercado, 1995 y Hollahan, 1996).

Como ya se explicó en la tabla, los indicadores que mejor se adecuan al análisis de proceso son:

- El índice de desempeño médico
- El índice de utilización
- El índice de cooperación médico paciente
- El índice de adherencia
- El índice de utilización o eficacia de servicios anexos al consultorio.

La fuente de información principal de estos indicadores sigue siendo el expediente clínico (Aguirre Gas, 2002 y Health & Safety, 2001) , pero lo es también la observación de la relación interpersonal con herramientas como la guía de observación o la historia de vida. En México hay un excelente intento por medir este tipo de procesos por medio de un índice de trato. Este índice necesariamente se mide al final como resultado. En este sentido cabe preguntarse si la opinión de trato es proceso o resultado (Fuentes et al 2002a y 2002b).

No queremos pasar por alto la opinión de López y Aguilar (2005) acerca de que la utilización tiene como antecedentes la accesibilidad y la cobertura. En este sentido, utilización puede ser también una categoría articuladora de problemas. Como hipótesis, la cobertura y la accesibilidad tienen su desenlace en la calidad (Garrocho, 1995; Bhatti,2005; Carracedo, 2000) . Sin embargo, utilización y

calidad son articuladoras (Fresco, 2006), ello es así, pues ambas presuponen “consumos intermedios”, tales como la cobertura y la accesibilidad.

El índice de desempeño médico toca de lleno el problema de lo científico técnico. Al respecto, herramientas como el audit médico, la estandarización de la práctica médica y la norma de atención a la salud son tres de las herramientas más importantes a fin de medir la calidad científico técnica. Otras herramientas están enraizadas a concepciones más amplias como la Medicina Basada en Evidencias, que por su esencia misma explota las investigaciones médicas más recientes (Oteo 2006).

La relación humana y el trato es el complemento del proceso científico técnico en la calidad de atención a la salud. Ya se ha mencionado que en México existe un reciente programa de evaluación del desempeño hospitalario a través de índices de trato. En particular, la calidad percibida es drásticamente modificada cuando el trato se caracteriza por ser bueno Fuentes et al 2002a).

1.3.5 MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE RESULTADOS

Los resultados son en realidad otra medida indirecta de la calidad de atención médica. Por el término *resultados* se referirá Donabedian al cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente que puede ser atribuido al antecedente de atención médica. Este mejoramiento de la salud (resultado final) incluye un progreso de lo físico, lo fisiológico, de la función social y fisiológica atribuibles a la calidad de atención médica. Evidentemente lo complicado está en probar que tales mejoras se deben directamente a esta atención y no a factores ajenos. Por esto se tiene consenso en que es paradójico definir la calidad de la atención en términos de cambios en el estado de salud que no se sabe si son producto específico de la atención médica (Peiró, 2006a).

La medida de los resultados o *calidad de resultados* de atención médica puede ser bastante compleja. Abarca, según su formulación original, dos aspectos básicos : los “outcomes” sanitarios y la satisfacción del paciente y del proveedor. Respecto a los “*Outcomes*” o resultados finales, cabe resaltar las cifras de la mortalidad general, y por subgrupos especiales así como la morbilidad y las tasas de incapacidad. También se incluyen en esta categoría los índices compuestos de enfermedad y salud y las ocurrencias tanto en la morbilidad o incapacidad prevenible en la población general como en las complicaciones o fallas de la terapéutica. También es posible visualizar los “outcomes” en las tasas de casos de muerte y de mortalidad por operación, por tipo de enfermedad y operación y tipo de proveedor, con correcciones de acuerdo con las características demográficas y socioeconómicas de los pacientes.

Finalmente otras variantes de observación de los “outcomes” son la ocurrencia de complicaciones especificadas durante el curso de la atención o después de una intervención quirúrgica; la restauración de la función física después de algunas enfermedades traumáticas o neurológicas y la restauración social después de una enfermedad mental. (Donabedian, 2005)

Respecto a los resultados en términos de la satisfacción del paciente, es posible determinarla considerando la accesibilidad, la atención técnica, la buena relación interpersonal con el médico y con la organización del sistema. Todo esto es apreciable a través de actitudes y conocimientos acerca del grado en que los servicios están disponibles en el momento y lugar necesario, la facilidad para obtener servicios, tanto para citas regulares como para urgencias y el grado en que el paciente

entiende cómo opera el sistema y los beneficios y servicios disponibles. La satisfacción del paciente también puede detectarse por el nivel de competencia del médico o de otro personal del equipo de salud así como el resultado final del proceso de enfermedad; apreciable porque el paciente percibe o no un cambio en su padecimiento como resultado de la atención. No es posible obviar el grado al que los pacientes valoran el poder disponer de un médico destinado a su cuidado o de una fuente central de atención. O el hecho de la percepción del interés y preocupación de parte del médico y demás personal así como el grado de confianza con el médico (Bleda, 2005 y Brown,2003).

También se determina la satisfacción del paciente por el grado de comprensión del padecimiento y del diagnóstico o el grado de dificultad para entender las instrucciones del médico u otros aspectos del plan de tratamiento. En este sentido Donabedian no deja de señalar la importancia de precisar las actitudes positivas hacia el ambiente físico y las instalaciones o hacia el flujo de pacientes: incluyendo sistema de citas, tiempos de espera y empleo del tiempo una vez dentro del sistema, deseo de ayudar al personal y mecanismos para resolver problemas y quejas. (Flisat y Roqueña,2000)

Especial mención quisiéramos hacer a la definición de la satisfacción del paciente a través del grado en que se emplean servicios médicos fuera del sistema (Ramos del Rio,2008), así como por la proporción de suscriptores que abandonan el programa y escogen otros planes de salud y el número y tipo de quejas así como faltas a las citas y tasas de cancelación. Correlacionado con estos fenómenos se encuentran las tasas de cumplimiento de los regímenes prescritos y la proporción de pacientes que cambian de médicos en caso de que puedan elegir dentro del sistema.

En cuanto al proveedor, su satisfacción es apreciable a través de actitudes y opiniones del personal respecto a los factores de autonomía, interacción con el paciente y con otros miembros de la plantilla, el mejoramiento del prestigio y status. Todo esto lo observamos en aspectos tales como satisfacción con el ritmo de trabajo y control sobre tal ritmo, el grado al que el personal puede definir y determinar las necesidades técnicas sin verse influenciado por la organización y el grado al que el personal puede utilizar plenamente sus habilidades y conocimientos especiales. También es importante considerar la satisfacción en lo que respecta a lo adecuado de los recursos para suministrar la atención y la satisfacción con la supervisión y con el grado de control sobre la extensión y contenido del trabajo del personal (Contel,2002; Ramos et al,2002; Arjonilla y Parada, 2005).

Elementos fundamentales para la satisfacción del proveedor son la facilidad o dificultad en las relaciones entre personal y pacientes y el grado en que la organización afecta tales relaciones. De igual manera cabe resaltar la percepción del personal de que tener el tiempo suficiente para otorgar la atención médica con eficacia y las oportunidades de mejora en cuanto a conocimiento, habilidades, condiciones de trabajo y progreso económico en la organización. Finalmente existen indicadores abiertos de satisfacción tales como las opiniones de lo agradable del ambiente en comparación con otras unidades de atención y la evaluación de la habilidad de la organización para sobrevivir en su ambiente, sus oportunidades futuras para crecer y tener éxito, y el prestigio y status que posee en el campo de la salud. Finalmente, además de los factores de satisfacción del proveedor ya propuestos, Donabedian sugiere (1997) incluir otros aspectos complementarios como rotación del personal, ausentismo, exceso de licencias de salud y calidad del trabajo.

Como se observa, la evaluación y medición de la calidad por resultados tiene un amplio abanico de enfoques y posibilidades. Y aún así sigue siendo un parámetro indirecto. Al finalizar este capítulo se

expresarán algunas reflexiones sobre el problema de la medición de la calidad percibida ya que es el meollo de la presente investigación.

Resumiendo hasta aquí la propuesta unificadora de Donabedian, podemos señalar que analizar la calidad sanitaria como un asunto de procesos coincide con retomar la visión biologicista, individual y hospitalaria. Evaluar la calidad en función de estructura es ver el problema social. Sin embargo, analizar los resultados implica en mucho superar estos dos esquemas y adentrarnos a un análisis de nuevo tipo y más complejo. En efecto, sobre todo para analizar los resultados, estos viejos paradigmas resultaron insuficientes para explicar de manera completa los fenómenos actuales. Por un lado, el esquema médico biológico, propio de los primeros siglos de las sociedades capitalistas y de sus logros científico técnicos tuvo que ser relativizado por el avance en las estructuras políticas de las sociedades. Sólo así podemos explicarnos el que a inicios del siglo XX se haya pasado de la policía médica a los grupos de médicos progresistas que veían la salud como una responsabilidad social (Luce et al 1994 y Peiró 2006b). Al respecto resulta ilustrativa la historia de la calidad de atención médica en los Estados Unidos, la cual muestra que en cuanto se abrieron los canales de participación política, las comunidades médicas tuvieron que cambiar sus prácticas profesionales dando más participación a los usuarios (Luce et al 1994),

Asimismo, Donabedian prueba su propuesta interpretando con su lente formulaciones anteriores y realiza una aplicación de la cadena Estructura-proceso-resultado a variables medibles de calidad tales como la accesibilidad física y organizacional, el tratamiento técnico, el manejo del proceso interpersonal y la continuidad. No es posible exagerar esta concepción a fin de llevar a cabo labores de planeación urbana (Arjonilla y Parada, 2005) .

Particular atención nos merece el problema de los resultados. El debate en la última década se refiere particularmente a la discrepancia entre el constante incremento en la aplicación de recursos y la falta de resultados (Wensel, 1995 y Peiró, 2006a). A fin de cuentas, los servicios de salud deben arrojar resultados tales como un descenso de las tasas de morbimortalidad y la promoción de cambios favorables en la salud de los usuarios, es decir, que la calidad percibida se incremente.

La medición de resultados puede hacerse a través de sucesos exitosos o adversos. Estas metodologías nos permiten identificar los reales problemas y son paradigmas novedosos en el ámbito médico en los últimos años. No deja de ser paradójico que la calidad de atención médica pueda medirse por la cantidad de sucesos adversos, es decir en discalidat... así como la salud puede medirse por los episodios de enfermedad (Caminal, 2001; Fernández, 2004). Al respecto puede citarse a Fernández Busso (2004) quien menciona que esta nueva alternativa ha sido muy afectiva a fin de medir incluso problemas de iatrogenia. En EU por ejemplo, se reportan más muertes por iatrogenia que por enfermedades de cáncer (Corella et al , 2007; Reyes Ortiz y Prieto, 2006). Una unidad de salud donde sea alta la tasa de sucesos adversos con toda seguridad tenderá a disminuir sus usuarios atendidos.

A fin de iniciar la exposición de lo que es calidad percibida, dejamos sentado que la satisfacción del paciente es un asunto de percepción de la calidad por lo que hasta este momento de la investigación se consideran como sinónimos (Calvo, 2007; Galeano, 2003; Velandia et al, 2007).

1.3.5.1 Mediciones en Calidad percibida

La medición de la calidad percibida tiene su origen básicamente en Norteamérica y es relativamente reciente. Se enmarca en la concepción de la salud como parte esencial del sistema económico y en las estrategias mercadológicas para superar los problemas de realización del sistema. Su proceso evolutivo ha sido en realidad muy acelerado (Torres et al 2008).

Con base en los estudios de Donabedian, Nelson y un equipo de investigadores, a mediados de los setentas desarrollaron un estudio en el Hospital Corporation of America a fin de precisar los criterios y las variables controlables en la medición de la calidad. Esto dio como resultado, un cuestionario con once dimensiones de calidad que incluyó 68 ítems de medida. Posteriormente, Bowers, Swan y Koehler a partir de la escala Servqual, desarrollaron un instrumento específico para medir la calidad del servicio en dos contextos de atención médica: la asistencia médica y el cuidado médico (Torres et al, 2001). Este instrumento consideró seis dimensiones en la medición de la calidad del servicio (información, fiabilidad, capacidad de respuesta, accesibilidad, empatía y cuidados).

A fines de esa década, Jun, Peterson y Zsidisin identificaron 11 dimensiones que definen la calidad del cuidado del paciente y su satisfacción, tanto desde la perspectiva médica como desde el punto de vista de la administración (tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, competencia, cortesía, información, accesibilidad, cuidados, resultados, empatía y continuidad).

Posteriormente, a partir de la escala Servqual, otro grupo de investigadores norteamericanos desarrollaron el instrumento Sercal, para medir la calidad del servicio de un centro médico-quirúrgico perteneciente a un hospital. Este instrumento, incluyó las dimensiones de accesibilidad al servicio, confort, personalización, garantía y fidelidad.

Ya en la década de los ochentas Joaquín Mira y otros investigadores (2001) presentaron la escala Servqhos de calidad de la asistencia hospitalaria percibida por el paciente. Esta escala fue aplicada a dos hospitales públicos a lo largo de un período superior a dos años. Esta escala midió los factores amabilidad, capacidad de respuesta, confianza en los profesionales, trato de enfermería, tiempo de espera, estado de la habitación, informaciones, capacidad de resolver los problemas, puntualidad, rapidez de respuesta, interés, facilidad para acudir al centro, preparación profesional, tecnología biomédica y trato al paciente.

Al año siguiente De Man presentó un estudio en que analizan la importancia de diversas dimensiones de la escala Servqual y su relación con la satisfacción del paciente en el contexto de la medicina nuclear. Algunas dimensiones de esta escala no fueron confirmadas en este nuevo contexto. De hecho, los pacientes consideraron los bienes materiales y la seguridad como una sola dimensión, y además la dimensión original empatía fue dividida en empatía y conveniencia.

Por último, Chang y su equipo de trabajo realizaron, en el primer lustro del siglo XXI un estudio para determinar como los encuentros del servicio afectan la satisfacción de los pacientes. Identificaron que los que en mayor medida afectan la satisfacción con los tratamientos médicos, son los encuentros del paciente con: los profesionales médicos, los profesionales encargados del cuidado, con el personal de servicio, y con los espacios e instalaciones.

Esta breve crónica de cómo se ha tratado la calidad percibida en Norteamérica, nos plantea que actualmente hay varias teorías sobre satisfacción del paciente y que las formas de medición básicamente se han diferenciado por el número de componentes en sus escalas.

En términos generales son 2 los enfoques teóricos más extendidos. Por un lado, Oliver (1980) y Linder-Petz (1982) y Jennifer Peralta (2006) sostienen que la satisfacción se considera como el resultado del sumatorio de las diferencias entre expectativas y valoraciones del resultado de la atención por parte del paciente (que se corresponde con la teoría más difundida de “confirmación de expectativas”), conforme a la fórmula:

$$\text{satisfacción} = \sum (E_i - P_i)$$

donde E corresponde a la expectativa antes de recibir atención sanitaria y P a la percepción tras el acto asistencial.

Por otro lado, según Fishbein (1975), la satisfacción es entendida como el sumatorio de los productos del valor que para el paciente tienen determinados aspectos de la atención sanitaria y la evaluación que realiza de esos mismos aspectos. En este segundo caso:

$$\text{Satisfacción} = \sum (E_{xpi} \times E_{vali})$$

donde E_{xpi} corresponde a las expectativas y E_{vali} a las valoraciones del paciente de la asistencia sanitaria.

En estudios hechos al respecto (Mira et al, 2001), se encontró que los pacientes asocian la alcanzado (citadas por un 20%), y ser informados apropiadamente (lenguaje, claridad, tiempo, etc., citadas por un 14%). Por contra, recordaban como experiencias negativas, muy incómodas o desagradables las incomodidades de las instalaciones (citadas por un 57%), las carencias de personal en algunos momentos (fines de semana, tardes; comentadas por un 26%), el cuidado general de las instalaciones del hospital (citadas por un 26%) o el tiempo en lista de espera (que fue aducido por un 23% de los pacientes).

Sin embargo estas no son las únicas formulas para el estudio de la calidad percibida. Ésta puede ser tratada bajo varias metodologías (tanto cuantitativas como cualitativas y mixtas) y con varias herramientas. En términos de los teóricos que realizan propuestas en este aspecto podemos encontrar, entre otros, tres nombres fundamentales: Hulka, Ware y Parasuraman. En los tres casos, los modelos que proponen respecto a la medición de la calidad percibida incluyen los siguientes rubros:

- a) Los componentes involucrados
- b) Los actores considerados
- c) Las herramientas estadísticas, no estadísticas y los instrumentos diseñados.
- d) El contexto teórico metodológico usado.

En cuanto a los *componentes involucrados* nos referimos a aspectos del proceso de la atención médica, de la estructura de ésta o de los resultados de la calidad en atención sanitaria. Cabe mencionar que no todas las metodologías trabajan con las tres dimensiones.

Por otro lado, respecto a los actores considerados, la calidad percibida puede estudiarse según los actores del proceso, es decir, según los proveedores o según los usuarios. Así, se puede estudiar del lado de la oferta o del lado de la demanda.

En cuanto a las herramientas estadísticas utilizadas es común que se trabaje con escalas de lickert, medidas de tendencia central o Alfa de Crownbach. Las no estadísticas se refieren a la manera de abordar al actor vía individual o por grupos (Delphi, entrevistas a profundidad u otras) . Asimismo los instrumentos diseñados da paso a cuestionarios que actualmente son prototipos de medición de calidad en servicios de todo tipo como salud, educación, turismo, transporte o comercio.

Finalmente, el contexto teórico metodológico viene dado por el tipo de investigación que se realiza, por sus objetivos y sus marcos teóricos. Así, encontramos que los modelos de medición en calidad percibida son muy usados en el ámbito mercadológico, en el ámbito antropológico, en el sociológico, en el administrativo o, evidentemente, en el ámbito sanitario.

Básicamente, la diferencia de principio en las propuestas de Hulka, ware y Parasuraman, en el ámbito de su aplicación a la salud, viene dada por los componentes involucrados. La siguiente tabla muestra la diferencia esencial en los modelos de los tres teóricos antes señalados.

Cuadro 1.5 Componentes de la calidad percibida en los modelos de Hulka, Ware y Parasuraman

Hulka	Competencia profesional, habilidades personales, coste y comodidad
Ware	Calidad técnica, actuación interpersonal, accesibilidad y comodidad, financiación y costes, entorno físico y disponibilidad, continuidad, eficacia/resultados.
Parasuraman	Aspectos tangibles, fiabilidad, confianza, empatía, sensibilidad a las diversas situaciones.

Fuente: Peiró Moreno (2006: 114)

Con mucho es el modelo de Parasuraman el que ha predominado en hospitales norteamericanos y europeos a fin de medir la calidad percibida. Este modelo, con esos componentes, dio paso originalmente Al diseño de una serie de cuestionarios que son conocidos en el mundo de la investigación como SERVQUAL. Posteriormente, esta metodología con adaptaciones a diferentes objetos de estudio permitió que se abrieran otros diseños tales como SERVQUAL-FOR, SERCAL, SERVQHOS los cuales explicaremos brevemente a continuación.

SERVQUAL más que un modelo es un elemento de una metodología más amplia. En la perspectiva de Parasuman, Zeithmal y Berry (citados por Lezama y Faba, 1992) se trata de un instrumento resumido de escala múltiple con un alto nivel de fiabilidad y validez que las empresas pueden utilizar para comprender mejor las expectativas y percepciones que tienen los clientes respecto a un servicio. Es un cuestionario con un número variable de preguntas pero con criterios establecidos (en

su versión extensa incluye accesibilidad: facilidad de contacto, facilidad de acceso físico y telefónico, tiempos de espera, horario adecuado; capacidad de respuesta: prontitud de trámites, diligencia; fiabilidad: realizar las cosas bien a la primera, exactitud; comunicación: comprensión del lenguaje, escucha, opinión del paciente; cortesía: amabilidad y consideración; competencia: conocimientos y habilidades del personal para proveer el servicio, coordinación interna de la organización; seguridad: seguridad física y fluctuaciones con la provisión del servicio, intimidad; credibilidad: reputación, confianza; tangibilidad: evidencia física del servicio). Fue ideado por una institución de estudios mercadológicos. Es de fácil utilización, sin embargo ha recibido serias críticas teniendo por ello se han dado adaptaciones importantes en el ámbito de los hospitales.

En la escala SERVQUAL-FOR las variables dependientes a estudiar son: accesibilidad, tangibilidad, fiabilidad, competencia, relación y pertinencia. También es posible derivar de esta escala un análisis de la eficiencia, tomando como referencia el resultado de la efectividad del programa y el coste estándar. Para los análisis de los resultados se pueden utilizar el SERVQUAL crudo, la importancia relativa de las expectativas, la zona de tolerancia a la satisfacción y SERVQUAL ponderado. Por otra parte SERVQHOS (adaptación al ámbito hospitalario de España de SERVQUAL) evalúa con un número de preguntas sumamente razonable la calidad percibida, siguiendo la filosofía del paradigma de la desconfirmación (diferencias entre expectativas y percepciones). Es una medida de calidad percibida y, por tanto, no de la calidad técnica que ofrece el hospital. Facilita la orientación hacia el paciente de la asistencia sanitaria que presta el hospital, al tiempo que permite identificar oportunidades de mejora, por tanto, capacita para la toma de decisiones a la Dirección y al staff del Centro.

En los últimos años, numerosos investigadores han seleccionado esta herramienta para medir el grado de satisfacción de los usuarios en el ámbito sanitario. Este se aplicó, adaptándolo a la unidad de diálisis, donde la palabra ingreso fue sustituida por estancia. Consta de 19 ítems que se responden en una escala (Likert) que va desde 1 (los servicios prestados han sido mucho peor de lo que esperaba) a 5 (los servicios prestados han sido mucho mejor de lo que esperaba) y 3 ítems de respuesta dicotómica (sí/no). Además, se incluye la recogida de datos sociodemográficos y una última pregunta abierta, donde cada paciente podía realizar alguna sugerencia sobre cualquier aspecto que pudiera ser útil para mejorar la calidad de la atención recibida .

SERCAL, adaptación de SERVQUAL, establece como variables de opinión analizadas el servicio accesible, servicio confortable, servicio personalizado, servicio de garantía). Sugieren que la calidad se consiga a través de una mejor aplicación de lo científico técnico e incorporando la opinión de los usuarios a las tareas.

Para valorar la calidad de vida relacionada con la salud hemos elegido para esta Encuesta de Salud, la escala del EuroQol 5d, que es un instrumento genérico usado para caracterizar el estado de salud de un grupo o población, Este instrumento consiste en una sección autoadministrada sobre 5 apartados: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión y una escala visual análoga sobre estado de salud.

1.3.6 Algunos intentos de construcción de índices globales de calidad

Entre las propuestas de índices integrales que creemos es merecido destacar se encuentran los estudios de Bruce, el de la Escuela Mexicana el modelo de Aguirre Gas-Baez y el de Carlos Garrocho del colegio Mexiquense

Respecto a la propuesta de Bruce cabe mencionar que éste se apoya en los estudios de Donabedian y Simmons de finales de los ochenta . Su metodología consiste en un modelo integral que incluye seis grandes áreas: la disponibilidad de un amplio rango de métodos, el intercambio de información entre cliente y proveedor, la competencia técnicas, las relaciones interpersonales, los mecanismos para estimular el adecuado uso y constelación de los servicios (Bruce, 1990).

Por su parte el modelo de Aguirre Gas y Báez entiende la satisfacción del usuario como la concordancia entre las expectativas de calidad en el servicio y la atención recibida, conforme a la percepción del usuario. Las variables que considera son la oportunidad de la atención, la amabilidad en el trato, el proceso de atención, los resultados, la atención personalizada, la información otorgada al paciente y la comodidad. Establece una escala de medición cualitativa denominada ESINI (excelente, suficiente, insuficiente, no realizado e inadecuado) y utiliza encuestas generales y específicas por rubro (Aguirre gas, 2002).

Finalmente, respecto a la escuela mexicana, en una investigación de la década pasada, Carlos Garrocho (1995) citando a Ware y Zinder (1975) señalaba que éstos habían identificado diez elementos básicos de la satisfacción del usuario . Tales puntos son los siguientes. 1) accesibilidad geográfica de las unidades de servicio, 2) disponibilidad del servicio, 3) continuidad de la atención, 4) eficacia del os tratamientos, 5) costo de la atención, 6) amabilidad y consideración del personal médico 7) información que se le proporciona a los pacientes, 8) comunicación entre pacientes y médico, 9) apariencia y ambiente de la unidad médica, 10) calidad y competencia del personal médico.

Dado el carácter multidimensional de la satisfacción del paciente, ésta puede ser medida a través de de tres diferentes criterios:

- 1) Criterio de discrepancia: Satisfacción como la discrepancia percibida entre lo que desea el individuo y lo que realmente ocurre.
- 2) Criterio de desempeño: implica la satisfacción como la diferencia entre lo que debería ocurrir normativamente y lo que realmente ocurre.
- 3) Criterio de igualdad. Es la divergencia entre los servicios que reciben individuos similares.

Finalmente, Garrocho asume que la definición de efectividad (en tanto el criterio más importante para evaluar la calidad del servicio) de la atención es una construcción cultural. Por ello el monitoreo de la calidad es muy importante, ya que es la meta fundamental de los servicios de salud y un factor fundamental para definir los patrones de utilización (Garrocho 1995: 187).

En el estudio empírico que hace Garrocho, la evaluación de los servicios de salud en la ciudad de Toluca retoma los siguientes aspectos relevantes: comodidad en el tiempo de espera, tiempo de consulta, y actitudes, modales y capacidad técnica del personal médico de las unidades de salud. Asimismo realiza un análisis multivariado con variables sociodemográficas, de accesibilidad, utilización, organizativas y algunas relacionadas con el personal de las unidades médicas.

Garrocho analiza de manera fragmentaria las relaciones entre la satisfacción del usuario y diversos factores del proceso de utilización (análisis de correlación simple). También, y a fin de completar su análisis, se realiza un análisis multivariado de la satisfacción del usuario considerando sólo las

variables mutables o relevantes para los planificadores de los sistemas de salud. Este análisis va dirigido a encontrar insumos de planeación que mejoren la calidad de los servicios públicos de salud.

La calidad se cuantifica también por criterios de comparación no sólo entre individuos sino entre sistemas públicos, semipúblicos y privados. En este sentido, el contexto en el que se mueven los servicios públicos de salud es un condicionante de la calidad. La metodología de medición de calidad en este sentido es la entrevista y comparación entre grupos en función de su experiencia personal y no el juicio hipotético. Con tal información se realiza un Índice Comparativo de calidad de Atención (ICCA).

El valor del ICCA es que manifiesta las discrepancias relativas entre la calidad percibida de los servicios de salud que ofrecen las instituciones públicas y la que ofrecen las otras dos fuentes importantes de atención médica disponible en las áreas de estudio. A fin de construir el ICCA, las preferencias de los usuarios por los servicios se transforman en porcentajes para hacerlos comparables. Con base a esta metodología, el ICCA se calcula de la siguiente manera:

$$\text{ICCA} = (\text{OFPSi}) - (\text{OFNPSi})$$

Donde:

ICCA = Índice Comparativo de Calidad de Atención

OFPSi = Opiniones favorables a los servicios públicos en el aspecto i expresado en forma de porcentaje

OFNPSi = Opiniones favorables a los servicios no públicos en el aspecto i expresado en Forma de porcentaje.

1.4 A modo de conclusiones preliminares: satisfacción y calidad percibida como elementos claves en cuestiones de calidad sanitaria.

La salud juega un importante papel en todos los órdenes de la vida social. En este sentido, los sistemas de salud tienen una dimensión asistencial pero también un aspecto económico y político fundamental. Vistos bajo esta perspectiva, los sistemas de salud son concebidos como la respuesta social organizada a las necesidades de la población. Esta respuesta se financia con fondos públicos y comúnmente la abandera el Estado Nación a través de sus secretarías de atención sanitaria. Seguramente por lo costoso que actualmente resulta la atención a la salud en la mayoría de los países, en las discusiones internacionales hay cada vez más una tendencia a evaluar resultados o impactos específicos (García y Salas Coords., 2007). También existe la tendencia a evaluar patrones de utilización correcta de los servicios, tratando de identificar la sobreutilización o la infrautilización. Así, la calidad, su definición y medición, se convierte en un punto de inflexión en

las políticas públicas. Y, en la discusión global de si priorizar la calidad objetiva o percibida, los gobiernos han optado por ver en la percepción de la calidad un factor determinante. Por ello, según algunos autores la fundamentación de la teoría de la calidad del servicio descansa en la calidad del producto (en nuestro caso la atención técnica, los medicamentos etc.) y en la literatura de la satisfacción del cliente (Mclure 1986).

En este contexto, para los sistemas modernos de salud, hablar de resultados de atención a la salud es referirse a saber si la población usuaria *percibe* mejoras en su organismo o si el proveedor *percibe* (con su andamiaje científico si es el caso) que hay un impacto favorable o no en la salud de los habitantes. En este sentido, el fenómeno de la satisfacción y la calidad percibida es, desde nuestro punto de vista, un elemento clave para determinar la eficacia y eficiencia de los servicios sanitarios.

Cierto que la anterior aseveración puede parecer no objetiva. Pero ni en urbanismo ni en otras disciplinas hay procesos estrictamente objetivos. Más aún, siempre se encuentra el filtro de la subjetividad humana. Los historiadores (de la ciencia o de la sociedad) plantean que no existe la historia sino sólo la interpretación de los investigadores. De igual manera, no existe el hecho sino la interpretación del mismo. Un hecho sin interpretación no tiene valor informacional. Por ello, el fenómeno de la percepción puede ser en realidad el meollo de lo científico: de cómo se perciba y se interprete tal o cual hecho depende en realidad el avance de la ciencia e incluso la acción social y política.

Tal vez es por ello que Kuhn (2006: 144) señala que el proceso perceptivo es un elemento fundamental de cualquier paradigma científico. En su obra teórica, en la cual dedica al menos un capítulo completo a explicar la importancia de la percepción, también señala (Kuhn, 2006: 213-217) que las revoluciones son cambios en la visión del mundo: es decir, de una percepción que se reeduca en los tiempos de la revolución científica. De ahí, por ejemplo que la gestalt sea una transformación perceptiva de los fenómenos psicológicos.

Y sin embargo, esta importancia de la percepción no es privativa del mundo científico. En lo que concierne al urbanismo es esencial. Por ejemplo, la calidad de vida ha sido definida por organismos internacionales como la percepción del cubrimiento de las expectativas del habitante urbano o rural (OMS, 2008). De igual manera, fenómenos estrictamente urbanos como la psicología ambiental o la democracia en las ciudades han sido medidos tradicionalmente con estrategias de percepción del habitante urbano (Luna, 2009). Y es que la percepción no es un fenómeno dicotómico ni un asunto de visiones blancas o negras. En tanto toda percepción está mediada por procesos ideológicos, ésta puede ser un fenómeno sumamente complejo para entenderla y mucho más para medirla y evaluarla.

El meollo de esta tesis es precisamente la medición de ese fenómeno urbano: la calidad percibida de servicios de salud geriátricos. El problema se presenta en apariencia no muy complejo. Pero, ya hemos visto en el recorrido de este capítulo que la calidad es una categoría compleja que puede involucrar un sinnúmero de aspectos. Por ello la calidad es paradigma, ideología y aspirante a problema científico. Los diversos enfoques, modelos y herramientas con las cuales se le ha querido definir y medir reflejan, curiosamente, un problema de percepción científica. Debido a esto, también sostenemos que estas percepciones varían por cuestiones de orden cultural, de clase social de quien hace el estudio y de condiciones socioeconómicas según regiones donde se hagan las investigaciones. Por ello, esta hipótesis guiará la investigación en el siguiente capítulo, donde haremos una revisión de las experiencias internacionales en calidad de servicios de salud y de sus respectivas acotaciones en referencia a la percepción que tienen los grupos vulnerables.

CAPÍTULO 2 EXPERIENCIAS INTERNACIONALES EN CALIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD

INTRODUCCIÓN

Desde el capítulo anterior se ha manifestado que la calidad es un constructo social (Gutiérrez Márquez, 2005), es decir, un modelo de gestión o un patrón de funcionamiento que sin embargo sólo se expresa según la cultura donde se asiente. Así, la calidad en servicios de salud sólo puede ser analizada en función de su contenido histórico y cultural preciso (Rapaille, 2007; Betancourt et al, 2002). De ahí la importancia del análisis de casos internacionales a fin de comprender cómo las condiciones sociales específicas improntan la calidad real y percibida de los servicios urbanos de salud y porqué las metodologías de estudio varían de país a país.

En este sentido, si en el capítulo anterior evaluamos las definiciones de calidad de servicios de salud y planteamos una panorámica de las metodologías de medición, en este capítulo el objetivo será mostrar una visión de cómo se han aplicado a diversos espacios geográficos nacionales las concepciones y mediciones en calidad percibida según poblaciones específicas así como los intentos y propuestas de mejoras a la habitabilidad urbana derivadas de estos estudios. También registraremos los programas de atención a poblaciones vulnerables y en particular los programas de apoyo al adulto mayor, pues esta población es el objetivo de la presente investigación. Finalmente, se buscará localizar metodologías cuantitativas y cualitativas sobre calidad percibida lo cual permitirá precisar el estado de la cuestión respecto a este tema.

2.1 SALUD INTERNACIONAL Y SALUD GLOBAL: SUS TEMAS DE DISCUSIÓN

Los estudios de las distintas experiencias de los países en atención a la salud se han realizado en el marco de la llamada *salud internacional* y su evolución hacia la más recientemente denominada *salud global* (Demon, 2007; Katz, 2008). Tales experiencias han sido documentadas principalmente por órganos mundiales, siendo por ello la salud internacional una de las viejas preocupaciones de entidades como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el Banco Mundial (BM) o el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) entre otros (Frenk y Gómez Dantés, 2007). Así, los temas actuales de discusión de la salud global son: su interpretación histórica, sus tendencias predominantes, el papel de los servicios públicos en el contexto del apoyo a grupos vulnerables y, finalmente, las consecuencias de la acelerada urbanización en la salud de la población en general (Regazzoni, 2007; OPS, 2007 y Puerta López Cózar 2008). Demos una explicación panorámica de cómo se han abordado estos temas en la discusión internacional.

De tiempo atrás se sabe que una de las funciones de la investigación histórica es legitimar al poder (González, 2005). Así, reconstruir la historia de la salud internacional se presenta para organismos como la OMS como la posibilidad de justificar su presencia y su participación en el devenir de las naciones afiliadas. Al respecto, estos estudios históricos rescatan que la preocupación por la salud internacional es anterior al siglo XX. Baste decir que, por ejemplo, la primera epidemia regional que generó grandes preocupaciones en los imperios de la época se presenta durante la guerra del Peloponeso en el siglo V a.c.. Esta epidemia, según Tucídides (Rosen, citado por Frenk y Gómez Dantés, 2007) acabó con la cuarta parte de la población de Atenas y con sus ambiciones imperiales. Posteriormente, y ya en el siglo XIII de nuestra era,

una nueva epidemia de peste, la llamada *muerte negra*, produjo el deceso de 20 millones de personas sólo en el viejo continente.

Otras interpretaciones histórico-sociológicas más sistemáticas, Khoshnood y Gómez Dantés (citados por Soberón 1995) proponen que el concepto moderno de salud internacional evolucionó a través de cinco etapas diferenciadas que a veces se traslapan. En la primera etapa, las potencias coloniales desarrollaron actividades médicas en Asia, África y América con un fuerte énfasis curativo. En consecuencia las actividades de salud internacional en esos días estaban orientadas básicamente a satisfacer las necesidades de los administradores de las colonias y de otros residentes europeos y sus respectivas familias. La segunda etapa corre de 1830 a 1924 e incluye a todas aquellas actividades de salud formales e informales orientadas a la prevención de la diseminación de las enfermedades infecciosas hacia los países vecinos y a la creación de las primeras organizaciones internacionales de salud cuyo principal objetivo era el control de enfermedades en las fronteras (Demon, 2007). Es en esta época, alrededor de 1913, que el término Salud Internacional es acuñado, según lo señala Brown y colaboradores (citado por Frenk y Gómez Dantés 2007)

La tercera etapa (1900-1946) presencia el surgimiento de actividades preventivas dentro de los países y ya no sólo en las fronteras y puertos, aunque el control de enfermedades siguió siendo el objetivo dominante. Así, durante este período, las organizaciones privadas no religiosas jugaron un papel muy importante e introdujeron las primeras experiencias de servicios de salud integrales en el campo de la salud internacional (Frenk y Gómez Dantés, 2007).

La cuarta etapa, que corre de 1947 a 1978, empezó con la creación de la Organización Mundial de la Salud y se caracteriza por la ampliación de las funciones y objetivos de las agencias internacionales de salud. Aunque en este período se desarrollaron con más sistematicidad las campañas de control de enfermedades, las actividades de salud internacional también se diversificaron, por lo que la idea de servicios integrales de salud se desarrolló aún más y se convirtió en el objetivo específico de las agencias internacionales (Katz, 2008).

La quinta etapa, que transita de 1978 al 2000, estuvo dominada por el conflicto entre la atención primaria a la salud individualizada y la atención primaria a la salud colectiva así como por el resurgimiento de los programas de salud verticales y muy focalizados (Daltabuit et al, 2000). Entre tales programas destacaron “programa de Sobrevivencia y Desarrollo en la infancia” encabezado por UNICEF, las “Iniciativas de Maternidad Segura” del Banco Mundial y el programa de “Mejor Salud a través de la planificación familiar” apoyado por el Consejo de Población. Según lo describe Frenk y Gómez Dantés (2007) en un texto ya célebre, la salud internacional en el siglo XX se identificó exclusivamente con el control de las enfermedades transmisibles en los países en vías de desarrollo y con actividades de asistencia técnica.

En la perspectiva de varios teóricos (Katz, 2008; Demon 2007, Frenk y Gómez Dantés, 2007; Franco, 2003), la Salud internacional, ha entrado en su sexta etapa: la etapa de la salud global y que corre de 2001 a la fecha. En esta etapa, y con ello entramos al segundo gran tema de discusión, Frenk sugiere que se presentan tres tendencias que marcaran los principios del siglo XXI: a) la creciente transferencia internacional de riesgos y oportunidades para la salud; b) el mayor pluralismo en la arena de la salud internacional, con una acelerada multiplicación del número de actores, y c) el papel cada vez más crítico de la salud dentro de la agenda del desarrollo económico, la seguridad global y la democracia.

La primera tendencia identificada, la llamada transferencia internacional de riesgos, en el marco del proceso de salud enfermedad, implica un análisis de la transmisión poco controlada de peligros y problemas ambientales, infecciosos o derivados de los estilos de vida (Peiró, 2006b). En este concepto, se abre la posibilidad de que los riesgos no corran sólo de los países pobres hacia los ricos sino en ambas direcciones. Por ello, hay autores (Kickbusch, 2002; NIC, 2008) que hablan de una interdependencia global en salud que corre paralela con la interdependencia económica. Cabe observar que tal interdependencia sugiere una nueva arquitectura institucional, aspecto al cual nos abocaremos en el este capítulo. La interdependencia también se expresa en una globalización de las crisis económicas, por lo que si en los países desarrollados se entra en recesiones, devaluaciones o procesos de depresión lo mismo ocurrirá en países periféricos. Por ello, los riesgos son compartidos aunque las riquezas sean privativas de los países ricos. Así, riesgo y vulnerabilidad son dos categorías que emergen de la concepción global de la salud. Y esta vulnerabilidad no se reduce a lo económico sino cada vez más a lo relacional (Bonet, 2006). Entendemos por vulnerabilidad relacional, las fracturas de orden social debido a grupos de personas que por su condición están incapacitadas para encontrar protección en relaciones familiares, de pareja o de amigos. Así, en la sociedad global donde también se presenta un fenómeno de mundialización de la pobreza (Arizmendi y Boltvinik 2007) las fuentes de vulnerabilidad se amplían y los grupos afectados se multiplican¹.

La segunda tendencia de la salud global, el pluralismo de actores, proviene de su definición en términos del nivel de análisis poblacional y de las partes interesadas en incidir sobre la calidad de vida urbana de estas poblaciones. Este pluralismo está representado por la comunidad mundial en tanto grupo de naciones, estados, agencias multilaterales, instituciones filantrópicas, corporaciones transnacionales, centros académicos y organizaciones de la sociedad civil. La discusión en la comunidad internacional aterriza en las líneas de coordinación a diversos niveles de gobierno y en la conciliación de intereses políticos y económicos de grupos interesados (Frenk y Chacón, 1991). Así, a los problemas de cobertura y calidad de servicios sanitarios se añaden los de coordinación entre diversas instancias a nivel internacional e incluso nacional (Bertolotto, 1997 y Contel, 2002).

Finalmente, la presencia cada vez más importante de la salud en la agenda internacional, también se considera una tendencia relevante. Esta presencia se debe al reconocimiento de la salud global como un campo de conocimiento y como un ámbito para la acción. En tanto campo de conocimiento, la salud global supone el estudio interdisciplinario del proceso salud enfermedad en el nivel mundial y de las respuestas sociales que se generan para entender dicho proceso. Por ello, se han abierto desde hace algunos años especialidades académicas en Economía de la Salud, Administración de la salud, Antropología y Sociología de la salud, Turismo de salud etc. Y como ámbito de acción, la salud global comprende el esfuerzo sistemático para identificar las necesidades de salud de la comunidad global y la organización de respuestas entre los miembros de esta comunidad para enfrentar dichas necesidades, incluyendo la formulación de políticas, la movilización de recursos y la implantación de estrategias en el ámbito de la organización urbana (OMS, 2007b, 2008a y 2008b; OPS, 1997).

¹ En la definición clásica, los grupos vulnerables son segmentos de la población que por sus condiciones de marginación y muchas veces de pobreza, son víctimas propicias de enfermedades y/o violaciones a sus derechos fundamentales. Entre estos grupos contamos a los indígenas, ancianos, niños en situación de calle, seropositivos, discapacitados, minorías religiosas o sexuales e indigentes (Roldán, 2006 y Gil Montes, 2002)

De esta manera, mientras que la salud internacional se preocupó por la asistencia técnica de los países desarrollados hacia los países en desarrollo, la nueva salud global enfatiza la cooperación² entre todos los actores en materia de educación, investigación y prestación de servicios de salud (Frenk, 2007: 163). Así, se habla de la *Paradoja de la Soberanía*, la cual consiste en la imposibilidad de los Estados nacionales de atender por sí mismos las cuestiones sanitarias de su país, y por tanto estar obligados a la acción colectiva internacional (Demon, 2007).

Siguiendo con los temas de la agenda internacional, otra de las discusiones interesantes de la salud global es la referida al apoyo o restricción de los servicios públicos de salud en las economías nacionales. Tal discusión, disparada en mucho por el contraste entre los cada vez más altos costos de los sistemas sanitarios y por sus limitados resultados, ha llevado a los gobiernos a establecer una serie de acciones que van desde reducir presupuestos, privatizar servicios o implantar sistemas de calidad en los servicios de salud pública. A pesar de ello, los organismos sanitarios internacionales aún tienden a plantearse cuestiones de orden político y ético como la igualdad, equidad, erradicación de la pobreza y disminución de la vulnerabilidad de determinados grupos poblacionales (OPS, 2007; OMS,2008a).

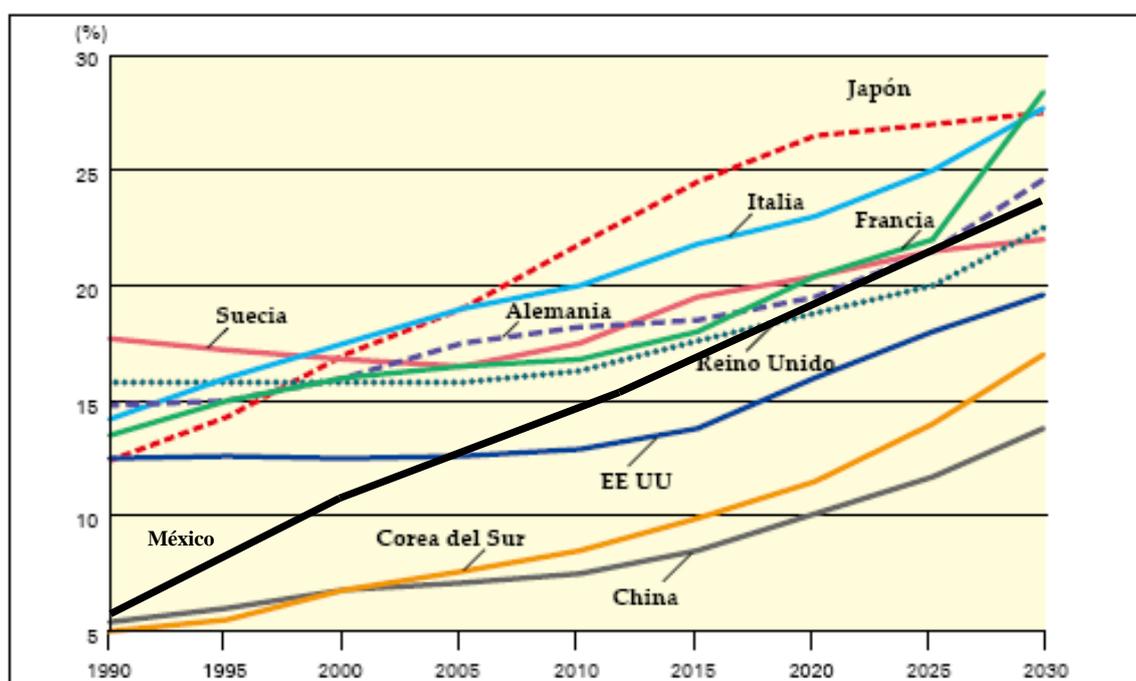
De acuerdo a algunos analistas (Klein, 2007; Altvater y Mhahnkopf, 2008; Guillén Romo,2005 y Rivera Ríos 2000) vivimos una época en que los Estados de Bienestar han cedido su lugar a los Estados Mínimos, caracterizados por el continuo recorte al financiamiento de los servicios públicos. Sugieren también que las instancias internacionales, en su idea de globalización, han entrado en la oleada de la reducción y privatización de la esfera pública. Ello nos habla de la necesidad de cuestionar la teoría tradicional acerca de la existencia de fallas del mercado que son resueltas por el Estado a través de la gratuidad en servicios como salud o educación (Altvater y Mahnkopf, 2008)

La teoría anteriormente mencionada, explica la existencia de servicios públicos gratuitos o semigratuitos en economías de mercado donde pareciera los criterios de ganancia son primordiales. Aunque la teoría económica de los servicios públicos (entendidos como los

² En su acepción más amplia, la *cooperación internacional* se entiende como la interacción creativa entre los Estados, la promoción del diálogo y el acercamiento para resolver problemas comunes y es un instrumento privilegiado para promover la solidaridad internacional así como una herramienta complementaria a los esfuerzos nacionales de desarrollo. La *cooperación internacional*, no representa sólo una fuente de financiamiento complementario para el desarrollo sino, sobre todo, un instrumento para adquirir conocimientos, tecnología, acceder a experiencias e incluso a mercados, contribuyendo así a la construcción y fortalecimiento de las capacidades nacionales, impulsando el progreso ambientalmente sano y socialmente equitativo y autosostenible. Parte esencial de la cooperación internacional es la cooperación técnica y científica , que consiste en el flujo de recursos técnicos, conocimientos, habilidades, experiencias, información especializada, innovaciones científicas y tecnológicas que coadyuvan a resolver problemas específicos y a fortalecer las capacidades nacionales científicas y tecnológicas, de acuerdo con la estrategia de desarrollo económico y social de cada país. Cuando se trata de intercambio de experiencias en acciones propias de gobiernos, la *cooperación técnica* constituye el único medio para llevarlas a cabo. Entre las principales actividades que se realizan bajo este tipo de cooperación, destacan las siguientes: formación de recursos humanos, cursos cortos de capacitación, asesorías, desarrollo de proyectos piloto, acceso a información especializada, donaciones en especie (equipo y materiales), envío de expertos, intercambio de experiencias, investigaciones conjuntas, estancias y pasantías, inducción de tecnologías apropiadas, entre otras.. (SEMARNAT, 2007)

servicios comunitarios disponibles simultáneamente a todos los ciudadanos con los mismos estándares de calidad) puede ser extensa, baste señalar aquí que se argumenta que éstos son indispensables para la buena marcha del capital ya que tienden a apoyar la fuerza de trabajo y paralelamente a dar legitimidad a los sistemas capitalistas. El problema principal que enfrentan los servicios públicos entonces es mantener un grado de pureza, es decir salvarse de la contaminación de los criterios de mercados privados (Bohem 2005). De esta manera, podemos decir que la pureza de un servicio público se relaciona con la accesibilidad real o potencial. La accesibilidad puede ser entendida en términos geográficos, económicos o culturales. Así, geográficamente se puede entender como la distancia entre la residencia del usuario y el servicio en cuestión. Económicamente como los costos tangibles e intangibles para disfrutar del servicio y culturalmente puede emparentarse con las características del servicio que lo hacen más cercano o no con las costumbres y hábitos del usuario. Tal vez por ello es que, hipotéticamente, a mayor educación hay un uso más frecuente de servicios de salud (Jurado, 2005; Limón et al,2005).

Fig. 2.1 Porcentaje de población de más de 65 años en países seleccionados



Fuente: UN World Population Prospect, 1996

Como tema de discusión, para la comunidad internacional y para los gobiernos locales, el problema de la pureza se presenta complejo porque los introduce de lleno al asunto de la justicia distributiva como uno de los pilares de la legitimación de los estados capitalistas. Asimismo, la justa distribución territorial de los servicios de salud desemboca necesariamente en cuestiones de crítica a los criterios de gobernanza, a la ideología política vigente y a la moralidad imperante del poder en turno. Al respecto, el objetivo de beneficiar a los más vulnerables ha sido una reivindicación donde la justicia redistributiva ha tratado de ser congruente (Puerta, 2008; Rawls, 1994). Y dentro de los sectores vulnerables que más ha preocupado en los últimos tiempos, dado el proceso acelerado de envejecimiento en los países desarrollados, es el de los adultos mayores. El gráfico 2.1 muestra la problemática que se vive en esos países.

Un último tema que ha venido ocupando la agenda de la salud global es la acelerada urbanización mundial y cómo impacta el crecimiento y complejización de las ciudades a los diversos grupos poblacionales que viven tanto en ámbitos urbanos como rurales. De esta manera, en los últimos años, para la discusión internacional, la relación ciudad y salud ha sido mucho más explorada y revalorada tanto en investigación científica como en el trabajo de gestión y diseño urbano espacial e institucional (Bertolotto, 1997; OMS, 2008b). Particular énfasis ponemos aquí en los intentos por parte de los órganos internacionales y los países tanto desarrollados como no desarrollados por estudiar las variables urbanas que influyen sobre la salud y que pueden ser diagnosticadas, analizadas y manejadas desde sus ámbitos de competencia. Estas variables se refieren, entre otros, a los efectos del cambio global, a la cobertura de servicios médicos, la accesibilidad física y cultural a estos servicios y la calidad real y percibida. Y las líneas de acción van desde las propuestas de mejora en la localización y en el funcionamiento administrativo hasta las propuestas de rediseño físico de ciudad a través de tecnologías de vivienda, transporte o construcción de edificios (OMS, 1998 y 2007b; OPS, 1997).

En resumen, las experiencias internacionales, sean comparativas o no, son útiles porque nos permiten abrir una perspectiva histórica de los fenómenos de la salud y habrá que ubicarlas como un preocupación añeja de las metrópolis imperiales por controlar sus territorios (Puerta, 2008). Una vez transformada en salud global, es decir, recorridas sus etapas junto con el avance de las nacientes sociedades capitalistas, la antes llamada salud internacional ha llegado a confirmar su importancia para garantizar un orden mundial favorable a los países desarrollados (Branchet-Márquez, 2007). Aún así, se continúa discutiendo si es factible cambiar las reglas de juego y empezar a disminuir la desigualdad permanente que privó desde el remoto siglo XVI. Para esto los temas antiguos y emergentes que se hallan en la agenda de la salud global intentarán en los años por venir marcar nuevos derroteros en el desarrollo del capitalismo mundial contemporáneo (Gimeno et al, 2005).

2.2 CIUDAD Y ADULTOS MAYORES: PROBLEMAS EMERGENTES EN LA AGENDA DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES

Antes de analizar las experiencias nacionales en calidad de servicios de salud, creemos conveniente reseñar los programas a nivel mundial en atención a poblaciones vulnerables. Son precisamente estos programas los que en variadas ocasiones han impulsado políticas de atención en las regiones, las naciones y en las localidades (OMS, 2007c ; OMS, 2008b; OMS, 2002b). Para el caso, abordaremos el principal organismo que en cuestiones de salud ha destacado por su rango y por sus iniciativas: la OMS y su filial en América, la OPS (Organización Panamericana de la Salud).

2.2.1 Calidad sanitaria y periferia

Los organismos internacionales, de salud y de otros aspectos de la vida social, nacieron para racionalizar la relación entre los países centrales y países periféricos (Branchet- Márquez, 2007; Klein, 2007). Estos organismos de regulación mundial, cobraron fuerza a partir de la segunda guerra mundial e indefectiblemente han estado ligados a los intereses de los vencedores de este conflicto bélico. Retomamos el hecho de que los sistemas de calidad (inicialmente para el sector industrial y de servicios en el ámbito privado y después en la esfera pública) surgen precisamente en la segunda posguerra en la Europa devastada con el fin de crear barreras proteccionistas al

mercado internacional y así apoyar su reconstrucción. Así pues, la calidad y sus sistemas han sido una sombra que acompaña la visión de órganos internacionales en la búsqueda de la paz, de la productividad, del combate a la pobreza y a la enfermedad mundiales y paralelamente en la búsqueda de la conservación del statu quo internacional (Ross et al, 2000).

2.2.2 Programas para poblaciones vulnerables y para los adultos mayores en ámbitos urbanos.

Los grupos vulnerables han sido la principal preocupación de la OMS y de la OPS, por lo que en su trayectoria de apoyo a la sanidad internacional, estos organismos han llevado a cabo un sinnúmero de programas al respecto. De entre ellos, queremos rescatar tres que por su impacto han ocupado un lugar destacado en la actuación de las entidades sanitarias mundiales. Son particularmente los siguientes: *Grupos en Riesgo por la Salud*, *Plan de acción Internacional de envejecimiento* y *Salud Urbana* (OMS, 2002b; OPS, 2003 ; ONU, 2002) .

El programa de *Grupos en Riesgo por la Salud* surge en los años sesentas con una perspectiva abiertamente asistencialista y estuvo focalizado a sectores poblacionales tales como mujeres embarazadas, niños con desnutrición, ancianos y discapacitados. Su campo de acción fueron las ciudades, todas de América Latina y África, por ser en ellas donde se concentraban mayormente estos sectores poblacionales. Es patente señalar que su estilo de acción seguía las pautas asistencialistas y curativas (no preventivas) propias de los esquemas colonialistas de finales de siglo XIX. Dada esta situación, la preocupación por la calidad del servicio era inexistente, manejándose por tanto recursos a fondo perdido y con una clara visión política de legitimación a favor de los países desarrollados los cuales proveían de medicamentos, médicos y enfermeras. Paulatinamente, y por influjo de las condiciones políticas, el programa fue girando hacia posturas más tendientes hacia la educación y la prevención lo cual abonaría el camino para que en los años ochentas se implantara con éxito la estrategia de la APS o atención primaria a la salud (OMS, 2002b). Dicho programa ha sido actualmente reemplazado por otros más integrales, sin embargo vale la pena consignarlo aquí para efectos de mostrar la evolución del enfoque internacional en atención a la salud.

La creciente demanda de los países pobres por más atención a los grupos en riesgo y una dinámica demográfica de crecimiento proporcional de adultos mayores respecto a otras cohortes fueron los acontecimientos por los cuales la ONU llama a la primer Asamblea Mundial de Envejecimiento en Viena durante el año de 1982. Así, Naciones Unidas invitaba a los organismos mundiales de salud y de economía que pusieran una mayor atención a los ancianos como una población que emergía demandando derechos y cobertura de sus necesidades específicas . Dos décadas después, en 2002, y con el problema del envejecimiento ya creciendo de manera acelerada, se convoca en la ciudad de Madrid a la Segunda Asamblea Internacional sobre envejecimiento. Como resultado de esta asamblea, y dados los exiguos resultados por atender adecuadamente el fenómeno del crecimiento de poblaciones mayores a sesenta años, se establece un *Plan de Acción Internacional de Envejecimiento* (ONU, 2002).

En la perspectiva de varios teóricos, el *Plan de Acción* marcó un hito en el manejo del envejecimiento a nivel global (Ham, 2007; Bijarro y Mendiola, 2005). Dicho plan hacía un llamado al cambio de actitudes, enfoques, políticas y prácticas a todos los niveles en todos los sectores, de manera tal que se experimentaran todas las posibilidades que otorga el envejecimiento en el siglo XXI. El primer cambio que propone este plan es concebir la vejez

como un proceso de éxito en el ciclo de vida humana, por lo cual ser viejo es sinónimo de logro, de vida activa y productiva y no, como antaño se pensaba, de decadencia, fragilidad y carga social (ONU, 2002). Así, dado este cambio de enfoque, el *Plan de Acción* se convertía en un instrumento guía para los estados, las organizaciones de la sociedad civil, el sector privado, voluntarios y familias. El objetivo es incrementar la calidad de vida para las personas de edad avanzada y consolidar un envejecimiento activo, exitoso, saludable, con derechos y responsabilidades. Las medidas que se proponen incluyen los ámbitos de lo internacional, nacional, regional y local y las directrices son:

- a) La integración de las personas de edad avanzada al desarrollo social
- b) El fomento de la salud y el bienestar en la vejez
- c) La creación de un entorno propicio y favorable (lo cual implica actuar sobre el rediseño institucional y espacial principalmente de las ciudades)

Con toda seguridad, el mayor logro de este *Plan de Acción* consistía en comprometer a los actores sociales a devolver al anciano a la vida productiva y social, evitando el maltrato³ y otorgándole garantías de equidad, derechos humanos, inclusión y acceso universal no sólo a los servicios públicos sino a su derecho al trabajo, a pensiones, vivienda, a seguridad social y en general a un reconocimiento de su papel en la sociedad. Todo ello implicaba pensar en un nuevo actor de la vida política, económica y urbana (Limón, 2000).

Un tercer programa, que en realidad vino a complementar los otros dos vistos anteriormente, es el de *Salud Urbana*, que está más focalizado a ciudades pequeñas y medias en las cuales los pobladores presentan deterioros de su calidad de vida por efectos de las aglomeraciones urbanas. Hacemos destacar que, el programa *Salud urbana*, desarrollado por la OPS a través del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, constituye una herramienta que compila, almacena y organiza documentación, referencias, bases de datos de información sobre desarrollo sostenible y además facilita el enlace a fuentes nacionales, regionales e internacionales para que los usuarios puedan acceder de manera rápida y eficiente. Se ha creado para responder a las necesidades de información sobre desarrollo sostenible y brindar soporte informativo a profesionales de la salud, investigadores, educadores, tomadores de decisión y otros involucrados con esta temática. Es también, por tanto, un programa que recoge preocupaciones actuales respecto a cómo se gestiona la salud en las ciudades y cómo son afectados diversos grupos. La agenda del programa incluye aspectos de salud a poblaciones, de mejoramiento de espacios físicos y de gestión comunitaria de la salud (OMS,2008).

Cabe observar que la Salud Urbana es el área de la salud pública dirigida al estudio de temas diversos o *determinantes* que influyen en los problemas de salud de los ciudadanos del mundo, como: desigualdad socio-económica, contaminación del medio ambiente, migración e inmigrantes, escasa cobertura de servicios públicos (agua potable, alcantarillado, tratamiento de aguas residuales, energía eléctrica y recolección de basura), escasa cobertura de los servicios de salud, inequidad económica, políticas urbanas limitadas, violencia, tabaquismo,

³ Al respecto cabe recordar la *Declaración de Toronto para la Prevención global del maltrato de los adultos mayores*, que es una iniciativa de la OMS (2002) a fin de trabajar a nivel de política pública en la redignificación del anciano rescatando en mucho el papel de las familias como un sistema de cuidadores informales.

drogadicción, alcoholismo, pobreza, déficit de viviendas y escasa participación ciudadana en la gestión municipal (OMS, 1998)

2.2.3 Programas de evaluación de calidad percibida de servicios geriátricos

En los programas internacionales que se han venido reseñando, queda patente que el sector de los adultos mayores (vistos como parte de las poblaciones vulnerables o vistos como una cohorte en específico) está siempre presente en las políticas, enfoques y acciones de los organismos. Para efectos de la presente tesis interesa saber si estos organismos, en sus labores de seguimiento a la calidad y eficacia de los programas de atención a los ancianos, tienen establecidas metodologías y técnicas específicas de medición en calidad percibida. Al respecto, diversos estudios de las mismas agencias internacionales (OMS, 2008b) muestran que la preocupación por la calidad de la atención brindada era una variable no medida en las intervenciones de años atrás. En este sentido, no había una real preocupación por los resultados intermedios (la calidad de atención) sino por el proceso y a lo más por los resultados últimos de la atención médica (las tasas de mortalidad y morbilidad).

Años después, en los noventas del siglo pasado, por lo costoso de las intervenciones y por las mismas políticas de ajuste de presupuestos recomendadas por los organismos financieros internacionales, se pretende medir la eficiencia de las intervenciones de la OMS/OPS por la vía de recomendar a las instituciones de salud locales su acreditación en algún sistema internacional de calidad (siendo el más extendido y aplicable a todos los campos de la actividad social el ISO 9000). Recientemente, y en lo que va de este siglo, el análisis de los ejercicios de seguimiento y evaluación de las reformas de salud en las Américas por OPS/OMS mostró que políticas, programas y procedimientos de acreditación de establecimientos y servicios de salud estaban funcionando sólo en 6 de los 25 países analizados y que otros 3 estaban considerando su introducción. Ello, se explicaba por la escasa atención prestada a los aspectos de calidad de la atención de salud en las agendas políticas sectoriales en los países de la región. Asimismo se detectaba un inadecuado desarrollo de iniciativas y acciones de mejora de la calidad sanitaria con suficiente impacto en los sistemas de servicios de atención a las personas (Arriagada, 2000 y Branchet Márquez Coord., 2007)

Paralelo a ello, era patente un insuficiente desarrollo del marco regulatorio de los sistemas de garantía de la calidad y una falta de objetivación de la calidad científico-técnica del contenido de la atención y escaso desarrollo de la formación continuada de los profesionales. Finalmente, también se advertía un escaso peso del componente de la calidad de la atención en lo que se refiere al grado de satisfacción de los usuarios en la toma de las decisiones estratégicas y gerenciales en todos los niveles de los sistemas de servicios (OMS 1998).

Ese análisis también mostró que las instituciones y/o programas orientados al fomento de la calidad técnica existían sólo en la mitad de los países, 4 de ellos habían introducido procedimientos para la gestión y la evaluación de las tecnologías en salud, y que sólo 4 de ellos documentaban experiencias desarrolladas a nivel sistémico para el fomento de la calidad percibida por los usuarios. Tales países eran Colombia, Cuba, España y México (OMS, 1998 y Rosss et al, 2000). Hasta aquí basta señalar que los organismos internacionales no han recomendado una metodología específica para evaluar la calidad percibida sino que han dejado que los gobiernos nacionales o locales establezcan sus metodologías acopladas a las culturas propias del país.

2.2.4 Propuestas y Acciones de rediseño de la ciudad como resultado de evaluaciones de Calidad real y Percibida.

Hablar de calidad percibida es adentrarse en uno de los meollos de la participación ciudadana en la gestión urbana de servicios públicos (OPS, 2007b). Ello pues en efecto, tal participación inicia con la percepción del ciudadano respecto de si se cubren sus expectativas de cantidad y calidad del servicio prestado en la ciudad. Esto es bien sabido por los organismos internacionales de salud, razón por la cual en los últimos tiempos han llevado a cabo diversos programas que abordan el problema de la transformación del entorno urbano como medida para preservar la salud de los adultos mayores (OPS, 2003, Booske et al, 2000).

Así, para cerrar el presente apartado, queremos dejar planteados cuatro programas internacionales de apoyo al adulto mayor en el aspecto específico del rediseño físico o institucional de la ciudad. Cabe observar que varios de ellos se han quedado en el ámbito de la investigación –sin arribar a la mejora física- toda vez que sólo han medido percepción. Tales programas son *KNUS* o *Knowledge Network on Urban Settings* (Red de Conocimientos sobre Asentamientos Humanos en coordinación con la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud); *Ciudades Globales Amigables con los Adultos Mayores*, *Red de Ciudades Educadoras y Ciudades y Municipios Saludables* todos promovidos por la OMS. Estos programas, en consonancia con las excluyentes tendencias hacia los adultos mayores, intentan reintegrar a la persona anciana a la vida de la ciudad (Rodríguez Rodríguez, 1999; OMS,2008b).

KNUS es un programa que pretende responder a la pregunta ¿porqué sólo tratamos las enfermedades de las personas si las seguimos regresando a las condiciones que fueron la primer causa de la enfermedad? Esta pregunta dio pie a la creación de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud por la OMS y de la conformación de la Red de Conocimiento sobre Asentamientos Urbanos (o KNUS, por sus siglas en inglés), la cual trabaja sobre diversos temas como desarrollo infantil temprano, asentamientos urbanos, exclusión social, condiciones laborales, globalización, sistemas de salud, medición y evidencia, mujer y género ,y condiciones prioritarias en salud (OMS, 2008b).

En cada uno de estos temas, se tiene como objetivos delinear las mejores prácticas, identificar los retos y las oportunidades, desarrollar un marco inter y transdisciplinario para recolectar evidencias, validación y medición, delinear opciones y alternativas de investigación acción y pasar del conocimiento a la acción. KNUS es un conjunto de expertos de las más variadas profesiones que realizan investigaciones y proponen alternativas a los problemas que se presentan en la salud de las urbes. Entre estos especialistas cabe incluir a los arquitectos, los urbanistas y los psicólogos ambientales los cuales han realizado un sinnúmero de investigaciones tendientes a la modificación de la conformación de las ciudades. Para lograr la consecución de estos objetivos la Red, como ya se dijo, está organizada en tres círculos concéntricos: el núcleo (o círculo nuclear) está compuesto por expertos internacionales cuya responsabilidad es identificar las prioridades de investigación en materia de salud urbana. Posteriormente el círculo sinérgico, está conformado por practicantes, investigadores y representantes de la sociedad civil, cuya principal función es criticar los documentos elaborados por los expertos del núcleo para posteriormente promover las ideas formuladas y finalmente el tercer círculo (o círculo de avanzada), aún por conformar y organizar, estará compuesto por los gobiernos involucrados, practicantes e investigadores locales, cuya función principal será implementar las estrategias propuestas (OMS, 2002b).

A partir de estas investigaciones elaborados por la KNUS, se desprenden una serie de recomendaciones para la acción. Se habla, así, de formular políticas de vivienda y planeación urbana, asegurar un ambiente de vida urbano sano, promover la acción comunitaria, asegurar el acceso y la calidad de los servicios de salud urbana y desarrollar liderazgos y capacidades entre la población urbana pobre. Es interés de KNUS enfatizar la gobernanza urbana saludable; la cual implica poner a la salud y al desarrollo humano en el centro de las políticas y acciones del gobierno en relación con la urbanización.

Para lograr esto, propone inicialmente reconocer el papel crítico y catalizador que juegan los gobiernos locales en asegurar la adecuada provisión de servicios básicos, el acceso a la vivienda y el cuidado de la salud, así como construir ambientes urbanos más seguros y saludables en donde la gente vive, trabaja, juega y aprende. Paralelo a ello, sugiere promover y apoyar los esfuerzos comunitarios de los pobres de la ciudad para que obtengan control sobre sus circunstancias y recursos que necesitan para desarrollar mejores ambientes de vida. Complementario a estas medidas, KNUS establece el desarrollar mecanismos para conjuntar a los sectores público, privado y social, y definir los papeles y mecanismos para apoyar la capacidad de gobernanza, tanto de los actores internacionales como nacionales.

Finalmente, es preciso – explica esta comisión internacional- el obtener y usar recursos (apoyos, inversiones, préstamos) de los actores principales para asegurar un balance entre el desarrollo económico, político, social y cultural y establecer mecanismos de apoyo a la gobernanza que permitan a las comunidades y gobiernos locales formar alianzas para construir asentamientos humanos saludables y seguros en las ciudades.

En este sentido, cabe destacar que al interior de la KNUS existe el consenso y el compromiso de todos sus miembros de crear un espacio político a nivel global que impulse la salud pública en un mundo de rápida urbanización, para lo cual la Primera Reunión del Foro Regional de Salud Urbana de la Organización Panamericana de la Salud (OMS, 2007c) propuso promover la incorporación de dimensiones de equidad tradicionalmente no relacionadas con la salud en las políticas de salud pública (como políticas de tenencia y uso del suelo, derechos humanos, entre otras). Asimismo, recomendó articular conexiones entre la salud y otros sectores (por ejemplo en transporte, vivienda, servicios públicos) usando datos y situaciones locales. La OMS, no dejó de mencionar que es preciso apoyar las regulaciones para proteger a las personas de riesgos y amenazas en el trabajo, en las escuelas y en sus comunidades. Y por último, recomendó incorporar al sector salud en los procesos políticos que impactan sobre los determinantes sociales llevando a cabo acciones como la prevención de la violencia, la promoción del empleo, del desarrollo infantil o la equidad de género⁴.

Finalmente, una vez conformados los círculos locales de avanzada, se tiene la estrategias de establecer una sociedad entre ONU-Habitat y la OMS para apoyar acciones en salud urbana tales como aprendizaje de ciudad a ciudad, elaboración de un reporte conjunto sobre urbanización Saludable, colaboración para el Foro Global sobre Urbanización Saludable en 2010; la creación

⁴ Un ejemplo de lo anterior es la iniciativa Urban HEART, la cual es una herramienta que ayuda a los ministerios de salud (nacionales y locales) a desarrollar mejores respuestas en asuntos de salud urbana mediante un proceso de diagnóstico bien definido, que facilita la formulación de respuestas específicas que son monitoreadas constantemente y que permiten una evaluación del estado que guarda la salud tanto al interior de las ciudades como entre las ciudades.

de una nueva red sobre salud urbana, la Red Global de Urbanización Saludable (HUGNET, por sus siglas en inglés); Realizar pruebas piloto de la iniciativa Urban HEART con los ministerios de salud de diversos países; y relacionar la promoción de la salud con los objetivos de salud urbana de la 7ª Conferencia Global sobre Promoción de la Salud a celebrarse en Nairobi a fines de 2009.

Un segundo programa de las organizaciones mundiales de salud a fin de incidir sobre la ciudad y así brindar mejores condiciones de vida a los adultos mayores es *Ciudades Globales Amigables con los Adultos Mayores*, el cual trabaja en el diagnóstico de las problemáticas según la percepción de los ancianos y plantea normas para el rediseño físico y funcional de la ciudad a fin de que los adultos mayores puedan habitar, circular, trabajar y recrearse (Le Corbusier, 1990) en los espacios urbanos.

Fig. 2.2 Mapa de las ciudades globales amigables con el adulto mayor



Fuente: OMS (2007a)

Este proyecto fue concebido en junio de 2005 en la sesión inaugural del XVIII Congreso Mundial sobre Gerontología en Río de Janeiro, Brasil y fue desarrollado por Alexandre Kalache y Louise Plouffe, de la oficina central de la OMS, Ginebra, Suiza. El protocolo de investigación fue implementado en 33 ciudades de 22 países miembros (OMS, 2007^a y 2008^b). Estas ciudades se enumeran en la figura 2.2.

Ciudades Globales Amigables parte de que es necesario lograr un envejecimiento exitoso y activo. Esta nueva filosofía sobre el envejecimiento fue desarrollado por programas de otros organismos como el Banco interamericano de Desarrollo y la OCDE⁵ (2006).

La viabilidad de estos programas, en eso coinciden todos los organismos, sólo es posible si se establece una red de ciudades que en coordinación puedan apoyar con políticas públicas de orden trasnacional. Los rubros en los cuales esta filosofía y los programas derivados de Ciudades Globales ha venido trabajando fueron publicados en una *Lista de Control* (OMS, 2007b) la cual marca los aspectos esenciales que deben contener las urbes que son compatibles con las necesidades de los adultos mayores. Estos aspectos esenciales a trabajar son los espacios al aire libre y edificios, el transporte, la vivienda, la participación social, el respeto e inclusión social, la comunicación e información y los servicios comunitarios y de salud. De la misma manera que Camagni (2005) plantea que las ciudades globales no son precisamente las más grandes sino las que se encuentran mejor intercomunicadas por las nuevas tecnologías y que por tanto tienen ventajas competitivas; así, las ciudades globales amigables con la edad (en términos genéricos) serán aquellas con la capacidad de brindar buenas condiciones de habitabilidad para las personas de cualquier edad.

Particular énfasis quisiéramos poner en algunas iniciativas del sector turismo a fin de atender a los adultos mayores. Recientemente se han abierto opciones en turismo religioso y turismo de salud como dos alternativas altamente demandadas por los ancianos y es que el servicio turístico tradicional había venido olvidándose del potencial económico de las persona de la tercera edad (López y Bautista, 2004).

Y por su parte, Ciudad Educadora, el tercer programa de la OMS, tiene como objetivo devolver al anciano su conexión con el mundo a través de la educación no formal e informal y con el manejo de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. La expresión *ciudad educadora* se populariza a principios de los años setenta. Fueron Edgar Faure y otros autores quienes elaboraron inicialmente para la UNESCO en el Informe «*Aprender a ser*». En tal informe se manifiesta la complejidad y el carácter permanente del hecho educativo, su continuidad fuera de la institución escolar y la posibilidad de utilizar con fines educativos recursos y medios del entorno (Rodríguez Rodríguez , 1999).

Intentando aclarar el concepto de qué es una ciudad educadora, podemos decir ésta concibe al medio urbano, a la vez, como entorno, agente y contenido de la educación. Es un entorno porque recobra a la ciudad como un contexto de instituciones y acontecimientos educativos. Por otro lado es un agente porque la ciudad será un vehículo, un instrumento y un emisor de educación y, finalmente es contenido porque la ciudad constituye, en sí misma, un objeto de conocimiento (Pose Porto, 2006) . Por otro lado, el concepto de ciudad educadora connota muy adecuadamente la complejidad del fenómeno educativo, pues en las urbes los roles educativos son muchos e intercambiables, las fuentes de conocimiento son incontables (escuelas, museos, bibliotecas, comercios, bancos etc.) por lo que también el concepto de ciudad educadora refiere un medio que produce relaciones y efectos educativos premeditados y también azarosos.

⁵ Existen al respecto diversas teorías y filosofías sobre la vejez. Entre las diversas concepciones, mencionamos las de Almanza (2010); Montes de Oca (2003); Riberiro y Mancina Coord. (2009).

Varios autores (Pose Porto, 2006 y Rodríguez Rodríguez, 1999) sugieren, por otro lado, que el concepto de ciudad educadora pretende abarcar todas las dimensiones de la educación integral (formación social, intelectual, física, estética y moral, la formación para el trabajo y para el ocio, adquisición de destrezas, de hábitos saludables de vida, de actividades y valores). Por esto, la ciudad contiene referentes y modelos y se erige en agente para su transmisión. La ciudad educadora, así, acoge e interrelaciona procesos educativos formales, no formales e informales, puesto que es también un entramado de instituciones y lugares educativos. El concepto de ciudad educadora también afirma la condición sistémica de lo educativo y demanda planteamientos integradores, por lo que afirma el carácter abierto, dinámico y evolutivo de las urbes. De esta manera, la ciudad educadora es abierta porque interacciona, se nutre, aporta y se prolonga en otros sistemas del medio rural y de otras ciudades. Es también dinámica porque tiene capacidad de modificar su funcionamiento y es evolutiva porque tiene capacidad para modificar su estructura para ir optimizando su dimensión educativa.

Otras interpretaciones (Jurado, 1999) suponen que el concepto de ciudad educadora se reconoce en el concepto de educación permanente. La razón de esta suposición es que la ciudad no establece límites temporales a la formación ni discrimina edades para el aprendizaje y refiere a la vez realidades, imaginarios y utopías⁶. Asimismo, se advierte que la ciudad no es igualmente educativa para toda la ciudadanía por lo que aún y cuando se empuje hacia la igualdad de oportunidades persiste el fenómeno de la diferencia como derecho y como problema.

Jurado (Ibíd.) también sugiere que existe una pedagogía urbana como marco de referencia general. Esta pedagogía surge de la síntesis entre Educación y Ciudad. Asimismo, esta pedagogía establece un marco de referencia en donde las diversas prácticas de las ciudades educadoras se explicitan y se manifiestan conceptualmente tanto a nivel teórico, como en su perspectiva práctica e innovadora. En este sentido, la pedagogía urbana tiene como tareas básicas conceptualizar los nuevos espacios educativos y definir sus áreas de intervención y los puntos de apoyo que las diversas ciencias sociales aportan (Alderoqui y Penchansky, 20002).

La pedagogía urbana, entonces, abordaría la solución de los problemas planteados en la ciudad y la solución de problemas educativos desde la escuela y la ciudad, atendiendo tanto a las necesidades urbanas (desigualdades, drogodependencia juvenil, asociacionismo...) como las necesidades pedagógicas tales como los medios didácticos y las fuentes de conocimientos. Las aportaciones de la pedagogía urbana entonces se resumen en la ampliación del campo de acción de la Pedagogía y en la concepción de la ciudad como espacio-objeto de atención y acción socio-pedagógica (Rodríguez y Rodríguez, 1999).

Municipios y Ciudades saludables es, la cuarta iniciativa de incidencia mundial de la OMS en el diseño físico e institucional de las ciudades y se considera como un programa regional de promoción y protección de la salud (con rubros específicos para la población de la tercera edad) en ámbitos urbanos y como un mecanismo oficial de gestión de participación comunitaria en salud implementado por la OPS (OPS,1997).

⁶ En la teoría sociológica y la filosofía, la utopía es una salida o compensación a las limitaciones históricas. Desde el pensamiento griego antiguo han estado presentes las visiones de futuro; de ahí que representaciones, utopías e imaginarios formen parte del análisis de las ciudades (Sánchez Vázquez, 1975)

En realidad se origina en Toronto, Canadá a partir de planteamientos de acción política y social y de desarrollo comunitario local. Así, su característica es de tener, además de un carácter sanitario, un fundamento político preciso: sanear los procesos de gestión de la salud desde el ámbito local. Por esto, su estrategia es la conformación de redes de ciudades con el mismo programa de salud. Los países, municipios y ciudades participantes se autodefinen como un movimiento⁷ (reconocido en el mundo como Municipios y Ciudades Saludables) en que las autoridades políticas y civiles, las instituciones y organizaciones públicas y privadas, propietarios y trabajadores y la sociedad dedican constantes esfuerzos a mejorar las condiciones de vida, trabajo y cultura de la población; establecen una relación armónica con el medio ambiente físico y social y expanden los recursos comunitarios para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, la co-gestión social y la democracia (OPS 1997 y 1986).

Como se logra ver, el compromiso local es una de las condiciones para iniciar un proceso de “hacer saludable” la ciudad. Evidentemente se trata de formular una agenda política que gire alrededor de la salud y el bienestar común, por lo que el proceso de captación de líderes y el involucramiento de autoridades es fundamental. En el programa se definieron cinco fases, cada una con una estrategia consensada internacionalmente, en el desarrollo del programa:

FASE I La declaración pública de compromiso del gobierno local por avanzar hacia la meta de “municipio saludable”

FASE II Conformación y puesta en marcha de un comité intersectorial de salud. Aunque pueden formarse otro tipo de comisiones equivalentes.

FASE III Elaboración de un diagnóstico con la participación de los ciudadanos e instituciones locales.

FASE IV Puesta en acción de un plan de salud consensado estableciendo prioridades y recursos

FASE V Establecimiento de un sistema de información para el monitoreo y la evaluación a nivel local.

El cuadro 2.3 muestra, de acuerdo a la OPS, las oportunidades y los retos del Movimiento Ciudades y Municipios saludables en los países latinoamericanos:

⁷ En la teoría política tradicional, el movimiento tiene connotaciones políticas y de intencionalidades de toma del poder (Fernández, 2008)

**CUADRO 2.1 Oportunidades y Retos del Movimiento
De Ciudades y Municipios Saludables**

OPORTUNIDADES	RETOS
<ul style="list-style-type: none"> - Apoyar los procesos de descentralización de los estados - Influir en las políticas locales de salud - Servir de puerta de entrada hacia temas globales de salud - Favorecer la participación organizada de todos los actores sociales - Reorientar los servicios de salud - Diseminar la idea-fuerza a través de la comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar sistemas de evaluación - Uso democrático versus manejo político - No medicalización del movimiento - Identificación y satisfacción de necesidades de capacitación a nivel local - Establecimiento de alianzas dentro y fuera del sector salud - Limitación de Recursos Financieros

Fuente: OPS (1997)

En América Latina, la OPS ha promovido la movilización y articulación de alcaldes y autoridades locales en la promoción de la estrategia de municipios y comunidades saludables, generando una red regional de representantes de países, organismos, municipios y comunidades orientados a promover la salud. La Unidad de *Entornos Saludables del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental* de la OPS, señala que: “una experiencia de municipio y comunidad saludable comienza con el desarrollo y/o fortalecimiento de un convenio entre autoridades locales, líderes comunitarios y representantes de los diferentes sectores públicos y privados, en el sentido de posicionar la salud y mejora de la calidad de vida en la agenda política y como una parte central del planteamiento del desarrollo municipal” (OPS, 2003)

Los cuatro programas antes reseñados, nos hacen ver que aunque la OMS/OPS se han involucrado en el discurso de la salud global, en los últimos años también han venido proponiendo estrategias a fin de reducir la asimetría en las relaciones político económicas entre países. A esta búsqueda de horizontalidad es a lo que han llamado una relación mundial saludable, es decir, la salud como metáfora y llevada al ámbito de la política internacional.

2.3 Calidad del Sistema de salud en Norteamérica (Estados Unidos y Canadá)

Como ya se ha dicho, existe una relación entre las propuestas de los órganos mundiales y las iniciativas de los gobiernos de los estados a fin de reformar los sistemas de salud, llevar a cabo sistemas de evaluación de la calidad real y percibida e implementar acciones correspondientes a rediseño institucional y físico de la ciudad para elevar la calidad de vida de los adultos mayores (Health & Safety Executive, 2001). Estados Unidos y Canadá, en tanto países desarrollados y cuya participación tiende a poner lineamientos de enfoques y de trabajo asistencial, son países cuyos sistemas de salud son muy reconocidos. Una parte importante de las metodologías

planteadas en el primer capítulo son realizadas en Norteamérica. En este apartado retomaremos una visión general de sus sistemas de salud como contexto para explicarnos las alternativas que han tomado en términos de la evaluación de la calidad percibida en salud de los adultos mayores.

2.3.1 La calidad en su visión productivista

La característica de los sistemas de salud en la región norteamericana de EU y Canadá es el fuerte impacto que tienen los servicios privados y por tanto la visión productivista de la calidad de estos servicios. Ello aun y cuando es patente que el servicio canadiense tiene un sistema universal y el norteamericano un sistema privatizado. Sin embargo en ambos el mercado de la salud privada es fuerte y floreciente. También es notorio que en ambos se maneja una idea distinta de lo que es la eficiencia y lo que es la justicia social. Al respecto, es de observar que cuando los estadounidenses tienen problemas importantes para acceder a los servicios públicos o privados de salud emigran a Canadá a fin de obtener atención.

Otra de las características de los servicios en Norteamérica es el decidido rechazo a la población migrante, más marcado en territorio estadounidense aunque en últimas fechas más presente en suelo canadiense. A contracorriente de esta tendencia, en toda la región norteamericana angloparlante los sistemas de salud se han vuelto más interculturales por el mismo tipo de población (Wallace, 2001). Atendiendo a esta característica, El sistema de asistencia sanitaria de Canadá se ha construido sobre los cinco principios de la *Ley de Salud de Canadá* (Health Institut,2005):

- a) La universalidad, que significa que el plan provincial debe conceder el derecho al 100% de la población a servicios asegurados según términos y condiciones uniformes;
- b) El alcance, que indica que todos los servicios de salud asegurados prestados por hospitales y profesionales médicos deben estar cubiertos por el plan;
- c) La accesibilidad, que significa que los servicios sanitarios deben prestarse sin barreras, incluidos los cargos adicionales a los pacientes asegurados para los servicios asegurados;
- d) La facilidad de transferencia, que garantiza la cobertura de salud para los asegurados cuando se trasladan en Canadá o cuando viajan dentro o fuera del país;
- e) La administración pública, que requiere que el plan deba ser administrado y ejecutado sin fines de lucro por una autoridad pública responsable nombrada o designada por el gobierno provincial (OPS, 2000).

Así, en el territorio canadiense, el manejo directo de los servicios de salud es responsabilidad de cada provincia o territorio individual. Por intermedio de sus ministerios de salud respectivos, planifican, financian y evalúan la prestación de atención hospitalaria, los servicios de asistencia médica y paramédica así como algunos elementos de la atención por prescripción y la salud pública. También supervisan las responsabilidades específicas delegadas a otros organismos no gubernamentales. Los ministerios provinciales de salud financian hospitales públicos, negocian los sueldos de los profesionales paramédicos y los honorarios para los servicios médicos con las asociaciones provinciales de médicos. En todos los casos, se publica y se pone a disposición del público un resumen de las prestaciones para los servicios médicos de acuerdo con la Ley del Seguro de Salud.

Una característica definitoria de la mayor parte de la asistencia sanitaria en Canadá es que se financia públicamente, principalmente mediante tributación, incluidos los impuestos federales y provinciales, personales y sobre la renta de las sociedades, pero los servicios se prestan de manera privada sin fines de lucro. La Estructura del Financiamiento para el Sistema de Salud en Canadá indica que el flujo de los fondos de los individuos en forma de pago de impuestos y primas a los gobiernos, los empleadores y los aseguradores privados, financia el sistema de prestación de asistencia sanitaria y los prestadores.

2.3.2 Medicare y Medicaid: la atención al adulto mayor.

La característica de lo intercultural ha hecho que tanto en Canadá como en Estados Unidos exista una preocupación por los grupos vulnerables, entre los que se encuentran evidentemente los adultos mayores que emigraron y los que son autóctonos pero que están en situación de riesgo por su condición de edad, género, etnia, situación económica o de salud (Tombros, 2007; Almaguer, 2007). Los programas de atención a poblaciones vulnerables podemos reseñarlos de la siguiente manera.

En Estados Unidos existe el Departamento de Salud y Servicios Humanos (The Department of Health and Human Services o NHS), la agencia principal de los Estados Unidos que es el organismo encargado de la protección de la salud y de la provisión de servicios sanitarios, especialmente para los menos favorecidos. Este departamento tiene su origen en el de Salud, Educación y Bienestar, creado bajo la presidencia de Eisenhower y que oficialmente entró en funcionamiento el 11 de abril de 1953. Fue en 1979 cuando se separó el Departamento de Educación. En 1988, se firmó la Ley McKinney para prestar atención sanitaria a las personas sin vivienda y en 1995 se desgaja del Departamento la Seguridad Social, creándose una agencia específica independiente. El NHS es la agencia federal que ofrece más subvenciones, 60.000 al año (COFM, 2001).

El Departamento incluye más de 300 programas sanitarios, entre los que se encuentran:

- Medicare (seguro sanitario para la tercera edad y más desfavorecidos)
- Medicaid (seguro sanitario para las personas con ingresos bajos)
- Asistencia financiera para familias con ingresos bajos (educación preescolar)
- Otros programas sociales de prevención de la violencia doméstica, consumo de drogas, investigación médica, prevención de enfermedades, etcétera.

La cobertura sanitaria de la mayor parte de la población la realizan las propias empresas a través de un seguro colectivo que cubre, aproximadamente, al 60% de la población. Un 14% restante también está cubierto por un seguro de enfermedad privado aunque no colectivo. Si bien este seguro de enfermedad de las empresas es voluntario, fiscalmente es beneficioso para las compañías ya que estas cotizaciones sustituyen parcialmente a los salarios, con la ventaja de que no están sujetas al impuesto de sociedades ni al impuesto de la Seguridad Social. Las empresas además ofrecen la asistencia sanitaria a sus trabajadores como un medio de atraer una fuerza laboral formada y estable. Existe un alto porcentaje de la población, cercano al 13%, que disfrutan de asistencia privada y pública. Los programas de asistencia privada y también los públicos difieren entre ellos en cuanto a la cobertura de prestaciones y fuentes de financiación. En Estados Unidos, hay más de mil empresas privadas proveedoras de asistencia sanitaria. Dentro de este entramado asistencial, los médicos pueden ejercer su profesión libremente en cualquier estado y cobrar por el sistema de Pago por Servicios Prestados. Sólo una pequeña parte

de profesionales está a sueldo de la administración, empresas u hospitales. Estos pertenecen en su mayoría a instituciones privadas sin ánimo de lucro (Wallace, 2001).

Estados Unidos es el país que más dinero destina a la asistencia sanitaria (Schroeder, 1995). Según datos de la OCDE de 2000, este país invirtió el 13,6% de su PIB en sanidad en 1998. Sin embargo, existe un importante segmento de la población, el 14% según la Oficina del Censo de EE.UU., que no se encuentra asegurado. Aunque esto no quiere decir que se encuentren desasistidos, porque existen programas de beneficencia públicos, sí es en cambio una importante rémora para el sistema de salud que obliga a buscar soluciones menos onerosas y más solidarias dentro de un modelo donde la iniciativa privada tiene un peso relevante en la asistencia sanitaria de Estados Unidos.

Otro indicador que pone en evidencia el esfuerzo financiero que se dedica a la asistencia sanitaria es la esperanza de vida, que se encuentra, en el caso de las mujeres, casi dos puntos por debajo de la media de la OCDE. Países como Francia y España, disfrutan de una esperanza de vida de 82 años, mientras que las mujeres en Japón alcanzan una vida media de 85 años, muy superior a los 79,4 años de las estadounidenses. Asimismo, los medicamentos que requieren receta médica tampoco los cubre el sistema y corren a cuenta del paciente. A la financiación de los cerca de 6.700 hospitales se destina cerca del 40% del dinero público. De estos, más de 5.500 hospitales son comunitarios para enfermos agudos, de los que el 60% están adscritos a la administración local y no tienen ánimo de lucro. Los hospitales tienen una completa autonomía en la gestión y administración, por lo que financian sus equipos e instalaciones a través del ahorro, la emisión de bonos con exención fiscal y donaciones. Compiten además entre ellos intentando atraer al mayor número de pacientes posibles, por lo que deben estar perfectamente equipados para que los médicos envíen a sus enfermos a los hospitales que ofrezcan más garantías (NCOVHS, 2004).

Respecto a la Organización del NHS podemos decir que la estructura del Departamento de Salud y Servicios Humanos está compuesta por los siguientes organismos: Institutos Nacionales de Salud (NIH). Se trata del organismo de investigación médica más importante en el mundo, que desarrolla en la actualidad 35.000 proyectos de investigación de todo tipo de enfermedades. Dirigido por médicos de alto nivel, incluye 18 institutos de salud separados, el Centro Nacional para la Medicina Complementaria y Alternativa y la Biblioteca Nacional de Medicina. Emplea a 16.673 trabajadores y maneja un presupuesto de 17.800 millones de dólares. NIH invierte su partida presupuestaria en investigaciones biomédicas en todo el mundo. Más de un 80% de su presupuesto es invertido en subvenciones, becas y contratos para apoyar y adiestrar a investigadores en más de 1.700 instituciones. Alrededor de 35.000 investigadores de todas las especialidades médicas y de diferentes disciplinas biomédicas reciben fondos de NIH (COFM 2001).

En particular en Estados Unidos son famosos los sistemas de Medicare y Medicaid. Medicare es un programa de seguro médico subvencionado por el gobierno federal para personas mayores de 65 años de edad y personas con ciertas discapacidades o problemas de salud. En general, Medicare cubre el 80% de los servicios para pacientes externos (servicios médicos proporcionados en la comunidad) y todas las hospitalizaciones (menos el deducible). Medicare tiene tres partes: las modalidades A, B y D. La Parte A cubre la atención del paciente internado en hospital, atención en centro de enfermería especializada, atención de salud a domicilio y cuidados paliativos. La mayoría de las personas no tienen que pagar una prima mensual por la

Parte A debido a que ellos o sus cónyuges pagaron los impuestos de Medicare cuando trabajaban. Se aplican deducibles y pagos complementarios que están a cargo del paciente durante cada período de beneficios. El período de beneficios empieza cuando el paciente ingresa al hospital o al centro de enfermería especializada y termina cuando se le da de alta, y han pasado 60 días consecutivos (Redondo, 2003).

La Parte B cubre atención y servicios médicos, equipo médico duradero y diversos servicios de atención de paciente externo. Cada año, el beneficiario debería pagar una primer cantidad en concepto de cargos médicos aprobados antes de que empiece a pagar la Parte B, además de la prima mensual regular.

Respecto a la Parte D, cabe señalar que en diciembre de 2003 el presidente Bush firmó la Ley de Medicamentos Recetados, Mejoras y Modernización de Medicare de 2003. Esta ley establece un nuevo beneficio para los medicamentos recetados bajo Medicare que entrará en vigencia en 2006. En esa fecha, los beneficiarios de Medicare mayores de 65 años, o las personas discapacitadas, podrán inscribirse en un plan autónomo de medicamentos recetados ofrecido por entidades del sector privado. La inscripción en el plan es voluntaria, no automática; sin embargo, si los beneficiarios desean participar, deberán elegir la nueva cobertura de medicamentos recetados (también conocida como Medicare Parte D) con un año de antelación. La ley incluye (en su mayor parte de manera no específica) penalidades y barreras a la inscripción tardía.

Los detalles financieros de la parte D de Medicare tal vez sean los que retratan de cuerpo entero este plan de salud. No nos explayaremos en éstos, pero basta indicar que el criterio puede dejar a mucha gente sin servicio por cuestiones económicas. En este último año se están realizando algunos ajustes a fin de ampliar la cobertura. Así, el sistema de cuotas tratan de flexibilizarlo, por ello es posible que los participantes con bajos ingresos y recursos limitados no tengan que pagar la prima mensual y el deducible. Con esto se intenta democratizar el mercado de la salud (Redondo 2003).

Medicaid no debe confundirse con Medicare. Medicaid es un programa federal y estatal que paga una gama completa de servicios médicos para personas de bajos ingresos y recursos limitados.. Medicaid no es un derecho automático y requiere un proceso de solicitud. La persona debe satisfacer ciertos requisitos de ingresos, recursos y otras condiciones para poder solicitarlo. Medicaid es la fuente primaria de financiamiento de atención de salud a largo plazo en la mayoría de los estados. En las ciudades norteamericanas, Medicaid incluye servicios de Paciente internado, paciente externo y los servicios de emergencia de un hospital. Diagnósticos curativos y preventivos, Medicamentos recetados, prótesis y audífonos, Servicios dentales y dentaduras, Servicios de optometría y gafas, Fisioterapia y servicios de rehabilitación, Servicios de terapia del habla, la audición y ocupacionales, Servicios de centros de enfermería especializada, enfermería privada y atención personal, Administración de casos, atención psiquiátrica y cuidados paliativos, equipo médico duradero y transporte.

Evidentemente Medicaid toma como población objetivo a los beneficiarios del Subsidio Social Suplementario , a los beneficiarios de asistencia pública, aunque ya no en forma automática, a las personas mayores de 65 años, o las que han sido declaradas discapacitadas o ciegas, y satisfacen los requisitos de ingresos mensuales; a las familias de bajos ingresos (denominados LIF);, a los hijos menores de 21 años miembros de una familia privada de sostén, es decir, donde uno de los padres está ausente o discapacitado, o desempleado o subempleado, o una mujer embarazada sin

otros hijos y que no reúne las condiciones de la categoría de “LIF” , a personas con necesidades médicas. En tanto se trata de seguir con el esquema mercantil de la calidad sanitaria, los participantes de medicaid deben ser Ciudadanos de Estados Unidos o “extranjeros calificados” considerados como residentes permanentes, que aporten a la economía norteamericana y que cuenten con situación de legalidad, según la ley de salud norteamericana.

Existen programas complementarios a medicare. Medigap es uno de ellos y es también una forma de seguro destinada a cubrir lo que no cubre Medicare. Medicare es el 'seguro primario' mientras que Medigap se considera 'secundario'. A modo de ejemplo, podemos señalar que Medicare normalmente paga hasta una cantidad determinada (generalmente el 80%) de la atención de hospital, las visitas al médico, etc., y el beneficiario individual se responsabiliza del resto en tanto el seguro complementario de Medicare puede pagar los costos restantes. Al igual que con todas las pólizas de seguro, el servicio que cubra Medigap dependerá de la póliza que se haya seleccionado. Finalmente, también existe, anexo a Medicare, un Programa de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores llamado EPIC. EPIC es el programa de seguro farmacéutico para medicamentos recetados a personas mayores de las ciudades norteamericanas. Sin embargo, para ser beneficiario, las personas deben reunir condiciones y además cubrir en ocasiones más de la mitad del costo en la mayoría de sus medicamentos recetados de marca o genéricos (COFM, 2001).

2.3.4 Programas y Estudios de calidad percibida en atención médica de adultos mayores

En Norteamérica han sido los programas de Medicaid y Medicare quienes han llevado a cabo mediciones de calidad en salud geriátrica. Finalmente por ser un sistema de salud privatizado, en los Estados Unidos la calidad percibida ha sido más bien medida con metodologías mercadológicas de satisfacción de cliente. En términos teóricos, la satisfacción del cliente es un concepto más amplio que la pura percepción, ya que se adentra en el reconocimiento de las necesidades y expectativas para determinar si han sido cumplidas o no (Social Security administration, 2009; Palacios y Vargas, 2009; CEMA, 2008).

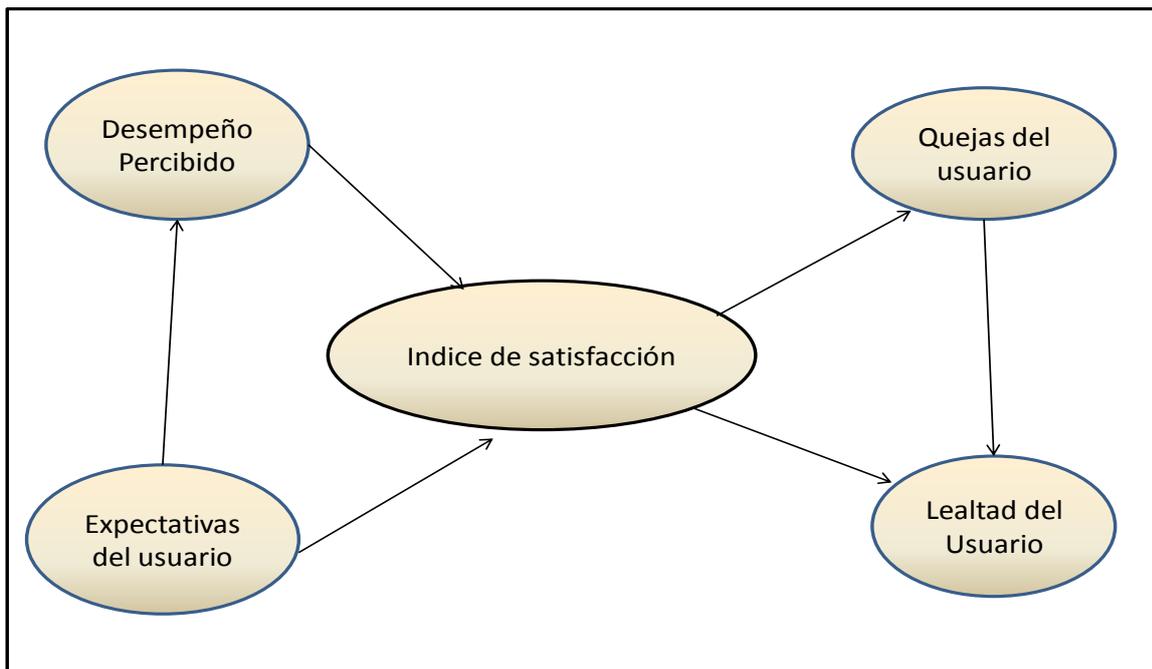
Las metodologías típicamente norteamericanas para evaluar tanto la calidad percibida como la satisfacción del cliente ya se han reseñado en el capítulo primero (SERVQUAL, SERVQUAL FOR, SERVQHOS, SERCAL,) por lo que aquí quisiéramos hacer referencia a una última y más reciente fórmula con la cual Medicare ha abordado la medición de la calidad percibida y la satisfacción del usuario: el ACSI⁸ o índice norteamericano de satisfacción del cliente. Éste índice tiene como antecedente la experiencia del Barómetro Sueco de Satisfacción del Usuario.

El Barómetro hace una diferenciación en las variables que maneja: algunas (comúnmente las que son insumos) les llama latentes, en tanto las que son resultado, les llama manifiestas. A partir de esta diferenciación establece constructos o relaciones estructurales en su modelo de explicación acerca de los elementos que influyen sobre la satisfacción y a su vez intenta explicar cómo la satisfacción predice el nivel de quejas y la tasa de lealtad del usuario.

⁸ American Customer Satisfaction Index

Así, según este barómetro, originalmente aplicado en Suecia, en vez de cuestionar al usuario sobre su satisfacción usando un solo indicador para después reportar en una gráfica de pastel los porcentajes de clientes satisfechos y no satisfechos, se proponen varios indicadores inmersos en una serie de relaciones causales entre variables dentro de un modelo estructural. Como se observa en la figura 2.3, este modelo incluye cinco variables: las expectativas del consumidor, las percepciones del desempeño, la satisfacción en sí misma, las quejas y la lealtad del usuario al servicio.

Figura 2.3 Barómetro Sueco de Satisfacción del Usuario



Fuente: Palacios y Vargas, 2009

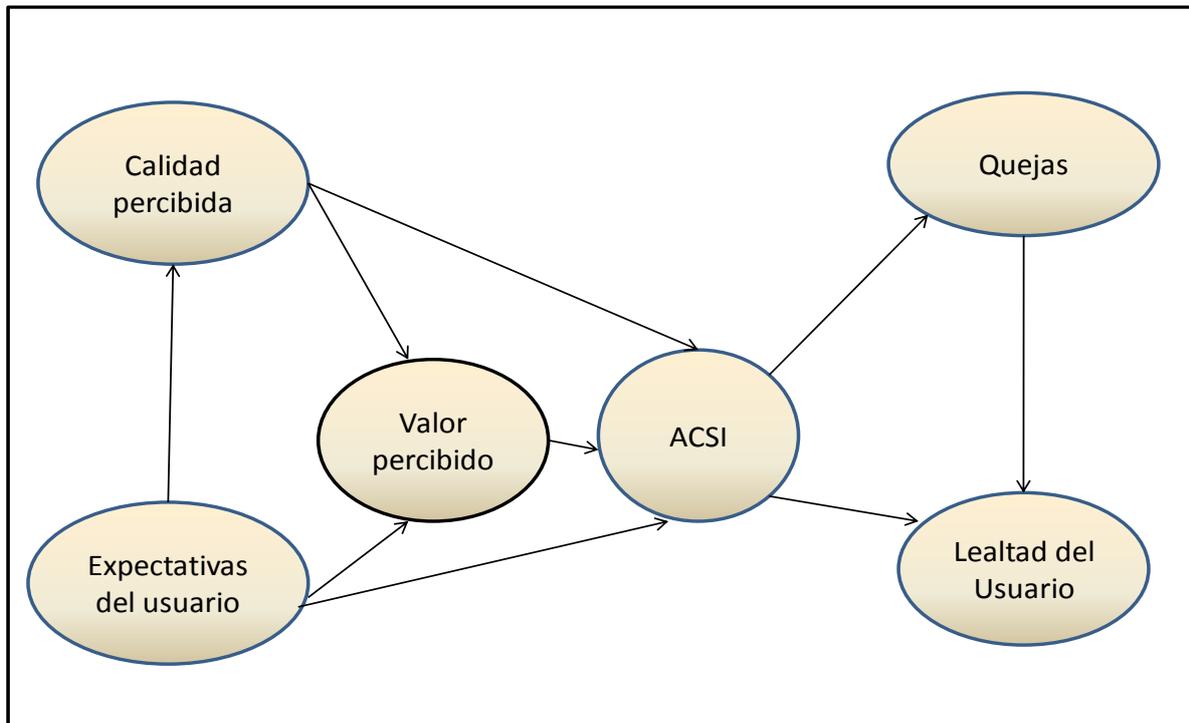
La lógica del esquema nos señala que las expectativas y percepciones de desempeño son antecedentes y las quejas y lealtad son consecuentes. Así, las expectativas impactan a las percepciones y a la satisfacción, por lo que las percepciones de calidad predicen la satisfacción. A su vez, la satisfacción es un predictor de las quejas y la lealtad. Toda organización de servicios buscaría que la relación entre expectativas y percepciones sea positiva, ya que si los usuarios esperan que el servicio sea muy bueno y en verdad lo es las percepciones también serán altas. Así, las percepciones son un mediador entre expectativas y satisfacción.

También es de observar que este modelo incorpora la teoría de las expectativas del usuario y la teoría de la voz y la lealtad del mismo. Ambas describen situaciones en las que el usuario se incomoda con el servicio que recibe y se queja con las organizaciones que lo proveen. El Barómetro sueco, entonces, presenta las relaciones causales entre las cinco variables. Cada variable se puede medir mediante variables manifiestas usando una encuesta que se aplica a usuarios que califican.

En Norteamérica, tomando como base la experiencia del Barómetro Sueco y ante los sesgos de cálculo que padecían otras metodologías de calidad percibida y satisfacción del cliente, se introduce en 1994 el ACSI (American Customer Satisfaction Index) el cual incluye actualmente a 200 organizaciones de los sectores clave de la economía norteamericana, de dependencias gubernamentales de los más variados giros y particularmente del área de la salud (Palacios Blanco y Vargas Chanes, 2009:183). Por la periodicidad trimestral con la que se aplica este índice ha sido vital para evaluar la oferta de bienes y servicios del mercado norteamericano.

El ACSI no sólo es una extensión del modelo sueco, es también una mejora en la definición conceptual. Según se observa en la figura 2.4, la satisfacción del cliente precisa que se maneje el concepto de calidad percibida y no sólo desempeño percibido (ya que el término desempeño hace referencia a la actuación del sistema y ésta no incluye mucho la visión del usuario, (Palacios y Vargas, 2009:63).

Figura 2.4 Modelo del Índice Norteamericano de satisfacción del Cliente (ACSI)



Fuente: Blanco y Vargas, 2009

En este sentido, el modelo norteamericano propone que la expectativas⁹ influyen sobre la calidad percibida y sobre el valor percibido del servicio. Esta triada es lo que define a fin de cuentas la satisfacción, la cual, al igual que el modelo sueco, actúa sobre el manejo de quejas y la lealtad del usuario. Teóricos del ACSI (Fornell et al, 1996 citado por Palacios y Vargas, ibídem)

⁹ Thompson y Suñol (1995) definen cuatro tipos de expectativas del usuario: ideales, normativas, no formadas y previstas.

sostienen que al incorporar el concepto de calidad percibida y valor percibido se puede proporcionar un mejor diagnóstico de la satisfacción. Ya en el plano concreto de la salud, cabe observar que en el caso específico de Canadá, donde también el ACSI se aplica aunque a nivel macro, la mayoría de los hospitales tienen sistemas de información para documentar las percepciones de los usuarios acerca de la calidad de la atención de: 1) servicios ambulatorios 2) operaciones quirúrgicas sin hospitalización, o 3) hospitales de atención de corta duración. Se crearon también cuestionarios de satisfacción fiables y validados para las personas en los servicios geriátricos (ancianos y prestadores de asistencia). Con la introducción del Programa de acreditación centrado en el cliente por el Consejo Canadiense para la Acreditación de los Servicios de Salud en 1995, los principios de mejoramiento de la calidad se incorporaron en las normas para la acreditación, aunque estudios empíricos realizados en diversos hospitales canadienses han demostrado que el gasto en salud no mejora la percepción de los pacientes sobre la atención.

Así, de acuerdo con los investigadores de Massachussets que realizaron una encuesta a los beneficiarios de Medicare, los mayores niveles de gasto en atención médica no mejoran las percepciones de los pacientes sobre la atención que reciben. El gasto per cápita en los beneficiarios de Medicare varía ampliamente a lo largo de Estados Unidos y las diferencias en salud no dan cuenta de estas variaciones. Así, aunque hubo una fuerte relación entre el gasto per cápita y recibir más atención médica, el mayor gasto no reportó más satisfacción. También se encontró que la calificación general de la calidad de la atención percibida era más alta en las áreas de menor gasto (el 63.3 por ciento reportó una calificación total de la atención de 9 ó 10) que en las áreas de mayor gasto (55.4 por ciento).

Los resultados obtenidos de estas investigaciones, explican por qué en los Estados Unidos cuando los pacientes son capaces de acceder a información objetiva de buena calidad sobre los riesgos y beneficios de varios tratamientos alternativos, no eligen necesariamente las intervenciones más agresivas y costosas. Según cifras de agencias privadas, actualmente, Estados Unidos gasta más del doble que otros países industrializados en servicios de salud, algunas regiones de EE.UU. gastan el doble que otras regiones del país, y algunas instituciones y profesionales médicos son el doble de costosos que otros. En este sentido y por los resultados en satisfacción al usuario, Estados Unidos podría haber alcanzado la posición de obtener retornos disminuyentes por los gastos en la atención médica.

2.3. 5 Propuestas de rediseño de la ciudad derivadas de los estudios de calidad percibida

En Estados Unidos y Canadá la urbanización sigue criterios de movilización del capital mercantil. En ese sentido no existe una relación estrecha entre la organización de la ciudad y el problema del envejecimiento. Es de observar que en el ACSI no se le da poca importancia al factor localización de unidades de salud o entorno físico, por lo que no existen propuestas de planeación urbana derivadas de estos índices de satisfacción y calidad percibida. Tal vez las únicas pistas de lograr esta conexión provengan de las ciudades norteamericanas y canadienses que forman parte de la red de Ciudades Globales Amigables. Sin embargo, dada la importancia de las aseguradoras y la red de hospitales privados, es de suponer que la industria de la salud ha tenido un crecimiento no planeado en cuestiones de localización y accesibilidad física.

2.4 Calidad del Sistemas de salud en Europa del Este (Inglaterra y España)

Europa del este tiene una tradición democrática más profunda que Norteamérica. Particularmente su historia como sede de la primera y la segunda guerras mundiales implicó que en su evolución como sociedad se le diera una importancia particular a los servicios públicos en el ambiente urbano (Hesselgren, 1975). Se calcula que para el año 2025, habrá en el mundo más de 1200 millones de personas mayores de 60 años, de los cuales 50% pertenecerán a países desarrollados. Este aumento sostenido de la población de la tercera edad se debe a los avances médicos, mejoras económicas, sociales, de información pública, etc. Estas cifras muestran un desafío muy grande para toda la sociedad, ya que es necesario mantener una buena calidad de vida para este grupo de personas, mayores de 60 años (Reyes, 2004)

El sistema de salud inglés, además de ser uno de los pocos ejemplos de sistemas de salud universales financiados a través del presupuesto central del gobierno por medio de los impuestos generales, es también uno de los primeros en haber reconocido la existencia de discriminación directa o indirecta en la provisión de servicios en contra de los adultos mayores. Este sistema de salud puede tener muchos aspectos criticables desde el punto de vista de su organización, oportunidad y calidad, pero se mantiene a la vanguardia en lo que se refiere a la preocupación social por las necesidades de salud de sus ciudadanos, independientemente de la edad. La atención a la salud de los adultos mayores en Inglaterra comparte muchas de las características de la atención a la población en general. El Sistema Nacional de Salud de Inglaterra proporciona atención universal gratuita financiada por el gobierno central a través de los impuestos generales de la población (Reyes , 2004)

Por su parte, España, el otro país europeo estudiado en este análisis, tiene un origen en el modelo alemán del seguro social. A principios del siglo XX se instauran diversos seguros sociales en España, cuya evolución ha transitado desde la previsión social frente al riesgo ante contingencias por enfermedad de los trabajadores y sus familias, hacia un modelo nacional de protección social de las personas mayores, con muchas similitudes al modelo británico, especialmente en relación con el sistema de salud. Con la llegada de la democracia, la promulgación de la constitución y el desarrollo de las leyes de seguridad social y sanidad, durante las décadas de los 70, 80 y 90, se producen las grandes reformas del sistema de seguridad social vigente hasta entonces (Martínez, 2004).

La principal consecuencia de estos cambios consiste en una división entre un Sistema de Seguridad Social y un Sistema Nacional de Salud que exigen, para todo el Estado, unos mismos requisitos de acceso a un catálogo homogéneo de prestaciones sin perjuicio, en el caso de la Sanidad, de la asunción de competencias por las comunidades autónomas. Por tanto, en la actualidad se puede considerar que en España coexisten tres sistemas de protección social de las personas mayores: el Sistema de Seguridad Social, el Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Servicios Sociales. Los dos primeros son considerados como verdaderos sistemas nacionales de protección social de las personas de 65 y más años, mientras que el segundo necesita de un mayor desarrollo para alcanzar los niveles de acceso y cobertura existentes para los dos anteriores.

Para finalizar, hay que mencionar que en los últimos años la gestión de algunas competencias en materia de seguridad social, así como la gran mayoría de las competencias en salud y en

servicios sociales, han sido transferidas a las Comunidades Autónomas, según sus correspondientes estatutos de autonomía, y a las propias Corporaciones Locales (Ayuntamientos y Municipios).

Así, el Sistema Nacional de Salud español está financiado mediante los impuestos generales, ofrece una cobertura universal a los ciudadanos, entre los que se encuentran las personas mayores, presenta una provisión de servicios gratuita, facilita el acceso en el punto de demanda y tiene una fuerte descentralización a favor de las Comunidades Autónomas (Mora, 2004; Lázaro, 2006a). A pesar de que el Sistema Nacional de Salud en España incluye una serie de servicios e intervenciones especializadas para personas de edad avanzada, existen limitaciones constatadas en el alcance de la Atención Primaria de las personas mayores que vienen dadas, en resumen, por la escasez del tiempo del que disponen los profesionales sanitarios para cada usuario, por la escasa formación geriátrica y gerontológica de esos profesionales y por la inexistencia de servicios geriátricos que pudieran servir como referencia (Martínez, 2004 y Hernández Maestro et al, 2004).

2.4.1 Papel de la calidad en el sistema de salud nacional

Fue en la Europa devastada que se gestaron los sistemas de calidad. Así, la calidad metida a la economía era ya una tradición en los países europeos de la posguerra. Tanto Inglaterra como España y en general los países de la Unión Europea han estado preocupados al menos desde la década de los cincuentas por no mantener los sistemas de calidad recluidos en el ámbito mercantil sino extenderlos a los servicios privados o públicos. Preocupación que también se ha reflejado en darle a la calidad una cara más amable, por lo que han superado los enfoques mercadológicos y de ingeniería organizacional para evaluar la calidad con metodologías cualitativas de orden antropológico o sociológico (Ardilas, 2006).

2.4.2 Programas de atención a poblaciones vulnerables

Probablemente la población más vulnerable en Europa sean los migrantes. Al respecto tanto en Inglaterra como en España (por sus sistemas universales de salud) observamos sendos programas de apoyo a la población migrante. Más aún en España, luego de la dictadura franquista, la generación de las autonomías permitió que las poblaciones más vulnerables de todos los grupos étnicos tanto españoles como africanos y latinoamericanos fueran beneficiarios de los sistemas universales de salud.

En Inglaterra, por su parte, la situación es distinta por razones sobre todo de lenguaje. Allá, el Servicio Nacional de Salud (NHS) es amplio e incluyente aún y cuando gobiernos conservadores han tratado de reducirlo. Hoy el NHS otorga cobertura universal y apoya a poblaciones de migrantes y autóctonos en condiciones de pobreza, pero hace 50 años la atención a la salud era un lujo, de tal manera que los pobres utilizaban remedios caseros o los servicios médicos de caridad. Así, los ancianos que no eran capaces de cuidarse por sí mismos terminaban sus vidas en la “workhouse” una institución Victoriana temida por todos ya que la comida y el sitio para dormir se recibía a cambio de trabajo (Martínez, 2004).

El NHS inglés fue creado en 1948 y con ello los hospitales y el personal de salud se integraron en una sola organización. La idea original detrás del NHS fue proporcionar servicios de salud integrales y universales gratuitos financiados a través del sistema de impuestos. Sin embargo

algunos años después de su creación se introdujeron cuotas para algunos de los servicios (medicamentos, tratamiento dental, etc.). Con el paso de los años la institución sufrió algunos cambios en la organización aunque no en el financiamiento ya que el presupuesto anual para los servicios de salud en el NHS proviene en su mayoría del sistema general de impuestos. De 1988 a 1997 el NHS sufrió uno de los cambios más drásticos durante el gobierno conservador. Se estableció el mercado interno de servicios de salud donde un número considerable de entidades privadas comenzaron a competir por vender servicios de salud a los compradores (autoridades de salud). En 1997, el nuevo gobierno eliminó el mercado interno y trató de regresar a los principios originales, dando como resultado el sistema actual.

Así, es de observar que en el continente europeo sí existen programas de salud para las poblaciones vulnerables, los cuales son una consecuencia de las luchas políticas de este continente y de las aperturas democráticas que se han dado desde la segunda mitad de los setentas del siglo pasado.

2.4.3 Programas de atención geriátrica

Europa envejece a pasos acelerados. Esto la ha llevado a ampliar sus servicios de salud para las personas de la tercera edad. Las diferencias nacionales de estos servicios son también consecuencia de sus regímenes políticos y laborales.

En Inglaterra la atención a las necesidades de salud de los ancianos en Inglaterra ha sido, desde su creación, responsabilidad directa del Servicio Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés). Con algunas variaciones definidas por políticas de salud específicas, los adultos mayores comparten los mismos tipos de servicios y organización que el resto de la población. A esta estrategia de salud se le ha llamado Marco de Referencia y es parte de una iniciativa más general de marcos de referencia. En términos generales éstos establecen los estándares nacionales, identifican intervenciones clave para un servicio o para un grupo de población definido, y ayudan al establecimiento de la estrategia en un periodo de tiempo también definido. Con ellos se pretende mejorar la calidad de los servicios que se proporcionan y disminuir las variaciones en el ámbito nacional. El sistema de salud para los adultos mayores es la primera estrategia integral con la que se pretende garantizar que este grupo de población reciba servicios justos y de alta calidad, integrando las áreas de servicios sociales y las de salud. Esta iniciativa, es aplicable a todos los adultos mayores independientemente de si viven en su hogar, en casas de atención o en el hospital, e incluye los siguientes (NSF, 2003) estándares:

1. Eliminación de la discriminación en contra de los adultos mayores.
2. Atención centrada en la persona.
3. Cuidados intermedios.
4. Atención en hospitales generales.
5. Atención prioritaria a la enfermedad vascular cerebral.
6. Atención a caídas.
7. Diagnósticos y terapias en salud mental.
8. Promoción del envejecimiento activo y saludable.

Entre las estrategias importantes a destacar, y que complementan o dan cuerpo a los estándares anteriormente descritos, se encuentra el fortalecimiento a la Atención Primaria con enfoque

preventivo, la Salud Comunitaria a fin de garantizarle entornos saludables, apoyo médico y psicológico telefónico o electrónico, acceso directo a Centros dentales y de Cuidado de la vista y Apoyo de servicios sociales para regresar a su domicilio en caso de hospitalización (que incluyen entre otros servicios de trámites para reparaciones, adaptaciones, equipo, servicio de enfermería, asistencia, atención de día u otro tipo de apoyos).

La atención y el cuidado de los ancianos en forma gratuita (en la mayoría de los servicios) es una de las características más importantes del sistema de salud inglés, como lo es la definición de una política nacional que incremente la calidad y disminuya las diferencias locales en la atención de los adultos mayores. Existen aspectos que, como lo señalan los programas internacionales, se pueden mejorar con la participación directa de los adultos mayores, en tanto hay otro que hay otros que, según señalan los gobiernos conservadores del Reino Unido, son sujetos de cuestionamiento y discusión, como el costo de los cuidados intermedios y el de atención de largo plazo. Sin embargo, consideramos que en Inglaterra existe una cada vez más fuerte responsabilidad social por la atención de las necesidades de todos los adultos mayores. De ahí que éstos no requieran tener la nacionalidad inglesa, ni ser de los grupos focales pobres, todos ellos están protegidos en contra de las contingencias más importantes en los presupuestos nacionales.

Por otro lado, hay aspectos negativos que es dable señalar. Particularmente la sustitución del papel de la familia por el Estado, puede ir en contra de una responsabilidad social afianzada en el ciudadano. Así, la familia tiene un papel secundario y muchas veces sólo son tomadores de decisiones u observadores del estado de salud y de los servicios que sus ancianos reciben. Es precisamente esta falta de involucramiento directo por parte de la familia extensa ha generado la creación, por el Estado, de todas las otras alternativas costosas de atención, tales como cuidados intermedios o atención de largo plazo en casas de asistencia. La historia de la salud internacional o global señala que los países en desarrollo no están en condiciones de financiar esos servicios, ya que de hecho en muchos de ellos no cuentan con la solidez económica para costear la atención universal de los adultos mayores (NSF, 2003).

En lo que respecta a España, y en referencia a los servicios de atención especializada, según un estudio del año 1997 (IMSERSO, 2002) sólo existían 12 servicios hospitalarios acreditados de docencia geriátrica, 17 más sin acreditación docente y 14 equipos de valoración geriátrica, es decir, la especialidad sólo aparecía en 43 hospitales, para un total de cerca de 800. A partir de la referencia del Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007 del IMSERSO, cuya elaboración toma como referencia la situación de las personas mayores en la península, la revisión de los resultados del Plan Gerontológico Nacional y las últimas recomendaciones sobre el envejecimiento de los organismos internacionales más importantes (ONU, OMS, UE, el Foro Mundial de ONGs, etc.), se presentan los nuevos retos para el sistema de protección social de las personas mayores en España. Los retos antes mencionados se refieren particularmente a avanzar hacia una nueva realidad de organización de las Administraciones Públicas en España; con ello nos referimos a modificaciones en el funcionamiento de la Administración Central, las Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales. Parte de los retos más difíciles de afrontar es la acentuación de la dependencia de las personas mayores y la correlacionada extensión de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias (IMSERSO, 2002) .

España también está experimentando importantes cambios en las relaciones familiares y en los modos de convivencia. Este fenómeno es de difícil atención en un contexto institucional de

deficitaria coordinación entre el sistema de salud y el de servicios sociales. Así, en relación a la atención que el servicio público de salud brinda a los adultos mayores, se ha propuesto, de unos años a la actualidad que como política se trate de superar el insuficiente apoyo a las familias cuidadoras así como el escaso aprovechamiento de la iniciativa social.

Especial preocupación del sistema de salud español es la común situación de soledad y aislamiento social de ancianos así como el crecimiento de la inseguridad ciudadana con una afectación en particular de las personas mayores más vulnerables (Retamal 2008) . Paralelo a estos problemas, y en cuanto a infraestructura se refiere, se han detectado desequilibrios territoriales con un desarrollo distinto de centros y servicios de protección social de las personas mayores, especialmente en zonas con población mayor muy dispersa y/o rural. Tal desequilibrio puede agravarse por la cada vez mayor importancia del nuevo fenómeno social de las migraciones, donde es notoria la necesidad de realizar estudios e investigaciones sobre las personas mayores en España, procedentes de otros países (Martínez , 2004). Los gobiernos locales españoles, por su mismo carácter de Autonomías, señalan una necesidad de secundar y desarrollar las últimas orientaciones y directrices de los organismos internacionales sobre el envejecimiento poblacional activo, productivo, con responsabilidades y derechos (Fornas, 2002).

2.4.4 Programas y Estudios de calidad percibida en atención médica de adultos Mayores

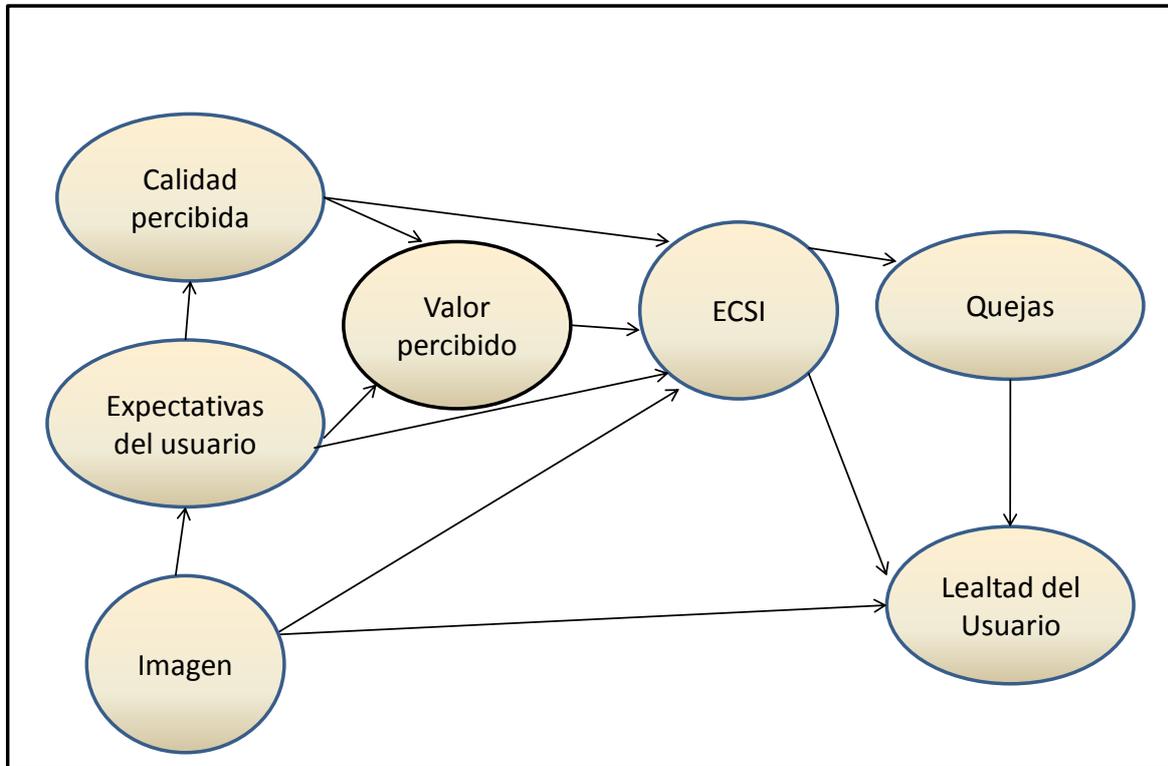
Europa es la cuna de la calidad. En las siguientes páginas hablaremos acerca de los avances más recientes de los países de la Unión Europea por medir la calidad de la atención médica a Adultos Mayores. Señala Gimeno (2005) que en el movimiento internacional de la mejora de la calidad, Europa en fechas recientes ha elaborado un índice propio: el *Índice Europeo de Satisfacción del Usuario* (ECSI). Este índice en realidad es otra variación del ACSI norteamericano aunque con mejoras en su formulación. Tales mejoras fueron planteadas a raíz de los experimentos de su etapa piloto durante los años de 1999 y 2000. En tal etapa se decidió incluir cuatro sectores industriales de once países d la Comunidad Económica Europea (CEE). El objetivo del estudio fue evaluar distintas alternativas para diagnosticar el modelo común que utilizaría la CEE en función de los lineamientos de la Fundación para la Administración de la Calidad y de la Fundación Internacional Enfocada al Cliente, dos de las organizaciones que marcan las directrices en Europa. El reporte de esta primera etapa de pilotaje propuso que un modelo eficiente de medición de satisfacción del usuario debía contener siete variables latentes cuyas variables dependientes serían la satisfacción y la lealtad. La figura 2.5 señala la relación estructural de estas variables.

Este índice coloca a la imagen que tiene el usuario como el punto inicial. Esta imagen es comparada con organizaciones que brindan los mismos servicios y permite evaluar aspectos como confiabilidad, innovación, modernidad y competitividad. Así, la imagen influye sobre las expectativas las cuales a su vez orientan el ámbito de las percepciones. Al respecto, el modelo incluye la calidad percibida y el valor percibido, el cual mide el valor de la calidad relacionado con el valor comercial del servicio. Con estas variables ya es posible, calcular la satisfacción del cliente precisando que en los instrumentos habrá que incluir preguntas sobre la satisfacción en general, sobre si rebasa las expectativas y sobre la comparación con el servicio ideal.

La utilidad de dicho modelo consiste en la obtención de un benchmarking o comparación de las industrias a nivel de toda la CEE y evaluar así su posición con respecto a los EU y otros países. El estudio incluyó países como Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Grecia, Islandia, Italia,

Portugal, España, Suecia y Suiza. Del índice propuesto cabe observar que la satisfacción no es la variable de respuesta más importante sino un mecanismo a través del cual la organización pueda retroalimentarse para saber más de sus consumidores. Luego entonces para este modelo la variable más importante es la lealtad.

Figura 2.5 Modelo del Índice Europeo de Satisfacción del Usuario (ECSI)



Fuente: Palacios y Vargas, 2009

Es de observar que una diferencia básica entre el ACSI y el ECSI es la distinta metodología para la medición de la calidad percibida. En el índice Europeo se incorporan los aspectos humano y “duro” de la calidad percibida; el aspecto humano evalúa el servicio de atención al usuario y qué tanta eficiencia tiene para resolver problemas; el aspecto “duro” tiene relación con el desempeño del servicio en sí y es muy parecido a la “percepción del desempeño” según el ACSI. Aunque cabe señalar que la metodología estadística es la misma. Otras metodologías han puesto énfasis en lo econométrico y lo psicológico, aprovechando la cualidad de estos índices de conjugar las dimensiones objetivas y subjetivas del comportamiento humano.

Aunque el ACSI y el ECSI son relativamente contemporáneos, a lo largo de más de una década de aplicación tanto en Norteamérica como en Europa ha sido necesario realizar cambios y modificaciones para ajustarlo a las necesidades del mercado de bienes y servicios. Tales modificaciones se refieren específicamente a demostrar la significatividad de la relación estructural entre variables.

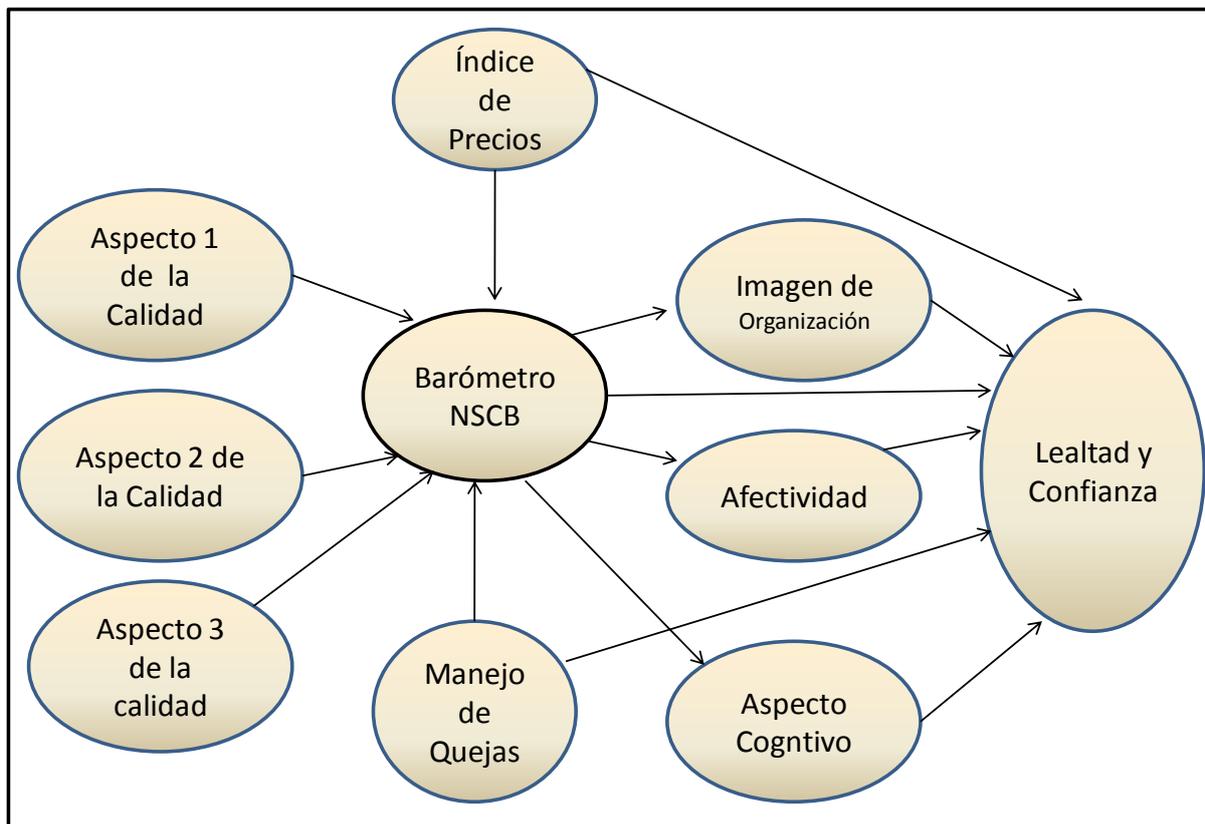
Así por ejemplo, entre varias deficiencias observadas, en los estudios empíricos ha quedado claro que la relación expectativas y valor percibido no son significativas en siete sectores de la

industria y el sector público; también se advirtió que es particularmente problemática la relación entre calidad percibida y valor percibido, las cuales, a decir de Michael Johnson (2001) son dos constructos tautológicos. La figura 2.6 muestra las modificaciones que se han hecho a fin de acoplarlo a las nuevas realidades de las relaciones económicas en Europa. Este nuevo modelo fue diseñado y aplicado inicialmente en Noruega y posteriormente aplicado a Europa e incluso a EU.

Varias circunstancias son de notar en el modelo propuesto: la primera de ellas es que el manejo de quejas antecede a la satisfacción y a la lealtad. En términos operativos esto significa que las encuestas deben de levantarse ex post facto o después que el usuario ha tenido la experiencia de manifestar sus quejas. Investigaciones actuales han señalado que un buen manejo de quejas es una variable latente pronosticadora de la satisfacción más que una pronosticadora de ella.

También se observa que la imagen de la organización es una consecuencia de la satisfacción y no un punto de partida. Otro de los puntos a resaltar es que en este modelo ha desaparecido la calidad percibida y ha sido sustituida por un índice de precios.

FIGURA 2.6 INDICE NORUEGO DE SATISFACCIÓN AL CLIENTE



Fuente: Palacios y Vargas 2009

Así, en este modelo, la satisfacción de la calidad tiene insumos tales como los variados aspectos o cualidades del servicio, el índice de precios (contemplado en dimensiones como el precio comparado con la calidad, con el precio de otras organizaciones y comparado con las

expectativas) y el manejo de quejas. Estos insumos influirán sobre la satisfacción la cual a su vez determinará la imagen de la organización, la afectividad o apego del usuario a la organización (es decir el sentirse parte de la organización, la identificación con las metas de la institución y el sentir que hay reciprocidad en la relación) y la dimensión cognitiva hacia la organización (estimada por el costo-beneficio comparado con otros servicios del mercado, por la pérdida económica causada si la relación con la institución se pierde y por las ventajas ya probadas contra otras instituciones). La variable final será la confianza y lealtad del usuario, por lo que la satisfacción es sólo un mediador. Los modelos europeos de índices de satisfacción del usuario han girado hacia variables mercadológicas a fin de medir no sólo calidad percibida sino sobre todo tasas de confianza y de lealtad para así de determinar si un servicio seguirá siendo utilizado.

Sin embargo, también se han hecho estudios con metodologías mixtas o abiertamente cualitativas a fin de tener criterios más amplios. Una de las investigaciones españolas con métodos mixtos es la realizada por Rafael Lledó Rodríguez (2000) en un hospital barcelonés. Dicha investigación consta de una fase cualitativa y otra cuantitativa. En la primera fase, cualitativa, se determinan mediante la técnica de los grupos focales o de discusión los aspectos que van a ser evaluados. A partir de la información recogida, se edita un cuestionario compuesto por 7 preguntas de filiación y 31 preguntas con escala de respuesta tipo Likert. En la segunda fase, cuantitativa, se miden para cada grupo diagnóstico, las expectativas prehospitales y la calidad percibida al alta, estableciéndose la diferencia entre ambos valores. El valor de esta investigación radica en que presenta de manera equilibrada una valoración cualitativa y establece una comparación entre expectativas y calidad percibida.

2.4.5 Propuestas de rediseño de ciudad por cuestiones de salud de los adultos mayores

En los países europeos existe ya un plan de acciones para mejorar la habitabilidad de las ciudades. Partiendo de los servicios médicos que otorgan los sistemas sanitarios, podemos señalar que, de manera inmediata, están preocupados por garantizar condiciones óptimas de habitabilidad de la vivienda una vez que el adulto mayor está en su domicilio. Así por ejemplo, en el esquema de atención tanto inglés como español se otorga ayuda al adulto mayor a fin de adaptar su casa instalando rampas, regadera o elevador. También se otorgan fondos para hacer adaptaciones por discapacidad o para hacer reparaciones o mejoras a la casa (comúnmente vía préstamo para renovación). Otra de las acciones consiste en brindar ayuda para calentar o aislar la casa a través del esquema de Hogar con uso de energía eficiente. Y si finalmente la casa es inhabitable, el apoyo es para la mudanza a otro tipo de vivienda, esto puede ser:

- Una vivienda más apropiada (con adaptaciones).
- Una casa con apoyo.
- Una casa de asistencia o de cuidados de enfermería

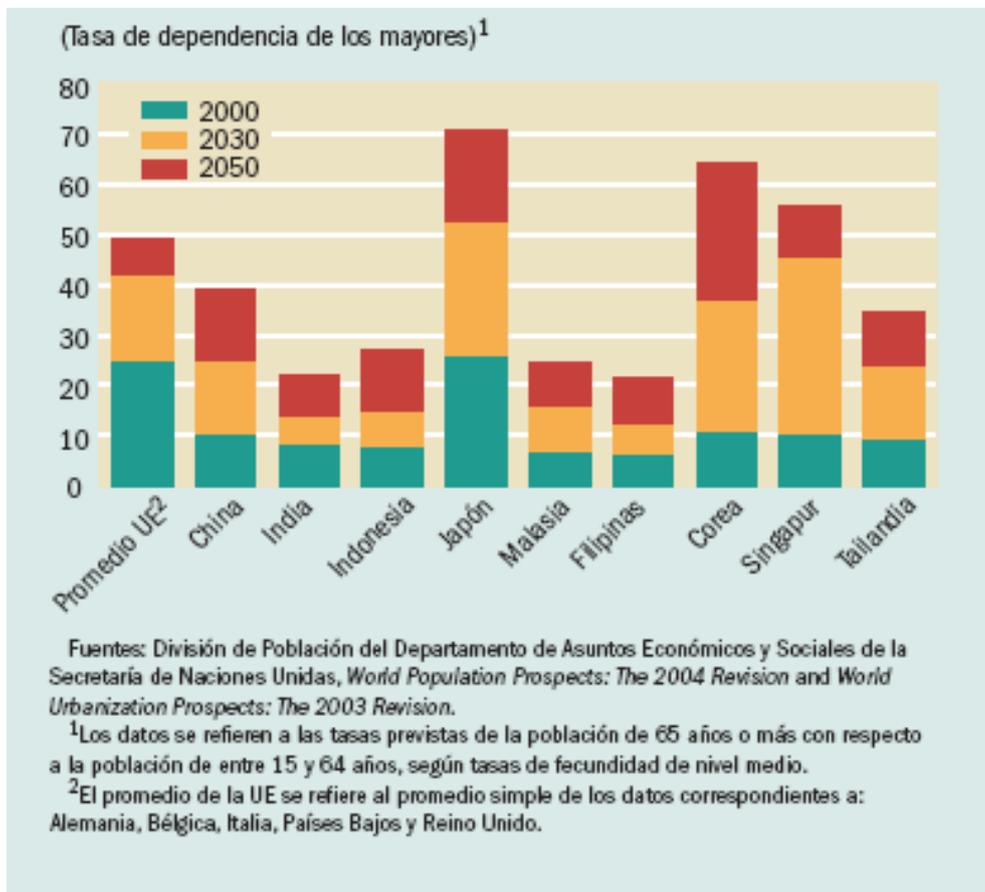
Ya a nivel de la ciudad, los países europeos también se han preocupado por rediseñar la ciudad a fin de que las necesidades de circulación, habitación y recreación de adultos mayores puedan efectuarse de manera ágil. Hasta el momento parece ser que los avances han caído más en el aspecto institucional, es decir estableciendo marcos legislativos sobre planeación urbana, y no en el aspecto de la morfología. Mitchell (2001) señala que las nuevas tecnologías de las telecomunicaciones establecerán nuevas maneras de funcionamiento urbano. En este sentido, las

modificaciones a la ciudad se realizarán siguiendo dos básicas: las necesidades del mercado y las características poblacionales.

2.5 Calidad del Sistema de salud en Asia (Japón y China)

Asia, al igual que Europa, es pionera en la teorización e implementación de la calidad en sus economías. También siguen a los europeos en el envejecimiento de su población y probablemente en las siguientes décadas la superen. La gráfica 2.7 muestra esta situación, por lo que es previsible que sea en el continente asiático donde se den acciones importantes tanto de apoyo sanitario específico para los adultos mayores como de rediseños de ciudad, en lo físico y en lo institucional, a fin de lograr mejor habitabilidad para las poblaciones ancianas.

Grafico 2.7 Envejecimiento en el Continente Asiático



Hablando de naciones específicas, el sistema de salud japonés está organizado con base en un seguro universal que provee servicios a toda la población. El sistema se financia con impuestos sobre la nómina salarial (empleados y empleadores), con aportes del propio estado y con los

ingresos provenientes del copago que realizan los beneficiarios del seguro de salud. Adicionalmente, el estado subsidia la cobertura de salud de los individuos de menores ingresos y los desempleados. La atención de la salud se provee a través de 94.000 clínicas y 9.240 hospitales (Tarragona, 2005). La población puede elegir libremente donde recibir atención y la mayor parte de las consultas de primer nivel se realizan en las clínicas y hospitales sin internación. Los costos del sistema hospitalario como los costos en que incurren los efectores del primer nivel de atención (incluidos los medicamentos) son parcialmente reembolsados por los fondos provenientes del seguro de salud y el resto se financia a través del pago que realizan los pacientes (copago). Debido al importante crecimiento del gasto en salud y la imposibilidad de cubrirlos con los aportes y contribuciones, el estado nacional ha venido incrementando los montos de copago sistemáticamente desde los 90, hasta alinearse con los estándares internacionales cercanos a un promedio del 30%..

El sistema japonés permite que tanto hospitales como médicos sean quienes realizan la prescripción y al mismo tiempo la venta de los medicamentos a los pacientes. Este mecanismo de doble función estaba alentado por la existencia de lo que se denomina “yakkasa” que es la diferencia que existe entre el precio de mercado con descuentos y el precio del reembolso de una droga particular. Los índices previamente altos del “yakkasa” animaron a instituciones médicas a solicitar cada vez más descuentos, permitiéndoles beneficiarse crecientemente de las ventas de medicamentos (Tarragona, 2005).

En China, por otra parte, el sistema sanitario tiene características que están ligadas a su sistema económico. El extraordinario crecimiento de los últimos tiempos se ha acelerado a un ritmo del 10% anual en el último trienio. Las reservas internacionales crecen rápidamente y ya alcanzan US\$ 850,000 millones (38% de su PBI). Su economía es la cuarta a nivel mundial y cada vez tiene más peso a través del comercio y de sus excedentes financieros. No es sorpresa entonces que la economía china merezca una atención especial de las potencias industriales las cuales le han presionado para que cambie su estrategia económica (Heller, 2006). Cabe cuestionarse ¿En qué consisten y cómo se explican esas presiones?. ¿Serían positivas para el crecimiento chino y el crecimiento mundial? (Hadad,1974;)

Las críticas de las potencias mundiales hacia China van más allá del tema cambiario y se suma ahora una recomendación más ambiciosa: que cambie su estrategia económica. Desde 2006, diversos analistas piensan que la mejor contribución que China podría hacer para arreglar los desequilibrios mundiales es aumentar su consumo reduciendo el ahorro preventivo. El problema chino, según analistas del FMI es que este país tiene un problema poco común: un nivel de ahorro excesivo. (Fishman, 2006)

El diagnóstico es que los chinos ahorran excesivamente porque no tienen un sistema de seguridad social que los proteja de la enfermedad y la vejez y porque tienen un acceso limitado a los seguros y al crédito bancario. Para esta visión existe una falla institucional que se corrige desarrollando en China el Estado Benefactor: gastando más en Educación, Salud y Previsión Social, privatizando la banca estatal y desarrollando el mercado de capitales. La idea es que si los chinos no tuvieran que prever por su salud y su vejez y tuvieran un fácil acceso al crédito, se preocuparían menos por sus contingencias futuras y consumirían más. La revaluación de la moneda local sería un instrumento más de la nueva estrategia que al modificar los precios relativos, facilitaría el cambio hacia una economía con más consumo y menos inversiones y exportaciones (Fishman, 2006).

Esta situación en realidad tiene raíces históricas. En la China de partido único, el desamparo en materia de salud que enfrentan muchas familias está alcanzando niveles dramáticos. Según cifras del Economist, en China, 90% de la población rural y 60% de la población urbana carece de seguro de salud. Esto a pesar que el gobierno, había construido un sistema de salud financiado con recursos gubernamentales, comunitarios y familiares, y operado por los famosos “médicos descalzos”, que le garantizaba atención básica a la salud a más de 90% de la población. Gracias a este sistema, entre 1952 y 1982 China redujo su mortalidad infantil de 250 a 40 por 1 000 nacidos vivos y la prevalencia de paludismo de 5.5 a 0.3% de la población, y aumentó su esperanza de vida de 35 a 68 años (Heller, 2006).

En 1979 inició en China una profunda reforma económica que implicó la sustitución de una economía centralizada por una economía de mercado. Los resultados de esta reforma son por todos conocidos: tasas de crecimiento anual de 9.7% en los últimos 20 años e incrementos del ingreso per cápita de 6.1% al año entre 1980 y 1993. Pero no todo fue miel sobre hojuelas. Antes de las reformas económicas, las unidades de salud (consultorios, centros de salud y hospitales de condados en el área rural, y consultorios, centros de salud y hospitales de distrito en las áreas urbanas) se financiaban sobre todo con recursos públicos, que eran complementados con pagos de pacientes y recursos comunitarios (OMS, 1984) . Después de las reformas, el gobierno limitó su participación en el financiamiento al pago de los salarios y algunas inversiones, que ahora cubren sólo 20 a 25% de los gastos hospitalarios.

Las unidades de salud se han visto obligadas a exigirles a sus pacientes el pago de la mayor parte de sus intervenciones, a pesar de que sólo 25% de la población cuenta con seguro de salud. El gobierno también redujo el presupuesto para vacunación y ahora los pacientes deben pagar también por este tipo de servicio preventivo. China, por cierto, es el único país en el mundo que cobra por vacunar. Las consecuencias de estas decisiones no se han hecho esperar.

Hoy un número considerable de comunidades rurales no cuenta con acceso a atención a la salud y cuando cuentan con él, los costos de la atención superan con mucho la capacidad de pago de las familias, sobre todo del campo, que con frecuencia se ven obligadas a pedir prestado o vender sus activos familiares para cubrir sus necesidades de salud. Algunos padecimientos ya controlados han reaparecido, de manera notable la tuberculosis, la hepatitis B y el sarampión. Y junto a estas enfermedades emergentes el SIDA está haciendo estragos. Se calcula que en el momento actual hay por lo menos un millón de VIH positivos, cifra que podría incrementarse a 10 millones a finales de la década, según la Organización Mundial de la Salud. En la zona occidental de China la situación es tan crítica que hay quien asegura que se están presentando descensos en la esperanza de vida (Heller, 2006)..

En fechas recientes se anunciaron reformas que buscan establecer un sistema de cooperativas médicas que el próximo año beneficiaría a 10% de los chinos y en el 2010 a la totalidad de la población. Los gobernantes habían discutido hallazgos similares hace algunos años y habían llegado a las siguientes muy interesantes conclusiones:

- El desarrollo económico no necesariamente se traduce en mejor salud y mejor atención a la salud para todos. De hecho, puede incrementar las desigualdades en el estado nutricional, la salud y la atención de la salud entre pobres y ricos.

- Un sistema de salud financiado con pagos de bolsillo puede producir una inflación acelerada, erigir barreras al acceso a la atención a la salud para las familias de bajos ingresos y producir pobreza.
- Cuando un gobierno promueve el crecimiento económico debe diseñar al mismo tiempo medidas para garantizar el adecuado desarrollo de su sistema de salud.

Esta situación deja ver el porqué en los criterios de competitividad y combate a la pobreza, en los últimos años se han estado incluyendo variables de salubridad.

2.5.1 Programas de atención geriátrica

China y Japón presentan diferencias notables en sus programas de atención a los adultos mayores. Mientras que China carece de tales programas, y por lo cual hay una alarmante cantidad de ancianos sin atención médica, en Japón existe un sistema de salud que se ha preocupado por ellos desde ya hace varias década. En efecto, ante el envejecimiento acelerado de la sociedad Japonesa, los servicios médicos del país han implementado acciones de apoyo a estas poblaciones vulnerables. Las medidas de asistencia social para beneficio de los ancianos se llevan a cabo en base a la Ley de Servicio de Asistencia Social, promulgada en 1963. También, son relevantes para mantener y proteger la salud física y mental de los ancianos las cláusulas contenidas en la Ley de Salud y Servicios Médicos para Ancianos promulgada en 1982. Las medidas de asistencia social en beneficio de los ancianos, junto con las que benefician a los niños y discapacitados las aplican, principalmente, los gobiernos locales y las oficinas de asistencia social.

A fin de ofrecer una asistencia y asesoramiento relevantes, se emplean a trabajadores sociales acreditados que poseen conocimientos y habilidades especiales. Con ellos colaboran los voluntarios comisionados que procuran adquirir un conocimiento preciso de la situación de los ancianos en sus áreas geográficas y que ayudan a las oficinas de asistencia social locales en su trabajo. Las instalaciones para ancianos necesitados de cuidados especiales cuentan con centros de servicio diurno, asilos de ancianos para población abierta y especial y casas de convivencia en grupo para ancianos con demencia (MREJ, 2007).

Para hacer frente al problema del envejecimiento de la sociedad en el siglo XXI, el Gobierno japonés instituyó en 1989 la Estrategia de Diez Años para la Promoción del Cuidado de la Salud y la Asistencia Social para Ancianos (conocido comúnmente como Plan de Oro). Este plan fue revisado en 1994 y recibió el nombre de Nuevo Plan de Oro. El Nuevo Plan de Oro introdujo varias mejoras en el año fiscal 1999, entre ellas, el incremento del número de asistentes a domicilio para ancianos, mejoras en la capacidad de las instalaciones de corta estancia con objeto de acogerlos para periodos de descanso y cuidados especiales, la oferta de servicios diurnos (incluidos comidas y ejercicio físico) en los centros de servicio de día, y la ampliación de los servicios a domicilio, tales como visitas de médicos y enfermeras que proporcionan cuidados y consejos especiales sobre ejercicios físicos para recuperar funciones físicas deterioradas (MREJ, 2007).

En diciembre de 1997 fueron aprobados por la el Consejo de Salud (llamado Dieta) tres proyectos de ley para la creación de un sistema de seguro para el cuidado a largo plazo de los ancianos y el nuevo sistema entró en vigor en abril de 2000. Desde entonces el uso de la mayoría de las instalaciones y servicios arriba mencionados ha corrido a cargo del sistema de seguro para

el cuidado a largo plazo. En 2000 se introdujo otro nuevo plan, conocido como Plan de Oro 21. Los principios y las medidas de este plan (MREJ, 2007) se reseñan a continuación:

a) Principios

- Orientado al usuario, por lo que se suministran servicios de alta calidad para ancianos.
- Universalidad, por lo que se otorgan servicios esenciales a quienes necesitan apoyo.
- Servicios comprensivos, por lo que se ofrecen servicios comprensivos según las necesidades diversas de los ancianos (que incluyen la asistencia médica, tratamiento médico y servicio en casa).
- Regionalización, por lo que se brindan servicios dentro de la comunidad local.

b) Las medidas específicas contempladas en este plan son:

- Mejora de las bases de los servicios de cuidado a largo plazo,
- Promoción de medidas de apoyo para ancianos seniles,
- Promoción de medidas para la revitalización de ancianos,
- Desarrollo de un sistema de apoyo en las comunidades,
- Desarrollo de servicios de ayuda a largo plazo que protejan a los usuarios y en los que puedan confiar éstos, y
- Establecimiento de una fundación social de apoyo a la salud y el bienestar del anciano.

Particular atención queremos poner en el programa de servicios de cuidados a largo plazo. El Sistema de Seguro de Cuidado a Largo Plazo suministra apoyo social de cuidado a largo plazo para el anciano, cuya finalidad es de mantener una vida digna, y tener una vida autosuficiente a través del programa del gobierno. El sistema de seguro de cuidado a largo plazo consiste en lograr:

1. Alcance de la gente asegurada. Las personas de 40 años y mas son divididos en dos categorías: primario aquellos de 65 años en adelante y secundario de 40 a 64 años. El primario requieren apoyo para algunas actividades diarias; y el secundario los asegurados reciben servicios cuando su condición requiere de cuidado o apoyo debido a alguna enfermedad como cerebrovascular (seleccionaron 15 enfermedades específicas).
2. Acceso al servicio de cuidado a largo plazo. Se realiza una investigación de la condición física y mental para decidir si el asegurado debe ser certificado para requerir del cuidado a largo plazo o apoyo. Si el asegurado es certificado el municipio brinda servicios como cuidado en casa, y otros a largo plazo.
3. Se requiere que los usuarios lleven el 10% del coste de servicio para el cuidado a largo plazo.

2.5.2 Programas y Estudios de calidad percibida en atención médica de adultos mayores

Aunque en Japón se han dado importantes formulaciones de medición de la calidad, consideramos que la propuesta de Noriaki Kano referente a la satisfacción del usuario es relevante para los fines del estudio presente. Este modelo parte de la reflexión acerca de las

necesidades de quienes usan servicios (Kano, 2000). En la figura 2.8 presentamos la propuesta del autor japonés acerca del Modelo de Valor del usuario .

Figura 2.8 Pirámide de Kano: Un modelo de valor del Usuario



Fuente: Palacios y Vargas, 2009

Según este modelo, conforme un usuario empieza a cambiar de un nivel a otro en la pirámide, sus necesidades también cambian, sus expectativas se vuelven más exigentes y las valoraciones y percepciones se vuelven más críticas y decisivas. Kano es lo que describe en su pirámide: todos los usuarios incrementan sus expectativas de un servicio, desde lo básico hasta lo sorprendente. Son muchos los factores que pueden incidir en el ascenso o descenso de los niveles de la pirámide: cambios en el nivel del ingreso, contacto con otros servicios, experiencias anteriores, complacencia o no de quejas, perfil del servicio entre otros (Kano, 2000). Así, la medición de la calidad percibida en salud debe de considerar en qué nivel de la pirámide se encuentra el usuario de los servicios médico. Desde este punto de vista, y según su pirámide, no basta con satisfacer al usuario: dependiendo de sus necesidades y expectativas, la calidad deberá llegar hasta lo sorprendente o lo no esperado. Así, según Noriaki Kano, en el ámbito de la atención a la salud, existen tres categorías de mejora de la calidad:

- Mejoras tipo 1: La reducción de errores. Por ejemplo, el caso más claro es una infección nosocomial que podía haberse prevenido.
- Mejoras tipo 2: reducciones de coste que mantienen o mejoran la experiencia del cliente a quien estamos prestando el servicio. Por ejemplo, si se es un paciente y el hospital hace un análisis, que luego se extravía. En ese caso, al paciente tiene que volver a practicársele el análisis. Pierde el paciente (a quien hay que volver a practicarle el análisis) y pierde la institución (que suma a sus costes, dos análisis en vez de uno).

- Mejoras tipo 3: introducción de nuevas tecnologías técnicas o productos. Habitualmente, estas mejoras tienen un coste superior que la alternativa ya existente (y en muchos casos no está comprobado que supongan ninguna mejora terapéutica)

En resumen, la calidad se relaciona con la disminución de errores, con el avanzar en la escala de necesidades y expectativas hasta llegar a lo sorprendente, por lo que la calidad percibida está asociada con el avance en las escalas de la pirámide.

2.5.5 Propuestas de mejoras de habitabilidad de la ciudad a partir de la calidad percibida

Al parecer no existen aún estrategias a fin de mejorar la habitabilidad de las ciudades en oriente. La gran complicación de esta situación es que Asia en unas décadas se convertirá en el continente de mayor cantidad de ancianos en el mundo. Las ciudades por tanto deberán sufrir adaptaciones y modificaciones para albergar a la creciente población de adultos mayores longevos. Estas acciones deberán de potenciar la habitabilidad urbana. En la actualidad las ciudades en Japón y China se caracterizan por su concentración, por ser grandes suburbios y por la tugurización. Las modificaciones deberán de girar en torno a promover espacios para circulación peatonal, casas de reposo y espacios de diversión y esparcimiento para la tercera edad. De igual manera, deberá de modificarse el enfoque del turismo y de la recreación (López y Bautista, 2004).

2.6 Calidad de Sistemas de salud en América Latina

La América Latina del siglo XX presenció revoluciones políticas que la marcaron definitivamente: se establecieron dictaduras militares o civiles que después de largo tiempo dieron paso a procesos de democratización y aperturas comerciales que han devastado sus economías. En cuanto a sus sistemas de salud, (en países como Argentina, Brasil, Chile, México y Colombia) se vieron a mitad de siglo la erección de grandes complejos sanitarios sostenidos por medios federales y en el contexto de fuertes Estados de Bienestar (Martínez Palomo, 1995). Posteriormente, ya en los noventa y en pleno auge de la era neoliberal, estas tendencias keynesianas serán golpeadas hasta lograr un adelgazamiento importante de los estados populistas y una paralela ofensiva a los servicios públicos de salud y de educación (Guillén Romo, 2005; Rivera, 2000, Suárez y Pescetto, 2005)

Dichas ofensivas fueron recomendadas por organismos financieros mundiales e incluso por órganos internacionales de salud y se materializaron en reformas a los sistemas de seguridad social, afectando principalmente a la salud pública y a los regímenes de pensiones. Según señala Brachet-Márquez (2007) , las premisas que justifican las reformas sociales latinoamericanas en la época de los noventa son las siguientes:

1. La descentralización por sí misma mejorará el desempeño en los servicios de salud al permitir el empoderamiento local, y de allí mayor capacidad de responder a las demandas de los usuarios.
2. Los problemas de los sistemas de salud en la región son atribuibles a su ineficiencia y a su mala organización.
3. Hay escasez absoluta de recursos para la salud y para la seguridad social.

4. El cálculo costo beneficio en términos de AVISA (Años de vida saludable, el cual es un criterio del Banco Mundial) es el más adecuado por ser el más eficaz en aligerar el peso de la enfermedad en la población.
5. Las reformas mejorarán la equidad.
6. La oposición a las reformas son ilegítimas y van contra la modernidad.

Así pues, dadas estas premisas y en la perspectiva de los gobiernos nacionales, las únicas acciones que podían mejorar los sistemas de salud pasaban por la reducción presupuestaria, el darle mayor participación al sector privado, liberar los mercados de la salud y promover la competitividad en las instituciones públicas donde los criterios y mecanismos de medición de la calidad eran fundamentales.

2.6.1 Papel de la Calidad en los sistemas nacionales de salud

La mayoría de los sistemas sanitarios en América Latina tiene órganos que promueven y certifican la calidad de instituciones de salud. Al respecto, aunque no fue una condición ni un lineamiento impuesto por órganos internacionales, las reformas a los países latinoamericanos en los noventa tenía como objetivo incrementar la calidad, por ello se establecieron en una buena cantidad de países del continente la vigilancia de la calidad y la certificación de organismos del sector público (Ruelas, 1995). A continuación, presentamos algunos casos donde las autoridades nacionales han establecido dentro de sus complejos sanitarios espacios de seguimiento a la calidad de los servicios médicos.

De las instituciones latinoamericanas más renombradas tenemos:

- a) SICALIDAD (Sistema Integral de calidad, programa dependiente de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud o DGCES) México.
- b) ONA (Organización Nacional de Acreditación) Brasil.
- c) Sistema Nacional de Evaluación Externa (programa dependiente de la Dirección de calidad en Servicios de Salud y complementario al Programa Nacional de Garantía de Atención Médica). Argentina.
- d) Comisión Nacional de la calidad en salud. Chile
- e) SOGC (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad) Colombia (Rojas, 2003; Rodríguez Orejuela, 2003)
- f) Garantía del Sistema de calidad del sector salud. Nicaragua
- g) Unidad de Calidad del Ministerio de salud. Panamá

Y aunque ciertamente hay países que no cuentan con iniciativas nacionales de seguimiento a la calidad (como los casos de Perú o Uruguay), todos ellos asumen esta ausencia como una carencia importante para mejorar sus sistemas de salud pública.

2.6.2 Programas de atención geriátrica

Al igual que todo el mundo, América Latina envejece de manera acelerada. Por ello los sistemas de salud de varios países latinoamericanos han establecido, con énfasis en este nuevo siglo, programas de atención a los adultos mayores. En este apartado analizaremos los casos de Argentina, Cuba y México.

Desde hace ya casi 60 años, más precisamente en la segunda mitad de la década de los 40, era inexistente en el mundo algún organismo oficial que se ocupara de la temática de los ancianos. Por ello, uno de los méritos de las autoridades argentinas fue crear en 1948 "Los derechos de la ancianidad" (Gazzotti, 2006), con lo cual se convirtió en el país pionero en llevar al concierto de las naciones, la preocupación por este grupo. Tales derechos los enunciaron de la siguiente manera: Derecho a la asistencia; derecho a la vivienda; derecho a la alimentación; derecho al vestido; derecho al cuidado de la salud física; derecho al cuidado de la salud moral; derecho al esparcimiento; derecho al trabajo; derecho a la tranquilidad; derecho al respeto.

Fue, entonces, en el contexto de esta iniciativa que en 1951 se creó la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria (SAGG) y posteriormente se crearon las unidades de Geriatria en algunos hospitales municipales.; en 1971 se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y pensionados (PAMI), obra social específica y única para las personas de la tercera edad. Finalmente se formula en el 2004 el Plan Gerontológico Nacional con lo cual se consolida el apoyo a los ancianos (Redondeo 2003) . Dicho plan establece los siguientes puntos:

1. Realizar la promoción de la salud y la prevención primaria de la enfermedad (física y mental).
2. Garantizar la prevención secundaria asistencial y la prevención terciaria rehabilitadora (física y mental).
3. Garantizar la atención primaria de la salud física y mental.
4. Garantizar la adecuada atención especializada.
5. Propiciar la permanencia en su domicilio de las personas mayores enfermas, a través de programas de adecuada atención en el mismo, y reducir la institucionalización.
6. Integrar y coordinar los servicios sanitarios entre sí y con los servicios sociales, jurídicos, del hábitat, y de la economía, para lograr una visión holística del envejecimiento.
7. Fomentar el ejercicio físico en los mayores.
8. Realizar la atención integral del anciano con enfermedad terminal

El Plan Gerontológico Nacional intenta apoyar al anciano con metodologías preventivas y curativas, en el ámbito psicológico y biomédico. Parte de la consideración de que la asistencia para los ancianos no es necesariamente cara, sino que lo que encarece la prestación, son los recursos desaprovechados al no considerar criterios que la hagan racional y poder ofrecer eficacia, eficiencia, efectividad y equidad. Es por esto que se ha caído en las sobreprestaciones, los gastos innecesarios, las hospitalizaciones prolongadas (a veces por causas sociales), la invalidez no rehabilitada, entre otras.

El Plan se propone también preservar lo más valioso para un anciano: su autonomía. Considera, así, que los ancianos tienen distintos niveles de autonomía, y que el plan debe adaptar sus objetivos a esos niveles. De esta manera, existen ancianos totalmente independientes que viven en sus hogares y son o no socios de algún club. En este caso el objetivo es mantener la actividad física que ya existió. Por otro lado es preciso agrupar a los ancianos, buscando a través de estas estructuras romper el aislamiento; mediante las actividades físicas se pueden difundir las nociones de relación, comunicación, juego o placer. Otro problema de la pérdida de autonomía ocurre cuando los impedimentos físicos y psíquicos ganan terreno por lo que los ancianos al no poder salir, acuden a los auxiliares domiciliarios, enfermeras o kinesiólogos tratando de recuperar parte de la autonomía perdida. Finalmente, el último paso es el ingreso a una institución.

En el caso cubano, importa señalar la formación de sus *Equipos Multidisciplinarios de Atención Gerontológica* (EMAG) los cuales, a diferencia de otros países del mundo, han tenido éxito en la atención primaria a la salud en la vejez (Suárez y Pescetto, 2005). Estos equipos tienen la característica de que están formados por profesionales de la salud (no necesariamente médicos) así como por familiares, lo cual le otorga a la comunidad un papel importante en la toma de decisiones de todo el proceso de atención. Esto implica que los EMAG tienen funciones gerenciales, asistenciales, docentes, de investigación y de evaluación y control en los ámbitos del modelo unificador (es decir, de la estructura, el proceso y los resultados).

Es precisamente a partir de las 5 funciones de lo EMAG que estos equipos pueden incidir de manera radical en la mejora de la salud de los ancianos. Asimismo, es dable reconocer que el Estado cubano, a partir de sus metodologías comunitarias en cuestiones de salud geriátrica, ha podido hacer de su sistema sanitario un espacio de participación ciudadana que permite que las posibles mejoras que se pretendan hacer de mejoras a la habitabilidad urbana puedan generarse sin conflicto social.

En el caso de México, al igual que en otros países como Chile que cuenta con su Secretaría de la Tercera Edad, se estableció desde años atrás una institución de apoyo a los ancianos. Durante años conocido como INSEN, el hoy INAPAM tiene como objetivo la promoción de un envejecimiento activo, saludable y participativo del a dinámica social. Sin embargo, para efectos de atención médica, los ancianos deben de enfrentarse a un sistema de salud dividido: existe el IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud, Fuerzas Armadas. Esto lleva a considerar que no existe una estrategia nacional de apoyo a la tercera edad, por lo que cada institución tendrá sus métodos de abordaje a la problemática sanitaria del adulto mayor (Ramírez Sánchez, 1998).

En particular quisiéramos hacer mención a la estrategia del IMSS por ser esta la que consideramos más completa. Los principios con los cuales el IMSS atiende el problema son la universalidad, suficiencia, uniformidad y solidaridad (Gomez Dantés y colaboradores, 2004) . respecto a los servicios que se otorgan, es de notar los servicios deambulatorios, servicios hospitalarios, atención a la discapacidad y atención a la mortalidad.

2.6.3 Programas y Estudios de calidad percibida en atención médica de adultos mayores

A fin de centrarnos en el caso mexicano, y dado que en el primer capítulo ya se explicó el sistema de medición de calidad percibida según la metodología de Aguirre Gas, en este capítulo proponemos desarrollar el Índice Mexicano de Satisfacción al Usuario (IMSU) tanto en su versión del sector público como en el sector privado. De manera general el IMSU sigue los modelos ya vistos de los ACSI, ECSI, etc. Las variantes que propone se orientan a :

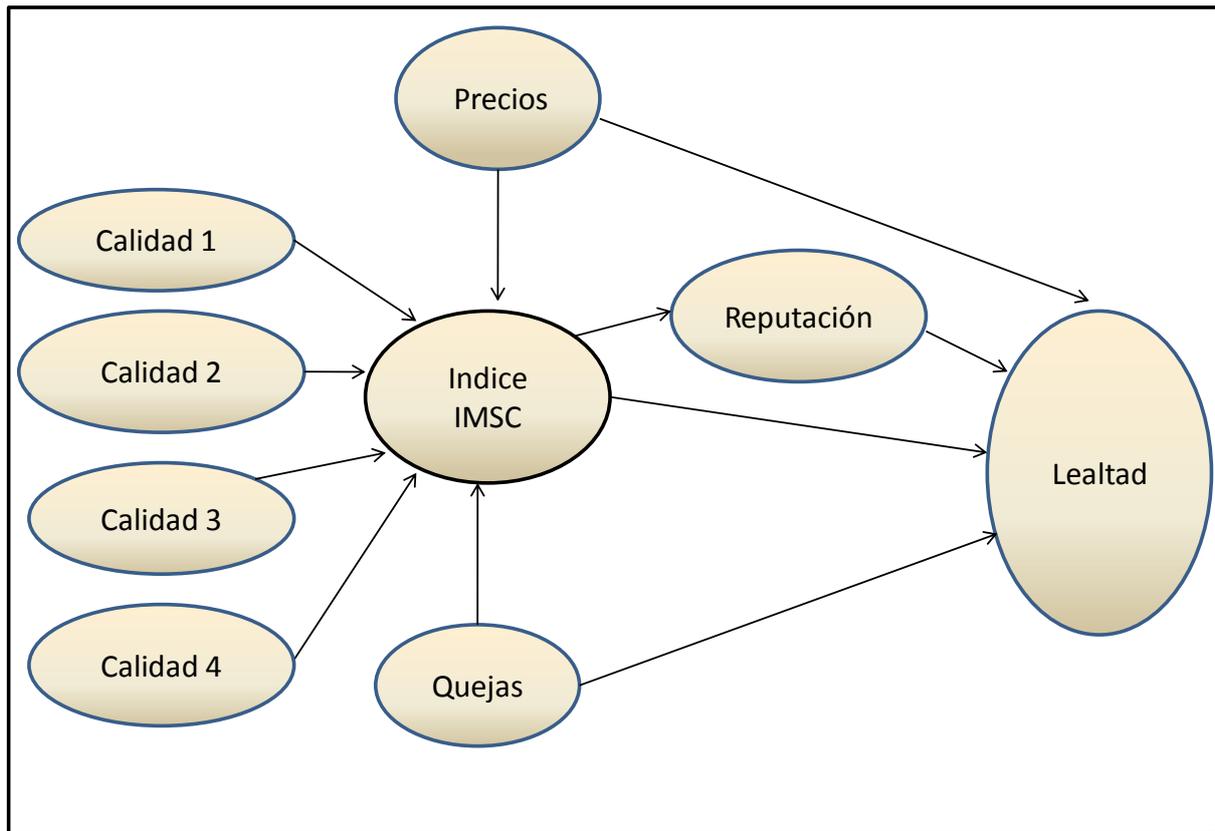
- Eliminar la tautología entre valor percibido y calidad percibida. Para ello el índice de precios reemplaza al valor percibido de la calidad.
- El precio del servicio o producto se postula como antecedente de la satisfacción y de la lealtad. En el sector público el precio se puede omitir.
- Se sustituye el constructo de las expectativas con la reputación; sin embargo, esta es una consecuencia y no una causa de la satisfacción.
- Potencialmente se incluye el manejo de quejas para aquellas corporaciones que hauan introducido un programa especialmente dedicado a atenderlas; sin embargo esta

dimensión se puede omitir del modelo si la organización todavía no incorpora el programa.

- Los antecedentes de la satisfacción lo constituyen todas las características de la calidad del producto, las cuales variarán dependiendo del tipo de sector económico del que se trate.

Los puntos anteriormente descritos se muestran en el cuadro 2.9

Figura 2.9 Índice Mexicano de Satisfacción al Usuario (IMSU) para el Sector Privado



Fuente: Palacios y Vargas, 2009:193

En la figura 2.9 es reconocible que la lealtad es la variable latente más importante y no solamente la satisfacción, ya que evalúa la posibilidad de que el usuario satisfecho utilice los servicios de nueva cuenta, lo que se traduce en mejores dividendos para las organizaciones. Las variables latentes del modelo son: Precios, satisfacción, reputación y lealtad.

En lo siguiente analizaremos la adaptación de este índice al sector público. Importa señalar que por las características de trazabilidad¹⁰ a nivel internacional, este índice se aplica, como parte de un movimiento internacional, a la administración pública del país. Este movimiento implica la creación de cartas de compromiso con el ciudadano como una tendencia de la gobernanza de las ciudades. En dichas cartas compromiso, el ciudadano evalúa varios aspectos:

- La oportunidad con la que se ofrecen los servicios.
- La amabilidad o calidad de trato con la que el usuario es atendido
- La transparencia del servicio o en otros términos, se refiere a limitar el servicio para lo que fue diseñado y que el usuario conozca el alcance y el tiempo en el que se ofrece.
- La confiabilidad o grado de confianza que el usuario tiene en el servicio prestado.
- La honestidad, sobre todo en el caso en que se involucre un pago por recibir el servicio y se requiera comprobar y justificar pagos extras .

Importa señalar que dependiendo de cada carta compromiso, estas dimensiones pueden modificarse en el modelo propuesto en la figura 2.10. Como ya se había señalado, la variable precios se puede omitir si el servicio en cuestión es gratuito y la variable quejas también si no hay un departamento especializado en la dependencia pública. Así, vemos que las consecuencias de la satisfacción están definidas como reputación y lealtad/ confianza, dos variables latentes importantes porque es esencial verificar que la relación entre satisfacción y lealtad sea directa o indirecta vía reputación.

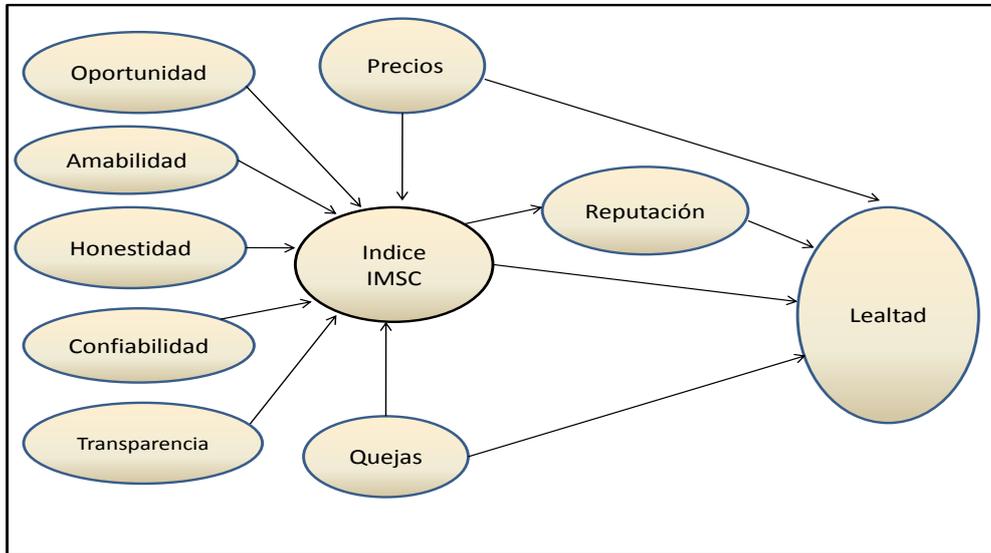
La finalidad es aplicar las encuestas del IMSU a los usuarios de los servicios públicos. A partir de ellas se genera una calificación (o índice de desempeño) para cada dimensión de la calidad (oportunidad, amabilidad, honestidad, confiabilidad y transparencia) y un índice de satisfacción y otro de confianza hacia la institución y se evalúa el impacto (coeficientes de sendero) que una cada una de las variables latentes del modelo. De esta manera se detectan las áreas de oportunidad, especialmente para las áreas con bajo desempeño y alto impacto en la satisfacción. Además, mientras más alto sea el índice de desempeño de satisfacción y confianza, mayor es la posibilidad de que la institución esté cumpliendo sus funciones de acuerdo con los estándares manifestados por los ciudadanos. Dichas evaluaciones deben ser periódicas a fin de dar tiempo suficiente para observar los efectos de los cambios propuestos. El tamaño de muestra de las encuestas efectivas es de aproximadamente entre 250 y 300 y se aplican a las personas que califican como usuarios del servicios que se va a evaluar. Para cada institución deben establecerse los criterios para determinar qué personas califican para la encuesta, que debe ser aplicada por una organización independiente.

Finalmente, importa señalar que el modelo contiene una variable latente relacionada con la satisfacción en el servicio la cual mide el impacto de las áreas específicas en la satisfacción; es decir, está pensada para generar un índice de desempeño a nivel agregado. El impacto de la satisfacción en la confianza a la institución puede evaluarse de manera directa o indirecta, vía

¹⁰ Se entiende por trazabilidad según la ISO (1995) “ La propiedad del resultado de una medida o del valor de un estándar donde este pueda estar relacionado con referencias especificadas, usualmente estándares nacionales o internacionales, a través de una cadena continua de comparaciones todas con incertidumbres especificadas”.

reputación de la institución. En la medida en que este impacto sea positivo y significativo, será un buen indicador de que los ciudadanos confían en su institución.

Figura 2.10 Índice Mexicano de Satisfacción al Usuario para el Sector Público



Fuente: Palacios y Vargas, 2009:193

Para resumir, podemos decir que el IMSU sirve para evaluar las cartas compromiso al ciudadano. Los indicadores de calidad en el servicio implican que cada carta compromiso puede proponer diferentes aspectos que se van a evaluar, según corresponda: oportunidad, amabilidad, honestidad, confiabilidad y transparencia. Otra modalidad de evaluación de Calidad Percibida en México es la que propone SICALIDAD (Sistema Integral de calidad). Este programa pertenece la Dirección General de Calidad y Educación en Salud o DGCEs. En su página ellos determinan que su objetivo es desarrollar las estrategias de forma integrada encaminadas a generar manifestaciones evidentes de trato digno y calidad efectiva, eficiente, ética y segura para los usuarios de los servicios de salud.

Como rubros esenciales de la promoción de la calidad percibida sugieren institucionalizar la calidad y colocarla en la agenda permanente del sistema de salud. Asimismo procuran garantizar la transparencia y avanzar en la modernización, incrementar la cultura de la participación ciudadana, la mejora continua basada en la información y la autonomía en la gestión.

2.6.4 Mejoras en la Habitabilidad de las ciudades

La habitabilidad de las ciudades es el sinónimo de su supervivencia como mecanismo de reproducción social. En efecto, sólo sobrevivirán las ciudades, si permiten que las comunidades sean capaces de recrearse. Para autores clásicos como Le Corbusier (1990), la habitabilidad de una ciudad está en la posibilidad de que una ciudad ofrezca oportunidades de habitar, transitar, trabajar y recrearse. Otras explicaciones sugieren que hay una línea conceptual entre la habitabilidad, la calidad de vida y la sustentabilidad. Este capítulo ha asumido como cierta esta

secuencia conceptual. En el caso latinoamericano y mexicano en lo particular los servicios de salud son elementos fundamentales que proveen de habitabilidad a las ciudades, pues permiten a las personas de cumplir con las funciones que hablaba la “Carta de Atenas”.

2.7 A modo de conclusión: calidad percibida y participación ciudadana, una simbiosis

La mirada hacia otras experiencias en los cuatro continentes, no sólo nos ilustra de las estrategias históricas que otras sociedades han implementado como respuestas organizadas para los problemas de salud en el grupo vulnerable de la tercera edad, también muestran que la calidad percibida puede ser un factor importante para efectos de las mejoras en la habitabilidad urbana. Estas mejoras en la habitabilidad pasan por la mejora en la accesibilidad física y cultural, la cobertura de los servicios, la mejor localización o el conservar entornos amigables entre otras virtudes del entorno urbano.

En el presente capítulo ha quedado claro que el fenómeno de la calidad (real o percibida) en los sistemas de salud involucra dimensiones sociales complejas. Una de estas dimensiones es la participación a nivel de gobiernos y a nivel de ciudadanía, en dimensiones locales y globales. Tal vez por ello, el problema de la salud y su gestión históricamente ha sido un punto que ha confrontado a las metrópolis y las periferias de la comunidad internacional. Es precisamente por esta confrontación que los organismos internacionales como la OMS, OPS, BID, OCDE o Banco Mundial entre otros . Han intentado no sólo arbitrar sino marcar líneas de comportamiento a los países. Líneas que, no obstante buscan el bien común, siempre tendrán el sello de los intereses económicos de los países desarrollados. Así, en términos de gobiernos, el esquema de la salud internacional y su evolución hacia la salud global, definieron que el problema sanitario podía ser enfocado como una manifestación de las relaciones de dependencia económica o política las cuales en los últimos años se han venido democratizando y enrolándose en la búsqueda de relaciones horizontales.

Por otro lado, a nivel de la ciudadanía, el problema de la calidad se enmarcó en la dualidad proveedor-cliente, es decir, como una relación económica donde la iniciativa privada estableció en todos los países sus criterios de medición de lo que es el buen servicio: de ahí que sus metodologías de satisfacción al cliente (que puede ser paciente o usuario en el caso de la salud) han empezado a ganar terreno en la gestión de los servicios públicos. Sin embargo, el fenómeno de la calidad percibida también nos abre a la reflexión de cómo, tanto en nuestro país como en otros países, es posible que se inserte el ciudadano en la gestión de los servicios de salud. Al respecto la estrategia en México de las cartas compromiso con el ciudadano pueden ser una luz al final del túnel, a fin de avanzar en una rendición de cuentas efectiva.

Con este capítulo completamos nuestro estado del arte en el asunto de la calidad. Así, en los siguientes aterrizaremos en propuestas metodológicas y fórmulas prácticas de análisis de un caso específico en una ciudad media del centro del país (Pachuca). En el próximo capítulo, y con base en los casos presentados en este segmento de la investigación, se establecerá entonces la metodología capaz de medir la calidad percibida (partiendo de la percepción de la salud por los ancianos y por las instituciones), entroncándola con la participación ciudadana a fin de proponer mejoras en la habitabilidad urbana de la zona seleccionada.

CAPÍTULO 3 EL ADULTO MAYOR COMO USUARIO DE SERVICIOS DE SALUD: LA CONSTRUCCIÓN METODOLÓGICA DE LA CALIDAD PERCIBIDA

Introducción

De acuerdo a algunas posturas filosóficas (San Martín, 2007), aunque la base de la percepción es un fenómeno biopsicológico, su consecuencia última es la interpretación. Es decir, la percepción es a la vez captación y preliminar autoexplicación de la realidad. Tal vez por ello el problema científico es un problema de percepción (Kuhn, 2006), lo concreto científico es a fin de cuentas un concreto pensado (Marx, 1987) y, en una visión posmoderna y ligada a la hegemonía de los valores sociales del mercado, lo real humano es siempre una realidad percibida (Sánchez, 2007).

En este sentido, el reto que afrontamos en esta investigación es la construcción de una metodología capaz de aprehender el fenómeno de la calidad percibida, sus determinantes, los factores que influyen en ella y su conexión con aspectos esenciales del urbanismo como la utilización de los servicios públicos, la accesibilidad y la participación ciudadana en la gestión de tales servicios.

En este capítulo se revisan los aspectos metodológicos más importantes de la investigación empírica que se presenta en el último capítulo, incluyendo algunos aspectos puntuales del trabajo de campo que se realizará en Pachuca en los primeros meses del 2010. El capítulo se divide en cuatro secciones. En la primera parte, se realiza una valoración de las metodologías líderes en calidad percibida de poblaciones jóvenes y ancianas de ciudades medias, sus fortalezas y debilidades así como la definición del enfoque que aquí adoptaremos.

La segunda parte es la más extensa y es también el meollo del capítulo. En ella se define el diseño de investigación, precisando al respecto las preguntas direccionales y no direccionales (tales preguntas son importantes porque se enlazan directamente con los principales objetivos de investigación) y las principales proposiciones de estudio; se revisan las fuentes de información más relevantes que se utilizarán y se realiza una descripción de los instrumentos a aplicar. Respecto a los instrumentos, dado que nuestra metodología es mixta, se anexan los cuestionarios y guías de entrevista. Particular mención merecen las guías de trabajo para los breves estudios de cobertura, accesibilidad y utilización como factores asociados que orientan la percepción de la calidad de servicios geriátricos y que influyen en la participación ciudadana. Asimismo se expone la planeación del trabajo de campo. Para ello, se plantea una breve noticia sobre las características de la zona en estudio, para después señalar la estrategia general del levantamiento definiendo la selección de unidades de estudio, las muestras y los informantes.

En la tercer parte se exponen las técnicas estadísticas y geográficas de presentación e interpretación de la información, para hacer por último una reflexión sobre el papel que juega la ideología en la investigación académica. Finalmente, en la cuarta parte y a manera de conclusión del capítulo, se hacen algunas reflexiones sobre la dualidad teoría-metodología y el tránsito de lo multidisciplinario a lo transdisciplinario como soporte del pensamiento científico del urbanismo (Baigorri 1995; Lefebvre 1975).

Debido a lo limitado del espacio, no se reportan aquí todos los detalles metodológicos involucrados en el análisis. Tampoco se pretende proponer esta metodología como una guía a seguir. Tan sólo intentamos ofrecer un panorama general de los principales aspectos técnicos y operativos que pueden ser útiles para este caso y para estudios posteriores sobre la misma temática. Sin embargo, siguiendo los consejos de expertos en el tema (Aguirre Gas, 2002; Garrocho, 1995;) se advierte lo limitado de cualquier propuesta metodológica; se somete a

prueba nuestra propuesta, se anima su discusión y se estimula analizar sus debilidades y fuentes de error; para que se consideren nuevas rutas de investigación, complementarias o divergentes a la que aquí se presenta.

3.1 Fortalezas y debilidades de las metodologías líderes en el tema. Un estudio comparativo.

Los estudios comparativos son útiles sobre todo cuando hay varias posturas alternativas respecto al abordaje de una problemática y por tanto es necesario tomar decisiones fundamentadas respecto a qué caminos a seguir (García Córdoba, 2005). Aunque lo cierto es que es más común encontrar análisis comparativos de teorías y casos, un comparativo metodológico puede arrojar luz sobre discusiones que se han entrampado.

A continuación se pondrán a valoración, y con el fin de justificar la metodología usada en el estudio de caso de esta tesis, algunas de las estrategias metodológicas vistas hasta el momento. En el primer capítulo se avanzó en la conceptualización y medición global de la calidad. En el segundo, en la satisfacción del cliente como contexto donde se desarrolla la calidad percibida y su aplicación en diversas experiencias nacionales. Así, con este arsenal creemos estar en posibilidad de explicar cuál es nuestra metodología de abordaje al fenómeno de la calidad percibida en servicios de salud en una ciudad media mexicana: Pachuca de Soto. Rescatamos de las propuestas ya planteadas el que la calidad percibida puede ser medida incluyendo los rubros de: los componentes involucrados, los actores consolidados, las herramientas estadísticas e instrumentos y el contexto teórico usado (ver capítulo primero pág. 52). Dichas propuestas, que pueden clasificarse como grandes orientaciones con tendencias mercadológicas, gubernamentales o académicas¹, se han tomado por su extensa utilización en las experiencias nacionales como ya fue presentado en el anterior capítulo. Tales propuestas son:

I Enfoque tendencialmente mercadológico

- a) SERVQHOS. Proviene de la familia de métodos inaugurados por SERVQUAL² y se retoma por ser el producto más elaborado para cuestiones de salud. Su enfoque es de mercado y se basa en los estudios que en los años ochentas realizaron Parasuraman y Berry (Foundation for accountability, 2003).
- b) IMCS el cual es un índice de calidad usado básicamente para el sector privado aunque tiene su versión para el sector público, por lo que puede decirse que es una metodología de transición (Palacios y Vargas, 2009).

II Enfoque tendencialmente gubernamental

- c) SICALIDAD, se retoma por ser la metodología oficial de las unidades médicas en México. Aunque cabe señalar que tiene criterios para el sector público y el privado. Cabe mencionar que su raíz está en el modelo unificador de Donabedian, del cual la escuela mexicana es tributaria (Aguirre Gas, 2002).
- d) El ICCA o Índice Comparativo de calidad de Atención, de Carlos Garrocho y el Colegio Mexiquense. Se rescata por su integralidad, por su aplicación a una ciudad media (Toluca, Estado de México) y por su alineación a finalidades de evaluar un organismo público.

¹ Se habla que son orientaciones pues todas las metodologías han sido usadas para atacar el problema de la economía privada, la economía pública o el problema académico.

² De la familia de metodologías SERVQUAL se han desprendido SERVQUAL, SERVQUAL FOR, RESORTQUAL, SERVOFFERT, SERVQHOS, SERVQHOS PLUS y variantes que día a día se hacen adaptando la metodología original a muy diversos objetos de estudio.

III El enfoque Académico

- e) DELPHI o Propuesta Etnográficas. Han sido en realidad las orientaciones antropológicas y sociológicas las que han abanderado las investigaciones con tendencias estrictamente académicas. La razón no es casual: su interés no es apoyar a ningún mercado ni a ningún gobierno. No buscan resolver sino sólo entender. En este sentido su visión es más fenomenológica que positivista o pragmática³. Por esto, su metodología tiende más al uso de estrategias cualitativas que cuantitativas (Brown, 2003; Ardilas,2006).

Así, visto como una matriz comparativa, la inclusión de rubros como componentes, actores, herramientas y contextos nos permitirán tener puntos de comparación entre las propuestas a valorar. En el cuadro 3.1 señalamos con más precisión las características de cada uno de los enfoques:

Cuadro 3.1 Comparación de metodologías de análisis en calidad percibida

Modelo	Componentes	Actores	Herramientas	Contexto Teórico- Metodológico e institucional
SERVQHOS	7 Rubros	Usuarios Predominantemente Privados y gubernamentales	Encuestas Datos Sociodemográficos Escalas de Lickert Ítems dicotómicos Preguntas abiertas	Estudios mercadológicos Adaptación de SERVQUAL a los sistemas sanitarios norteamericanos y canadienses Paradigma de Desconfirmación
IMSC	5 Rubros	Usuarios Predominantemente Privados	Encuestas Datos Sociodemográficos Escalas de Lickert Ítems dicotómicos Preguntas abiertas	Estudios mercadológicos Acreditación a un organismo de calidad Enfoques de sistemas Visión pragmática
SICALIDAD	5 Rubros	Usuarios Predominantemente Públicos	Encuestas Cuestionarios de desempeño Entrevistas a profundidad	Estudios de Sector Planes gubernamentales IMSS-ISSSTE Modelo Unificador
ICCA	11 Rubros	Usuarios Predominantemente Públicos	Comparación de grupos Análisis Multivariado Correlación simple ICCA	Investigación Doctoral Servicios Públicos pediátricos ZM de Toluca Coparticipación Colegio mexiquense gobierno del estado de México
DELPHI	10 Rubros	Usuarios y Proveedores Públicos y Privados	Hermenéutica Análisis del discurso experto Guías de observación Entrevista grupal Historias de vida	Universidad de Argentina Tesis Doctoral Proyecto: autogestión en servicios sanitarios para poblaciones vulnerables

Fuente: Elaboración propia

³ Se entiende por fenomenología, en el ámbito sociológico, aquella metodología que pretende explicar los fenómenos con independencia de sus posibles soluciones técnicas, aunque puede tener fuertes aplicaciones políticas. El enfoque positivista y pragmático es, por otro lado aquel que no necesariamente se enfoca a explicar sino a comprender para actuar. De ahí el supuesto choque entre estas visiones. (Giner Cood. 2003)

Del cuadro anterior lo primero que llama la atención son los rubros que se consideran, siendo esta una de las primeras diferencias entre las metodologías. El cuadro 3.2 muestra más a detalle cuáles son los rubros considerados por metodología:

CUADRO 3.2 Rubros considerados en las metodologías sobre calidad percibida

SERVQHOS	IMSC	SICALIDAD	ICCA	DELPHI
1) Accesibilidad 2) Cortesía 3) Comunicación 4) Competencias 5) Capacidad de respuesta 6) Seguridad 7) Tangibilidad	1) Oportunidad 2) Amabilidad 3) Honestidad 4) Confiabilidad 5) Transparencia	1) Trato 2) Tiempo de espera 3) Información 4) Confidencialidad 5) Confort 6) Participación ciudadana	1) Accesibilidad 2) Tiempo de espera para obtener ficha 3) Tiempo en la sala de espera 4) Comodidad en la sala de espera 5) Costo de consulta 6) Consulta y tratamiento 7) Efectividad 8) Revisión 9) Interés del Médico 10) Amabilidad del Médico 11) Explicación del médico	1) Oportunidad de la atención 2) Trato, 3) Competencia profesional, 4) Accesibilidad organizacional, 5) Individualización, 6) Efectividad, 7) disponibilidad, 8) Prontitud, 9) No discriminación en la atención, 10) Flexibilidad.

Fuente: Elaboración propia

Parece evidente que, dada la multidimensionalidad del fenómeno sanitario, mientras más aspectos se consideren la metodología tendrá más capacidad para reflejar la problemática. Sin embargo ello no es lineal. La multiplicidad de factores puede afectar el resultado si no es que sesgarlo del todo pues no todos los factores pesan del mismo modo. Así, la visión mercadológica (en SERVQHOS y IMSC) ha considerado un sinnúmero de factores pero todos ellos ligados al ámbito de la oferta-demanda-precio pero no referida a la participación. Este rubro es tal vez la principal debilidad para efectos de la investigación presente. Por otro lado SICALIDAD e ICCA por su liga con las preocupaciones gubernamentales dejan de lado también la organización y la participación comunitaria: es decir las preocupaciones del lado del usuario. En este sentido, sólo

las variables de DELPHI pueden dar respuesta a las variables de participación y organización, aunque son complementarias a aquellas que trabajan con prioridad las variables físicas (Lorenzo, 2001 y 2002).

Respecto al asunto de los actores, parece que la nueva oleada hospitalaria de centrar los servicios en el cliente (Secretaría de Salud, 2007a) hace que todas las metodologías retomen al usuario o cliente como punto esencial. Sin embargo no es el mismo peso que cada una le da. Particularmente el enfoque sistémico, basado en procesos toma en cuenta al proveedor pero no al usuario. En cuanto a las herramientas, los enfoques surgidos de necesidades mercadológicas y gubernamentales utilizan frecuentemente las técnicas cuantitativas. De allí su tendencia a la investigación basada en listas de Lickert, en encuestas de fácil tratamiento estadístico y en técnicas estadísticas como las medidas de tendencia central, la correlación estadística y otras técnicas ortodoxas de manejo de datos.

Por último, y en referencia al contexto teórico-metodológico e institucional cabe observar que con toda seguridad son los contextos los que le otorgan validez o limitaciones a las metodologías (Hernández Sampieri y cols, 2005; García Córdoba, 2005). Así, vemos que los modelos de orientación mercadológica se caracterizan por marcos teóricos de orden económico donde son centrales las variables de oferta, demanda y precio. Asimismo las instituciones que los llevan a cabo son empresas de estudios de mercado. Como ya se explicó en el capítulo primero y segundo, estos modelos tienen limitaciones serias pues retoman una visión funcionalista o pragmática de las variables de organización y percepción. En cuanto a los burocráticos o gubernamentales, su pertenencia al sector gobierno los limita a ser más radicales en sus juicios. Finalmente, los estudios académicos, al ser más autónomos, pueden reflejar con más libertad el pensar de los usuarios. El cuadro 3.3 muestra una valoración cualitativa de los cinco modelos en función de las necesidades de nuestra investigación :

Cuadro 3.3 Ponderación de la metodologías sobre calidad percibida

Rubros/ Modelo	Poblaciones Específicas	Servicios Públicos	Formas de ser y pensar	Participación	Resultados
SERVQHOS	+	+	-	-	2+
IMSC	+	-	-	-	1+
SICALIDAD	-	+	+	+	3+
ICCA	+	+	-	-	2+
DELPHI	+	+	+	+	4+

Fuente: Elaboración propia

El cuadro 3.3 señala con un “+” si la metodología toma en cuenta el rubro; y señala con un “-” si la metodología omite el rubro descrito. Observamos que es la metodología de Delphi la que tiene más ventajas, pues considera todos los rubros. En resumen, después de esta disertación podemos señalar que la metodología que nos parece más adecuada al objeto de estudio de esta investigación es aquella que tendencialmente maneja factores subjetivos, toda vez que hablar de percepción implica adentrarse en el pensamiento del usuario. Sin embargo a fin de tener un punto de comparación objetivo, retomaremos las variables físicas y objetivas. Con estas

variables, tendremos un punto de partida para valorar los sesgos en la calidad percibida. Así pues nuestra metodología será mixta. A fin de observar la calidad real, tomaremos SERVQHO-PLUS y a fin de observar la calidad percibida retomaremos DELPHI. La comparación entre ellas nos hablará de los factores que influyen en la percepción y por tanto en la baja participación o en los errores de organización.

En el cuadro 3.4 Señalamos las características de la investigación en su ámbito técnico.

Cuadro 3.4 Ficha Técnica del procedimiento metodológico

FICHA TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	
Procedimiento Metodológico	Encuestas, con preguntas cerradas y calibradas por una escala de lickert, administradas por un equipo de encuestadoras
Universo	Comunidad de usuarios adultos mayores y médicos del Hospital General No. 1
Ámbito	Zona Metropolitana de la Ciudad de Pachuca de Soto
Forma de Contacto	Autorización del Director del Hospital y canalización a través del área de calidad de la institución.
Muestra definida	350 individuos
Muestra Real	370 individuos considerando los médicos y enfermeras entrevistados.
Fecha de prueba piloto	10 al 14 de Diciembre de 2009
Fecha de trabajo de campo	Enero a junio de 2010
Margen de error definido	+5% con un coeficiente de fiabilidad del 95,5%
Margen de error real	14,85% con un coeficiente de fiabilidad del 95,5%

Fuente: Elaboración propia con datos del plan de trabajo de campo

3.2 Adopción y adaptación de la metodología seleccionada: El diseño de la investigación

Adoptar una metodología no es un proceso lineal. Tal adopción implica adecuarla al objeto de estudio. En esta parte de la investigación se investiga cuál es la calidad percibida de algunos servicios geriátricos públicos localizados en la zona metropolitana de la ciudad de Pachuca. En este capítulo nos avocaremos al objetivo de formular una metodología capaz de abordar correctamente la problemática de la calidad percibida de servicios de salud de Pachuca según un sector de las poblaciones vulnerables. Asimismo daremos respuesta a la pregunta de cuál es el aporte que las metodologías cualitativa y cuantitativa hacen al reconocimiento de la calidad de los servicios de salud en Pachuca. Pero además, se buscará ofrecer evidencia teórica y empírica que incremente el volumen de conocimientos sobre la calidad de los servicios sanitarios en ciudades medias en México similares a Pachuca. Los resultados de la investigación podrán ser de utilidad para mejorar la planeación de los servicios de salud geriátricos en el área de estudio.

3.2.1 Preguntas y proposiciones de investigación direccionales y no direccionales

A fin de operativizar el tercer capítulo, llamamos preguntas de investigación direccionales a aquellas que marcan el rumbo de la investigación; en tanto las no direccionales son aquellas que surgen en el camino y que sin embargo es necesario responder antes de seguir adelante. De esta manera, podemos considerar que las preguntas de investigación que se exploran en esta parte de la tesis se derivan directamente de la estructura conceptual elaborada en los tres capítulos anteriores aunque adaptadas al contexto de Pachuca de Soto. Entre otras, las cuestiones direccionales más importantes son:

- a) ¿Cómo definimos la calidad de los servicios de salud en el ámbito específico de Pachuca?
- b) ¿Cuáles son los criterios y determinantes de calidad percibida de los servicios de salud pública geriátricos en Pachuca y cómo los comprende el usuario y el proveedor?
- c) ¿Cuáles son las variables más importantes que influyen en la calidad percibida y cómo se explica esta influencia?
- d) ¿Cuáles son los grupos poblacionales más afectados por esas variables y cuál es la particularidad de los ancianos hombres como grupo afectado por esas variables?
- e) ¿Cuáles son las estrategias de ayuda que se generan entre los usuarios para maximizar su accesibilidad a los servicios de salud y cómo estas redes desembocan en participación ciudadana sobre la gestión de los servicios urbanos?
- f) ¿Qué enseñanzas obtenemos de experiencias de otros países respecto a la de valoración de satisfacción del usuario y de calidad percibida de servicios de salud?
- g) ¿Cómo puede ser instrumentada la calidad percibida con el fin de mejorar los servicios de salud o la participación ciudadana en los mismos?

Por otro lado, las no direccionales son las siguientes:

- a) ¿Cuál es la secuencia teórica y empírica entre satisfacción del usuario, desempeño, calidad percibida, necesidades, expectativas, deseos y comportamientos?
- b) ¿Cuáles son las ligas de la calidad percibida con la calidad urbana, la habitabilidad de las ciudades, la calidad de vida, la calidad de vida urbana y la calidad de vida relacionada con la salud?
- c) ¿Cómo impacta la calidad percibida en la organización, desempeño, utilización y participación ciudadana en los servicios públicos?
- d) ¿Cómo se relaciona la calidad percibida con la accesibilidad y la cobertura?
- e) ¿Cuál es la diferencia de la calidad percibida entre el sector público y el privado en referencia a los servicios de sanidad?

Sería muy difícil explorar tales preguntas sin la referencia de un marco conceptual. Por esta razón, los primeros capítulos de la tesis ofrecieron los referentes conceptuales y teóricos de la investigación. A partir de esto es posible derivar varias proposiciones de investigación :

- a) Para el pachuqueño es la percepción, y no la técnica médica, la base de la calidad del servicio médico. En ese sentido, en particular los adultos mayores perciben que es baja la calidad de los servicios públicos de salud.
- b) Existen diversas variables que afectan (inhiben, predisponen, facilitan o permiten) la calidad percibida de servicios de salud. Tales variables se refieren a la comunicación y el buen trato, la accesibilidad física y social, el nivel de cobertura y la preparación de los médicos.
- c) La importancia relativa de las variables sobre calidad percibida no es necesariamente la misma. Al respecto resaltan las variables físicas por sobre el trato personal.
- d) La importancia relativa de las variables sobre calidad percibida cambia de acuerdo al contexto sociocultural. Así, las variables no se generan ni se interrelacionan en el vacío sino en un contexto socioeconómico y cultural específico.
- e) El impacto de estas variables sobre la calidad percibida puede ser diferente para distintos grupos de ancianos dependiendo el género y las clases sociales.
- f) Algunas variables que afectan la calidad percibida están relacionadas con los servicios (o con sus características) y otras con los usuarios (pacientes o usuarios potenciales y su contexto social ampliado).

3.2.2 La Información: principales fuentes

Los estudios de los patrones de calidad real o percibida requieren de información directa e indirecta. La información directa se recolecta, con frecuencia, a través de encuestas y entrevistas realizadas en las unidades médicas y/o en las viviendas. La indirecta se obtiene de fuentes estadísticas (por ejemplo, registros de las unidades médicas, estadísticas del sistema de salud, registro, quejas ante la CONAMED o ante Derechos Humanos) y de fuentes documentales (censos, mapas y otros documentos públicos). Ambos tipos de información son importantes y se complementan.

Algunas fuentes estadísticas son especialmente valiosas. Entre estas destacan los registros médicos, llamados recientemente audits los cuales son fundamentales para estos efectos (Aguirre Gas, 2002; Rodríguez, 2006 ; Capella et All, 1995), poco usados en los estudios sobre calidad debido quizá a las regulaciones administrativas y burocráticas de los sistemas de salud. Además, en muchos países del tercer mundo o no existe este tipo de fuentes de información o son poco confiables.

En esta tesis se consideran varias fuentes de información con el fin de probar la validez de los datos. Las cinco fuentes más importantes serán levantadas en la unidad de salud. Se trata de una encuesta al usuario, una entrevista a médicos y enfermeras, las historias de vida de varios usuarios o usuarias, las guías de observación y los estudios de accesibilidad y cobertura. No habrá un análisis de los registros médicos ya que no se nos permitió el acceso. Aunque los cuestionarios de las encuestas se diseñaron en función de los objetivos particulares, se utilizaron como punto de arranque diversos instrumentos desarrollados por investigadores reconocidos en el ámbito de la investigación en servicios de salud⁴.

La encuesta en las unidades de salud se dirigirá tanto a los ancianos como a las familias o acompañantes, que son quienes realmente usan esos servicios, por lo tanto ofrece elementos para explorar cómo y por qué algunas personas los usan y cuáles variables afectan la percepción de la calidad.

A pesar de las trabas actuales, se buscará consultar los registros médicos formales, los cuales en teoría y con las nuevas tendencias de transparencia de la información en los sistemas públicos, deberían estar disponibles solamente en los servicios de emergencia de la unidad de servicios geriátricos más importante del área de estudio : Estos registros se analizarán para explorar la calidad percibida de los servicios de emergencia. Específicamente para investigar la diferencia temporal que se registra en el momento en el que ocurre la emergencia y aquel en el que el anciano recibe efectivamente la atención médica. En esta tesis, esta diferencia es llamada retraso de acceso. Adicionalmente se buscará la autorización de los geriatras, médicos generales o psiquiatras a cargo de las unidades consideradas en esta tesis a fin de que permitan la revisión de su registro personal de pacientes. Estos registros se usarán para investigar el efecto de la distancia física en la calidad de la clínica.

A fin de encontrar indicadores oficiales de la percepción del usuario acerca de la calidad del servicio se acudirá a la Comisión de Arbitraje Médico, en tanto una instancia que puede dar

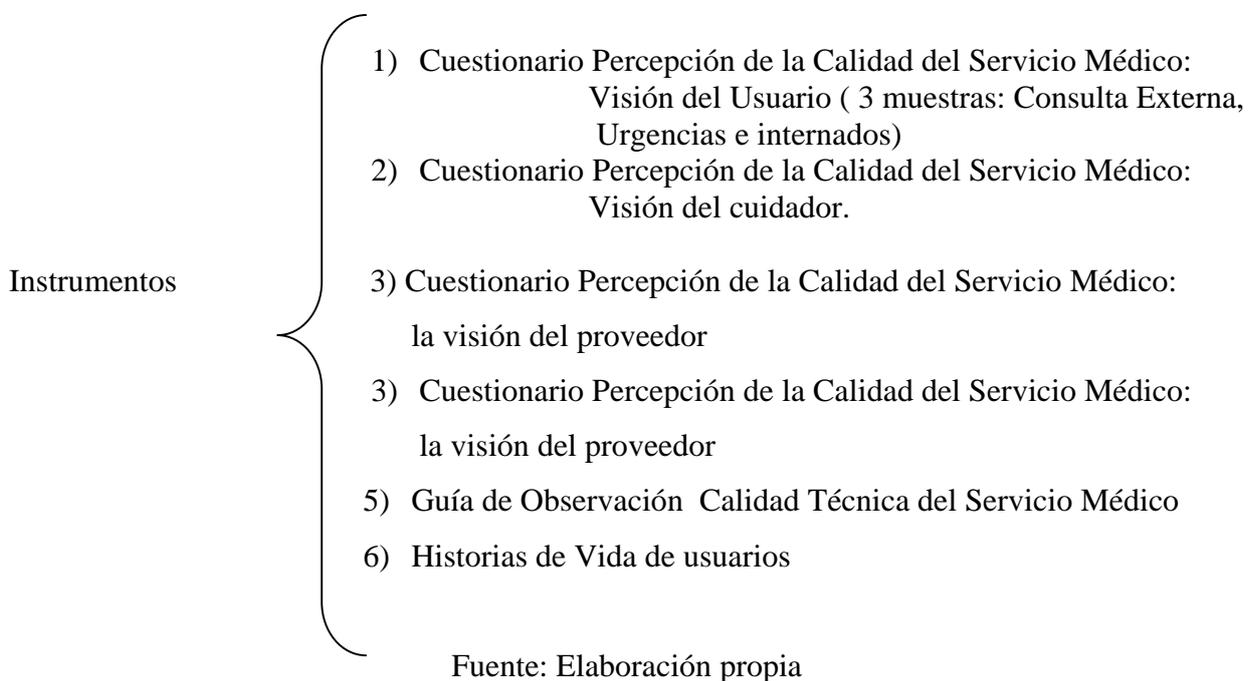
⁴ La definición oficial de servicios de salud hace referencia a que un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud. La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden al sector público, privado, tradicional e informal (que evidentemente incluye a los cuidadores familiares). Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como la provisión del servicio, la generación de recursos, la financiación y la gestión del mismo (OMS, 2007c).

orientaciones sobre el fenómeno de la calidad percibida (Ramos Ramos et All, 2002) y a los Departamentos de Orientación y Quejas en cada unidad médica.

3.2.3 Los instrumentos: su formulación

Para levantar la información se diseñarán y se aplicarán cuatro instrumentos. Con ellos pretendemos cubrir de manera mixta el fenómeno de la percepción del usuario. De acuerdo a la figura 3.1, el instrumento 1 recoge información directa del usuario. Por su parte el instrumento 2 y 3 nos ayudarán a determinar la calidad real así como la visión del proveedor. El instrumento 4, nos proporcionará la información indirecta sobre variables físicas de contexto y el instrumento 5 nos adentra en el fenómeno de la dimensión subjetiva de la calidad a través de una historia de vida.

Figura 3.1 Espectro de instrumentos a aplicar



Para el diseño de los instrumentos se consultaron varios modelos dentro de las metodologías seleccionadas inicialmente. Se retoman aquellos que, con modificaciones propias, se acoplan más a los objetivos de la investigación. A continuación comentaremos brevemente cada uno de estos instrumentos.

Respecto al Cuestionario sobre la Percepción de la Calidad del Servicio Médico en la Visión del Usuario, queremos resaltar el hecho de que fue diseñado retomando algunos modelos propios de SERVQHOS y otros elementos propios de DELPHI. El interés particular de este cuestionario es identificar variables que afectan la percepción así como la consideración del nivel de la calidad misma. En el cuadro siguiente definimos cuál es la lógica general del instrumento en cuanto a su composición.

Cuadro 3.4 Clasificación de preguntas, instrumento del usuario

VARIABLE A REGISTRAR	NUMERACIÓN
Perfil poblacional	Encabezado (6 ítems)
Accesibilidad física	Preguntas 1-6
Accesibilidad social (cultural y económica)	Preguntas 7-12
Comunicación, Trato y no discriminación	Preguntas 13-20
Amenidades y Abastecimientos	Preguntas 21-25
Seguridad	Preguntas 26-29
Participación Ciudadana	Preguntas 30-33
Percepción global de calidad	Preguntas 34-38

Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario del usuario

Cabe observar que se trata de un cuestionario cerrado, con una escala de likert, en la idea de que sea fácilmente manejable en términos estadísticos. Sin embargo no obviamos la posibilidad de que el cuestionario se utilice también como una guía para realizar las entrevistas. Su aplicación, por tanto, puede ser flexible en tanto que permita a los entrevistados explayarse en aquellos tópicos de su interés respecto a la salud de sí mismos (si son ancianos) o de sus familiares pacientes. Así, resultará de gran utilidad porque facilitará centrar la entrevista en todos los temas relevantes para el análisis empírico.

Respecto a la extensión, cabe señalar que no existen parámetros específicos. La literatura especializada señala que se pueden encontrar cuestionarios muy cortos o muy largos, dependiendo de los objetivos de la investigación. Por tanto no es posible deducir cuántas preguntas debe tener un cuestionario de calidad. Es el contexto específico de la investigación el que debe definir la longitud del cuestionario de acuerdo con los objetivos del estudio, al tipo de personas entrevistadas, al lugar y situación de la entrevista y a los recursos disponibles para llevar a cabo la encuesta. En nuestro caso la serie de preguntas centrales es de 38 porque se incluyeron las diversas dimensiones que afectan la percepción de la calidad.

El cuestionario se aplicará a los pacientes o a los familiares, que frecuente mente son los cuidadores. Ello, pues como quedó manifiesto anteriormente, el sistema de salud se apoya en las familias para dar continuidad y adherencia a los tratamientos. Esto es mucho más patente con los ancianos.

Por otro lado, el cuestionario acerca de la Percepción de la Calidad del Servicio Médico en la Visión del Proveedor y del Árbitro, tiene un sentido más de guión de entrevista que de series de preguntas cerradas. Intenta abocarse a la visión desde el oferente de servicios. Al respecto consideramos que es tan importante como la visión del usuario para efectos de medir la calidad percibida.

En referencia al instrumento que evalúa la calidad del servicio médico, importa señalar que con él entramos a la llamada calidad real. Es por ello que lo hemos diseñado como una lista de comprobación, a fin de que podamos advertir si la práctica médica se ciñe a los parámetros que plantean los estándares e incluso a las expectativas del usuario. Sabemos que será un tanto complicado obtener la información, sin embargo ya se están haciendo las gestiones necesarias

para tener acceso a los expedientes médicos, historias clínicas y algunas sesiones de observación directa.

Paralelamente se llevará a cabo un estudio basado en una guía de trabajo para hacer análisis complementarios que nos definan el impacto de variables como la cobertura y accesibilidad de los servicios médicos, lo cual se abordará en el siguiente apartado, hemos considerado analizar información ya levantada por INEGI y por diversas instituciones del Estado como el Laboratorio de Salud Pública. Finalmente, las historias de vida nos proporcionarán información sobre los criterios de utilización de los servicios, además de que nos adentrarán en la vida laboral y los daños a la salud que han generado en largos trayectos de vida.

Factores asociados que orientan la percepción de la calidad de servicios geriátricos

Es evidente que para tener un criterio lo más objetivo posible de un aspecto subjetivo como la calidad percibida del usuario, es importante tener datos duros que nos permitan una valoración de los sesgos en las opiniones de usuarios y proveedores. Estos datos duros provienen de información ya procesada en estudios de cobertura, desempeño y calidad realizados por otras instituciones. Asimismo implicará un estudio analítico propio a variables como accesibilidad y desigualdades sociales. Como ya se planteó, se rastreará esta información en el laboratorio de Salud Pública el cual tiene una cartografía poblacional y epidemiológica.

3.3.1.4 Las desigualdades sociales y espaciales en la utilización de los servicios de salud

Uno de los resultados más importantes que nos arrojará este estudio analítico es haber evaluado el nivel de vulnerabilidad y segregación de las poblaciones ancianas sin seguridad social respecto a los servicios sanitarios que se ofrecen. Tal vulnerabilidad se advierte en la desigual distancia que tienen que recorrer, en los accidentados trayectos, tiempos y costos para este sector poblacional. Asimismo se observa que son las personas que tienen menor educación (particularmente) de extracción indígena quienes más dificultad física y cultural tienen para el acceso. Esta desigualdad es un factor que aumenta la vulnerabilidad del sector de los ancianos. Asimismo, tal desigualdad ha sido ya teorizada por varios autores (Luppi et al, 2007, OMS, 2008;).

3.2.4 Metodología para la recolección de datos

El proceso de recolección de los datos es un proceso técnico muy desgastante que se sujeta a las limitaciones de tiempo, dinero y recursos de fuerza de trabajo. En la tabla 3.4 se presenta una panorámica de la organización para la etapa de recogida de datos.

3.2.4.4 Selección de áreas geográficas. La zona de estudio. Breve nota informativa.

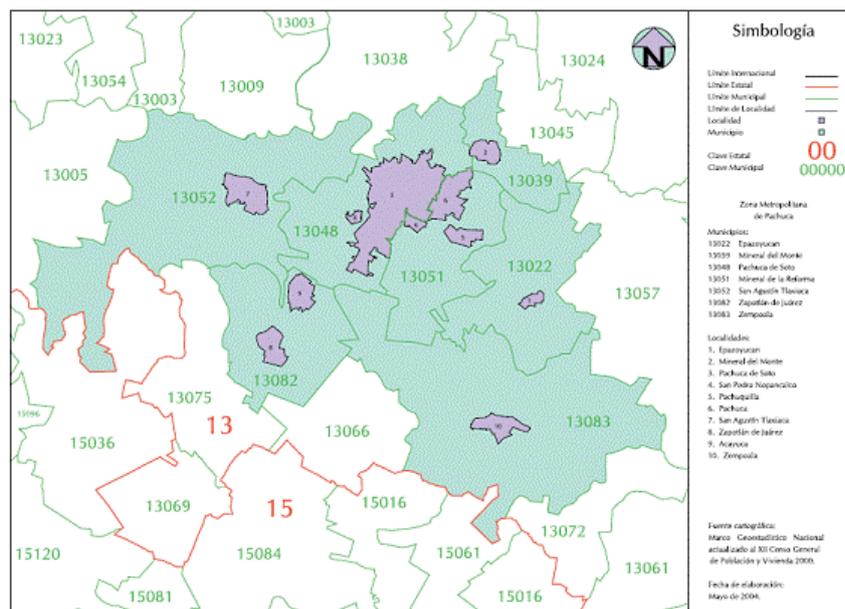
La región en estudio es la Zona Metropolitana de la Ciudad de Pachuca (ZMCP). Aunque cabe resaltar que las unidades médicas se ubican distribuidas al oriente, occidente y suroeste de la ciudad capital. Se retoma la ZMCP porque sus usuarios vienen de lugares lejanos y de allí se tomarán las encuestas a familias. A manera de información general en la figura 1 sólo se señala por el momento la ubicación de Pachuca en el país y en la figura 2 se señala la Zona metropolitana de la ciudad de Pachuca.

FIGURA 3.2 Ubicación de Pachuca en el panorama Nacional



Fuente: <http://www2.esmas.com/noticierostelevisa/mexico/estados/053801/rescatan-15-ninos-albergue-casita-pachuca>

Figura 3.3 Zona metropolitana de la Ciudad de Pachuca



Fuente: González Pérez 2007

3.2.4.1 Organización del levantamiento. El estudio piloto y la ruta crítica

El levantamiento de la información sugiere una organización donde participen al menos 4 personas y un coordinador (en este caso el tesista) El equipo de levantamiento está formado por dos sociólogos y dos especialistas en educación.

Cuadro 3.6 Organización del Trabajo de Campo

Instrumento	Cantidad	Distribución	Carga entre 4 encuestadores	Fechas
Cuestionario 1 Visión del Usuario Muestra Consulta Externa	305	Hospital General	Encuestador I 80 Cuestionarios II 80 Cuestionarios III 80 Cuestionarios IV 65 Cuestionarios	Diciembre, Enero, febrero Marzo y Abril 15
Cuestionario 1 Visión del Usuario Muestra Urgencias	50	Sección Urgencias del Hospital General	Encuestador I 15 Cuestionarios II 15 Cuestionarios III 20 Cuestionarios	Mayo 1-15
Cuestionario 1 Visión del Usuario Muestra Internados en Piso	15	Entrevista a Egresados del Hospital (levantamiento en casa)	Encuestador I 7 Cuestionarios II 8 Cuestionarios	Mayo 15-30
Entrevista semiestructurada al Personal Médico	5	2 Directivos 2 Médico/Consultorio 1 Enfermera	Encuestador I 3 Entrevistas II 2 Entrevistas	Junio 1-15
Guía de Observación Calidad Técnica	5	5 formatos por institución	Encuestador I 3 Formatos II 2 Formatos	Junio 15-30
Guía de Análisis Cobertura y Accesibilidad	1	Un estudio por Institución	4 Estudios realizados por el tesista	Mayo 1-30
Análisis de casos en CONAMED	5	Casos documentados en el HG o en la ZMCP	Casos investigados por el Tesisista	Junio 15-30
Entrevistas a cuidadores e historias de vida	5	2 cuidadores y 3 historias de vida	Casos investigados por el tesista	Junio 15-30
TOTAL	391			180 Días hábiles

Fuente: Elaboración propia con base en el plan de trabajo de campo

Estudio piloto

Se considera que el estudio piloto a realizar en las unidades médicas y los más de 370 cuestionarios que se aplicarán en la encuesta en unidades médicas es suficiente prueba para el cuestionario que se aplicaría en las viviendas. Sin embargo algunos aspectos como el número apropiado de preguntas tendrán que ser reconsiderados debido al distinto concepto de la encuesta. Se realizará un estudio piloto de 20 cuestionarios sólo para verificar algunos detalles del contexto de la entrevista y se aplicaron en una colonia 10 cuestionarios, y 10 cuestionarios en otra. El estudio piloto esperamos que muestre el número de preguntas que es adecuado.

Para organizar el trabajo de campo se pensó en retomar el método de la ruta crítica a fin de contemplar de una ojeada todo el proceso.

Cuadro 3.7 Descripción de actividades

<i>Actividades</i>	<i>Duración en Días</i>
Finalización y aprobación del capítulo	15
Solicitar autorizaciones a los hospitales	5
Realizar el estudio piloto	5
Corregir los instrumentos	2
Aplicación del instrumento 1	30
Aplicación del instrumento 2	15
Aplicación del instrumento 3	15
Aplicación del instrumento 4	30
Sistematización de información	30

Fuente: Elaboración propia con base en el plan de trabajo de campo

3.2.4.3 Selección de Unidades de salud y configuración de muestras

Se seleccionó una unidad de estudio para aplicar los cuestionarios: el Hospital General de Pachuca. La elección obedeció a dos criterios: primero se trata de una institución que atiende población abierta, en una ciudad donde los grupos vulnerables no cuentan con seguridad social, y segundo es una unidad que lleva con cierto apego una metodología de medición de calidad percibida según un plan nacional. El que se tomara sólo un hospital se debió también a los recursos disponibles en tiempo-dinero y número de cuestionarios o muestra por abarcar.

Los criterios generales que se aplicaron para definir el tamaño de la muestra es el siguiente: se retoma la fórmula que se aplica para el cálculo del tamaño muestral para la estimación de proporciones en poblaciones finitas

n= tamaño de muestra

N= Tamaño de la población 23123 ancianos

PQ= Varianza

e= Error muestral

$$n = \frac{4NPQ}{e^2(N-1) + 4PQ}$$

$$n = \frac{4\ 231\ 235\ 050}{(4)^2 (23123-1) + 4\ 5050} = 300$$

Señalamos, que la muestra arriba calculada se realiza con información sólo de consulta externa y para la población atendida durante 5 meses. Respecto a las muestras de Urgencias e internados, se toman las poblaciones disponibles.

3.2.4.4 Selección de los Informantes

Los pacientes se seleccionarán aleatoriamente mediante el muestreo sistemático. Una selección aleatoria ofrece la mejor alternativa de obtener una muestra representativa de la población universo. Sin embargo, hay que advertir que no existe ninguna garantía de que la muestra resultante sea realmente representativa en todos sus aspectos. Los hospitales del Pachuca están abierto de lunes a viernes y los cuestionarios serán aplicados en diferentes días entre las 8:00 a.m. y las 15:00 p.m. pues en las tardes no se trabaja. Los días y las horas de aplicación se definirán aleatoriamente y todas las entrevistas se llevarán a cabo en las salas de espera. Se aplicarán los cuestionarios a los familiares de los pacientes, prefiriendo a las mujeres y no a los hombres dado el mayor involucramiento de éstas en el cuidado de los ancianos. Usualmente las mujeres están más al tanto de los problemas de salud, conocen sus cambios de conducta y los hábitos del anciano. El uso de entrevistados sustitutos, en este caso familiares en lugar de ancianos, es necesario para estudiar la calidad de los servicios de pacientes mayores a 65 años. En consultorios donde hay pocos pacientes que cumplen con lo establecido, se tomarán todas las personas.

3.3 Análisis de la información

El análisis de la información sugiere que se retome un enfoque de estadística descriptiva y multivariada. En este sentido, primero estableceremos las técnicas estadísticas bajo las cuales analizaremos la información con base en tablas de frecuencia, histogramas y gráficos de sectores y después hablaremos sobre las estrategias para diseñar mapas de dispersión, diseño de un índice de calidad percibida y un análisis de sensibilidad.

3.3.1 Las técnicas estadísticas

Para organizar y facilitar el análisis de la información, se aplicarán diversas técnicas estadísticas: distribución de frecuencias, medidas de dispersión y tendencia central, tablas cruzadas, gráficas y análisis de regresión y correlación. Todas las técnicas se aplicarán usando equipo de cómputo. Los análisis estadísticos se realizarán mediante el paquete estadístico SPSS (statistical Package of Social Science) y el Excel para organizar la base de datos y realizar cuadros, figuras y mapas. Sin embargo, el uso de técnicas estadísticas no deberá entenderse como un intento por desarrollar

estimaciones exactas de calidad sino como un medio muy imperfecto para simplificar y organizar el análisis. Una premisa básica en esta investigación es que la información recolectada no es precisa sino aproximada y que en el mejor de los casos, únicamente refleja tendencias y patrones generales. Por esta razón, hasta los resultados de los análisis estadísticos más sencillos se interpretan con cautela.

Los valores numéricos que aquí se presentarán, se expresarán sólo hasta el número de dígitos que justifica la confiabilidad de la información y frecuentemente se redondean. Muchos de los indicadores cuantitativos que aparecen en los capítulos analíticos se interpretarán como medidas de intervalo (no como medidas exactas)., para subrayar las limitaciones del análisis numérico y prevenir afirmaciones demasiado ambiciosas derivadas de un espejismo cuantitativo. En estos términos, esta investigación subraya la *dimensión cualitativa de la información cuantitativa*. Para analizar la información no fue estrictamente necesario realizar análisis estadísticos más sofisticados a los que se presentan.

La técnica estadística más compleja que se utilizará es un análisis de correlación múltiple. Los coeficientes de correlación resultan útiles en el análisis sobre todo porque también permiten identificar la dirección de las asociaciones. Aunque también se analiza la magnitud relativa de la asociación. Con frecuencia, los coeficientes de correlación se interpretan tan sólo como medidas ordinales, lo cual es suficiente para nuestros propósitos. En todo momento, las consideraciones cualitativas (investigación abstracta) precedieron el análisis cuantitativo (empírico o de investigación concreta) y guiaron sistemáticamente la discusión. A fin de calcular las variables objetivas que impactan en la calidad percibida (variables como la accesibilidad), se usará un modelo cuantitativo. A pesar de su aparente complejidad, debida principalmente a las formulaciones matemáticas abstractas, tal modelo está basado en ideas relativamente simples.

Cuadro 3.8 Plan de Análisis estadístico de resultados

Instrumento	Técnica de Análisis
Cuestionario 1 Visión del Usuario	Estadística descriptiva: Tablas de frecuencias, Medidas de tendencia central, gráficos de sectores, histogramas. Estadística multivariada: mapas de dispersión, índices de correlación y análisis de sensibilidad.
Cuestionario 2 Visión del Proveedor	Técnica hermenéutica*
Guía de Observación Calidad Técnica	Técnica de lista de chequeo
Guía de Análisis Cobertura y Accesibilidad	Técnica matemática
Cuestionario Historia de Vida	Técnica hermenéutica*

* La hermenéutica es aquella técnica basada en el análisis del discurso o del texto.

Fuente: Elaboración propia

3.3.2 Interpretación de la información: el papel de la ideología

Probablemente sea en el tema de la percepción donde el problema de la ideología está más presente. Ello por varias consideraciones. En primer lugar porque la percepción se ve influida por creencias de los sujetos: así, la ideología puede ser en determinado momento un sujeto de estudio que define los criterios de utilización de los servicios de salud. Otro elemento ideológico

que está presente en los análisis sobre la sanidad es el asunto de la justicia (y los fenómenos que ella conlleva; igualdad, equidad, no discriminación). Es importante así, tomar un poco de distancia respecto a las teorizaciones de estos constructos y apoyarse en la evidencia empírica a fin de que se tengan bases de argumentación.

Dado el proceso de envejecimiento acelerado que experimenta el país, es muy frecuente que los investigadores (es mi caso) estemos involucrados familiarmente en el problema del cuidado del adulto mayor (padre o madre propios) lo cual implica que una visión demasiado emocional de las situaciones puede sesgar nuestra opinión. Ese es otro de los factores que, respecto a la ideología hay que tratar con cuidado.⁵

Cabe observar que, contra lo que pareciera, aquí no se pretende presentar un análisis del mundo real sino una interpretación o reconstrucción de la realidad. Por ello, de manera inevitable los valores, creencias, intereses y sentimientos del investigador están involucrados y se reflejan en el análisis. Se considera esta investigación científica porque presenta información razonablemente organizada y sistemática (entendiendo la idea de investigar como una forma sistemática de hacer preguntas, como un método sistemático de exploración) y no porque refleje la supuesta neutralidad objetiva del método científico. Así, este texto no es neutral en términos ideológicos.(Garrocho, 1995).

No pasamos por alto que, la definición y selección del problema de investigación y el área y preguntas de estudio fueron en gran medida ideológicamente determinadas. Un concepto netamente ideológico, por ejemplo, es el de justicia distributiva, el cual es básico en esta investigación y una visión particular del concepto de justicia subyace en todo el texto. Naturalmente es posible afirmar que el contenido ideológico afecta las sugerencias que se derivan de la investigación, lo cual se acepta sin réplica dada la naturaleza política y por tanto moral de la planeación urbana. Sin embargo la tesis descansa en una revisión exhaustiva de la literatura, que pensando optimistamente ha permitido armar una estructura teórica y conceptual que limita las concepciones caóticas y los análisis arbitrarios. Hay que reconocer que esta investigación no se generó en un vacío social sino en una compleja y poco entendida estructura de valores, creencias e intereses. Se definió, planeo y elaboró en un contexto académico particular que anima ciertas actitudes y reprime otras. Por otra parte no lo escribió un ente abstracto sino una persona concreta con intereses y valores específicos. Además, para complicar las cosas, no trata una situación simbólica o hipotética sino un problema SOCIOPOLÍTICO muy concreto, en un área geográfica específica y con grupos sociales definidos (Garrocho, 1995).

La confiabilidad de los datos y la rigurosidad de las técnicas analíticas usadas no garantizan de ninguna manera la neutralidad en la interpretación de la información. Dado que no es posible investigar todo o recolectar toda la información sobre un tópico, el diseño de esta parte privilegia algunos aspectos sobre otros. Aunque la abstracción es necesaria en la investigación (una parte debe ser separada del todo), el proceso de selección tiene, inevitablemente un componente ideológico. La investigación puede ponerse a prueba en términos académicos (metodológicos, consistencia, confiabilidad) como en términos ideológicos o políticos (por los principios morales e ideológicos en los que descansa).

Un último problema de carácter ideológico se refiere a lo que desde hace más de una década han venido llamando los “imperialismos” científicos e intelectuales. Se refiere a definir con criterios no muy claros lo que es investigación urbana y lo que no es. En ese sentido han sido los imperialismos de la medicina o de la arquitectura los que han limitado las investigaciones

⁵ Comenta Pierre Bourdieu (2005) que una manera de tomar distancia es a través de una visión sociológica reflexiva.

urbanas en el campo de la salud. No omitimos que puede haber sesgos (es decir, falta de priorizaciones del problema urbano en el tratamiento sanitario), sin embargo, dado el poco tratamiento del tema, creemos que estas omisiones pueden relativizarse a fin de construir puentes más sólidos entre las disciplinas urbanas y sanitarias.

3.5 A modo de conclusiones preliminares: la dualidad teoría y metodología como soporte del pensamiento transdisciplinario del urbanismo.

Han cambiado los parámetros del usuario del siglo XXI. A estos cambios han coadyuvado una serie de luchas políticas y un paulatino rediseño institucional iniciado a finales del siglo XX. Esta, que es una tendencia en todas las áreas sociales, ha implicado que se piense más en centrar el servicio en el usuario (o en el cliente). Para los usuarios percepción es interpretación (San Martín, 2007). Y de tal interpretación depende la participación. Es decir, si se advierte que se está abierto a la opinión comunitaria se abrirá la puerta, si no, el usuario tenderá a alejarse del servicio.

La salud, al igual que el propio urbanismo, sugiere que se adopten medidas de investigación transdisciplinarias y no multidisciplinarias. Tal multidisciplinariedad sólo ha enfrentado al médico (virtual monopolizador del campo sanitario de estudio) con otros investigadores y en particular con las áreas sociales (Gil Montes 2002).

La metodología de DELPHI, nos permite llevar a cabo el enfoque transdisciplinario, y establecer a través de opiniones expertas las causas del desequilibrio en el servicio público. Este desequilibrio significa comprender el porqué los servicios no se usan o se subutilizan en algunas regiones y existe falta en otras. Así, en el proceso de recobrar al urbanismo como una ciencia y no sólo como una técnica constructiva, nos parece fundamental este tránsito de lo multidisciplinario a lo transdisciplinario.

Los instrumentos de recolección de información



Cuestionario 1 Percepción de la Calidad del Servicio Médico:

La Visión del Usuario FOLIO:

Instrucciones: Por favor responda las preguntas llenando los huecos o palomeando a la derecha la calificación que considere adecuada. La encuesta dura aproximadamente 15 min.

I DATOS GENERALES

Género y Estado Civil	
Edad	
Ocupación Actual	
Ocupación Pasada	
Procedencia	
Escolaridad	

Motivo de Consulta	
No. De Hijos	
Tipo de aseguramiento	
Tiempo de utilización	
Fecha y hora Inicio/Término	

No.	PREGUNTA	MUY BUEN	BUEN	REGU	MAL	NO SE
1	La ubicación de esta institución de salud es...					
2	La suficiencia del transporte para llegar al Hospital es					
3	El costo del transporte para llegar aquí es...					
4	La comodidad del transporte es...					
5	El acceso externo (calles, puentes etc.) es...					
6	El acceso interno (puertas, rampas, pisos, elevadores...) es...					
7	El tiempo de espera para obtener una ficha es...					
8	El tiempo de espera para recibir atención es...					
9	El tiempo de espera para obtener una cita es...					
10	La orientación del personal para los trámites previos es					

11	El costo de la consulta es...					
12	El costo del tratamiento es...					
13	La amabilidad y respeto del médico hacia usted es...					
14	La privacidad en el consultorio es...					
15	El interés que muestra el médico en su salud es...					
16	La cantidad de tiempo que le dedica el médico es...					
17	La explicación e instrucciones del médico son...					
18	La confianza que tiene en la información y el tratamiento recibido son...					
19	La manera en que el médico trabaja con usted para planificar los tratamientos es...					
20	La flexibilidad del médico para adaptarse a las necesidades del paciente es...					
21	La comodidad en la sala de espera es...					
22	La comodidad en el consultorio es...					
23	La temperatura y ventilación de los espacios son...					
24	El equipamiento y surtido de insumos de la unidad es					
25	El surtido en farmacia es...					
26	Por sus conocimientos el médico es...					
27	Las revisiones que le hacen son...					
28	La efectividad en el diagnóstico y tratamiento es...					
29	La seguridad de manejo de expediente y estudios es...					
30	El procedimiento para hacer quejas es...					
31	Se disposición para participar en actividades del Hospital es...					
32	Su participación en las actividades propuestas por el Hospital ha sido...					
33	Para la mejora del Servicio considera que el Aval Ciudadano es...					
34	El cumplimiento de expectativas fue...					
35	A la pregunta de un familiar, le diría que el servicio es					
36	En comparación con el servicio privado, la calidad del Hospital General es					
37	Su satisfacción por la atención recibida es...					

38	La calidad de esta institución es...					
----	--------------------------------------	--	--	--	--	--

BLOQUE II

39	¿Qué tiempo hizo de su casa al hospital?	1-30 min	31-60 min	60 min	61-90 min	Más de 90 min
40	Cuántos pesos gastó en transporte?	1 a 10	11 a 30	31-60	61-100	100 y más
41	¿Cuánto pesos gasta en comida desde que sale de su casa hasta su regreso?	1 a 10	11 a 30	31-60	61-100	100 y más
42	¿Cuánto tiempo esperó para que le dieran cita?	1 a 4 semanas	5 a 8 semanas	9 a 12 semanas	13 a 16 semanas	17 y más semanas
43	¿Cuánto tiempo esperó para que lo viera el médico?	1 a 15 min	16 a 30 min	31 a 45 min	45 a 60 min	Más de 60 min
44	¿Cuánto duró la consulta?	1 a 10 min	11 a 20 min	21 a 30 min	31 a 40 min	Más de 40 min
45	¿Cómo se trasladó al hospital?	A pie	Camión	Taxi	Camión y taxi	Auto
46	¿Cuántas veces ha venido al hospital este año?	1 a 3 veces	4 a 6 veces	7 a 9 veces	10 a 12 veces	Más de 12 veces
47	¿Cuántos pesos ha gastado en los últimos 3 meses en consultas, medicinas, estudios etc.?	1 a 200	201 a 400	401 a 600	601 a 800	1000 o más
48	¿Quién lo acompañó en venir al hospital?	Solo	1 famili	2 famili	3 famili	4 o más famili
49	¿Por qué se atiende en esta unidad?	No tiene seguro	Está cercano	Es buena la atención		No sé
50	¿Cómo considera su salud?	Muy buena	Buena	Regular	Mala	No sé

Gracias por su colaboración

Observaciones _____

Nombre del Encuestador _____



Cuestionario 2 Percepción de la Calidad del Servicio Médico: La Visión del Cuidador

Instrucciones: Responda las preguntas palomeando a la derecha la calificación (siendo 1 la equivalente a pésimo y 10 excelente) que considere adecuada.

1 DATOS GENERALES

Género y estado civil	
Ocupación Actual	
Ocupación Pasada	
Grado Escolar	
Domicilio	
Edad	

Motivo de Consulta	
No. De Hijos	
Tipo de aseguramiento	
Tiempo de utilización	
Fecha y hora Inicio/Término	

No. PREGUNTA

- 1 ¿Cuánto tiempo le dedica semanalmente a su anciano?
- 2 ¿Considera que es tiempo de calidad o de cantidad o ambos?
- 3 ¿Está su casa acondicionada para el adulto mayor?
- 4 ¿Qué tan preparado se siente usted para atenderlo?
- 5 ¿Cuenta el adulto mayor con un ingreso propio?
- 6 ¿Cuántas personas colaboran en la manutención del adulto mayor?
- 7 ¿Considera que el trato que le brindan es amable y respetuoso?
- 8 ¿Cuenta con un cuidador profesional?
- 9 ¿Cuáles son las necesidades más frecuentes del adulto mayor?
- 10 ¿El Adulto Mayor se siente integrado a la familia?
- 11 ¿El ser cuidador ha deteriorado su salud propia?
- 12 ¿Qué enseñanzas le ha dejado el cuidado ¿

- 13 ¿Qué es lo más difícil a lo que se ha enfrentado?
- 14 ¿Cuántas personas colaboran en el acompañamiento diario?
- 15 ¿Se le habla al adulto mayor directamente de su padecimiento?
- 16 ¿Porqué lo atiende en casa y no en el hospital?
- 17 ¿Cómo se ha capacitado para el cuidado?
- 18 ¿Ha generado conflictos familiares el cuidado del Adulto Mayor?
- 19 ¿Han pensado o discutido el asunto de la eutanasia de la eutanasia?
- 20 ¿El adulto mayor se enfermó en su período de jubilación?
- 21 ¿Considera que la ciudad está adaptada para el adulto mayor?

Gracias por su colaboración

Observaciones

Nombre del entrevistador_____



Cuestionario 4 Percepción de la Calidad del Servicio Médico:

La Visión del Árbitro y Depto. de Quejas

Instrucciones: Responda las preguntas eligiendo la opción correcta.

I DATOS GENERALES

Género y estado civil	
Ocupación Actual	
Ocupación Pasada	
Grado Escolar	
Domicilio	
Edad	

No de hijos	
Tipo de aseguramiento	
Tiempo de utilización	
Fecha y hora de Inicio	
Fecha y hora de término	

No.	PREGUNTA
1	Qué porcentaje de quejas se refieren a adultos mayores
	1-25 %
	26-50 %
	51-75 %
	75-100%

2	Los motivos más frecuentes de quejas son:
	Maltratos
	Iatrogenias
	Discriminación
	Negligencia médica

3	De todos los casos el paciente tiene la razón en un...
---	--

	1-20 %
	21-40 %
	41-60 %
	61-80 %
	81-100 %

4	Considera justos los motivos de controversia	si	no
5	Considera justas las decisiones de las autoridades	si	no
6	Esta institución ayuda a la calidad del servicio médico	si	no
7	Los médicos han mejorado su preparación a partir que existe la comisión	si	no
8	Los usuarios de servicios de salud conocen la instancia	si	no
9	Los usuarios de salud hacen uso de la instancia	si	no
10	La comisión alienta la participación de los usuarios en la planeación de servicios de salud	si	no

Gracias por su colaboración

Observaciones

Encuestador _____



Guía de Observación Percepción de la Calidad del Servicio Médico:
Calidad técnica del servicio

Instrucciones: Llena la lista de chequeo según advierta en su observación

No.	PREGUNTA /	Si	No
1	Revisó la presión del paciente	si	no
2	Revisó el ritmo cardiaco del paciente	si	no
3	Respondió las preguntas del paciente	si	no
4	Dio información adicional	si	no
5	Explicó al paciente su enfermedad	si	no
6	Explicó al paciente el tratamiento a seguir	si	no
7	Planeó con el paciente el tratamiento	si	no
8	Se interesó por la salud del paciente	si	no
9	Extendió receta médica	si	no
10	Fue amable	si	no
11	Generó confianza en el paciente	si	no
12	Contó el médico con el instrumental necesario	si	no
13	Se refirió al paciente con respeto	si	no
14	Dedicó al paciente el tiempo suficiente según la demanda de éste	si	no
15	Tiene historial médico	si	no
16	Cuenta con archivo de sus pacientes	si	no
17	Se despidieron de mano	si	no

OBSERVACIONES

Nombre del encuestador _____

Instrumento 5 Guía de Entrevista Historia de Vida

Instrucciones: Realice las preguntas y grabe las respuestas con una grabadora. Las preguntas son sólo una guía aunque puede hacer preguntas auxiliares que permitan conservar la coherencia de la narración del entrevistado.

- 1.- ¿Dónde y cuándo nació Usted?
- 2.- ¿A qué se dedicaban sus padres?
- 3.- ¿Cómo considera la calidad de vida de sus padres?
- 4.- ¿Cuántos miembros fueron en su familia?
- 4.- ¿Para usted qué es la salud?
- 5.- ¿Cómo fue su salud siendo niño? ¿Y la de sus hermanos?
- 6.- ¿Cómo fue su vida escolar siendo niño y luego adolescente?
- 7.- ¿Recuerda si siendo niño acudía al médico?
- 8.- ¿Cómo fue su salud de joven?
- 9.- ¿Cuáles eran sus dolencias más frecuentes siendo joven?
- 10.- ¿A qué edad empezó a trabajar?
- 11.- ¿A qué edad se casó?
- 12.- ¿Cómo fue o ha sido su vida matrimonial?
- 13.- ¿Tuvo hijos? ¿Cuántos?
- 14.- ¿A qué se dedicó o se dedica?
- 15.- ¿Le estresa o estresó su trabajo? ¿Le gustaba su trabajo?
- 16.- ¿Cuántas veces enfermó durante su vida laboral? ¿De qué?
- 17.- ¿Es jubilado o pensionado?
- 18.- ¿Cuántos años trabajó?
- 19.- ¿Cómo evolucionó su salud cuando dejó de trabajar?
- 20.- ¿Vive acompañado actualmente?
- 21.- ¿Recibe visitas frecuentemente?
- 22.- ¿Cómo considera actualmente su salud?
- 23.- Asiste frecuentemente al médico
- 24.- ¿Quiénes le acompañan al médico?
- 25.- Cuénteme un día de asistencia al médico
- 26.- ¿Recibe ayuda económica de su familia? ¿Y de sus vecinos?
27. ¿Tiende a seguir las prescripciones médicas?
- 28.- ¿Cómo es el proceso de comunicación familiar para la atención de enfermedades?
- 29.- ¿Qué le estresa de la asistencia a la clínica o al médico?
- 30.- ¿Y cuáles son sus expectativas?
- 31.- ¿Cómo se imagina un día feliz de asistencia al médico?
- 32.- ¿Cómo considera su movilidad por la ciudad?
- 33.- ¿De qué tiene miedo al transitar por la ciudad?
- 34.- ¿Cómo es la ciudad donde le gustaría vivir?

Entrevistador _____

CAPÍTULO 4 PROBLEMÁTICA DE LA ZMCP Y DE SUS SERVICIOS DE SALUD

Introducción

El objetivo del presente capítulo es presentar de manera sucinta la problemática urbana y sanitaria de la zona metropolitana de la Ciudad de Pachuca de Soto (ZMCP). Para llegar a buen puerto en esta investigación, y a fin de que la presentación resulte clara, se ha dividido la exposición en cuatro grandes partes.

Inicialmente, se hará una breve valoración de los cambios urbanos en la zona. Respondemos a la pregunta de si estos cambios han venido a ordenar o a desordenar la ciudad, dadas las modificaciones en la estructura urbana y las probables complicaciones para sectores poblacionales que no usan el automóvil. Paralelamente se establecerá el enfoque general de la relación de socioespacialidad y salud que será eje de interpretación en esta segunda parte de la investigación.

Para adentrarnos en la problemática de la ZMCP, expondremos posteriormente la lógica del proceso de metropolización y de envejecimiento de la Ciudad de Pachuca. Esto, para remarcar dos de los procesos fundamentales que han dejado huella, en las últimas décadas en la historia de este territorio (Ortíz Lazcano et al, 2008). Asimismo y en este mismo fragmento, se revisará la situación económica de la región, con particular énfasis en la pobreza de la entidad, la dinámica demográfica, la dinámica económica y la lógica de los mercados sanitarios.

Es de todos sabido que en la ciudad de Pachuca hay cuatro dinamizadores básicos: las instituciones educativas, de gobierno, comerciales y de salud (López, 2009; Granados, 2010 y Presidencia Municipal, 2009). Así, en atención al papel de las instituciones sanitarias, nos adentramos en develar cuál es la estructura general del sistema de salud pachuqueño así como su capacidad de cobertura. Retomamos también la categoría de la calidad urbana como aquella que rescata la eficacia y eficiencia de los servicios públicos (Leva, 2005) y el desempeño del sistema de salud en la región de estudio. Dos categorías fundamentales retomaremos aquí a fin de contextualizar los resultados del trabajo de campo: la accesibilidad y la utilización. Finalizaremos el apartado con los indicadores de calidad de vida urbana relacionada con la salud y con la eficacia de la estructura urbana así como con su desempeño.

En las conclusiones del capítulo se responde a la pregunta acerca de cómo influye el contexto urbano en la situación sociosanitaria de los adultos mayores y en el desempeño de las instituciones públicas de salud.

4.1 EL ÁREA DE ESTUDIO

4.1.1 Transformaciones del espacio público ¿Orden o desorden urbano?

La metropolización de las ciudades medias y pequeñas en México, ha significado la generación de un tipo de ciudad caracterizada por la fragmentación física y la segregación social. Esta situación es especialmente importante en aquellas metrópolis localizadas en el *hinterland* de la principal área urbana del país, la Ciudad de México. Pachuca de Soto es un ejemplo de este proceso. Por ello, los conceptos de dependencia e irregularidad en el desarrollo urbano, son eficaces para explicar la lógica de esta zona metropolitana (Lorenzo, 1994; González Pérez 2007).

El Estado de Hidalgo, desde la colonia, fue confinado por el desarrollo capitalista a la monofuncionalidad de las actividades mineras, proceso que duró hasta pasada la primera mitad de siglo XX en que hay una crisis minera causada por el declive de la producción y la caída de los precios a nivel internacional (Semo, 1985). Sólo tres ciudades (Pachuca, Tulancingo e Tula) desarrollaron un pequeño impulso de la industria manufacturera. Posteriormente, en la década de 1970, sin haber desarrollado un auténtico sistema industrial, Hidalgo comenzó a construir un sistema complementado con servicios. Las consecuencias más importantes de esta nueva organización del espacio regional están relacionadas con los nuevos ritmos alcanzados por el crecimiento urbano y la consiguiente metropolización. Una metropolización que desde los años ochentas dependió de la megalópolis de la ciudad de México y albergó a una gran cantidad de migrantes muchos de ellos de bajos ingresos que llegaron a levantar asentamientos irregulares (González Pérez, 2007)

Podemos decir, entonces, que la explotación de la minería de la plata explica el origen y el desarrollo histórico de Pachuca, su actual emplazamiento y la forma urbana primitiva. También resulta evidente, que su estructura urbana original, aunque muy modificada, es la característica de las ciudades mineras: traza de plato roto, que atiende a la topografía del terreno, a lo fortuito de su crecimiento y a la ausencia de planeación (Ballesteros, 1992). La monofuncionalidad a la que fue sometida (su actividad extractiva) favoreció al asentamiento sobre las cuevas en detrimento del valle, probablemente más adecuado para el desarrollo y el ordenamiento urbano. De acuerdo con Lorenzo (1994), en la historia urbana de Pachuca podemos distinguir cuatro períodos principales:

a) Durante el siglo XVI, Pachuca era un precario caserío en el cual sus habitantes aún vivían de la agricultura. Hacia mediados de siglo, probablemente hacia 1551, el descubrimiento de las minas de plata, generó la primera transformación urbana importante. Comienzan a llegar los primeros pobladores procedentes de otros lugares del país (Taxco y Ciudad de México, fundamentalmente). El descubrimiento y posterior difusión del procedimiento de la amalgamación (utilización del mercurio para separar la plata extraída) en la hacienda Purísimo Grande (1554) produjo una primera expansión del espacio urbanizado durante la segunda mitad de este siglo.

b) Los trescientos años de colonia y de confinamiento a la minería, congelaron el desarrollo urbano del asentamiento. Así, en el siglo XIX y después de la guerra de independencia, la fisionomía urbana de Pachuca empieza a modificarse entre 1850 y 1910 . Recordemos que durante el Porfiriato se funda el Estado de Hidalgo y que en 1869, Pachuca es designada capital. También en este período se generaliza el levantamiento de construcciones monumentales en una ciudad francamente irregular, desarrollada alrededor de asentamientos populares mineros que empezaban a expandirse sobre los cerros que la circundaban.

c) Ya en primera mitad del siglo XX, la decadencia de la minería y la casi ausencia de empresas de secundarias o terciarias produjeron estancamiento demográfico y paralización de la expansión urbana. Cabe resaltar que en medio siglo (1900-1950), la población aumentó tan sólo en un 10% (González Pérez, 2007).

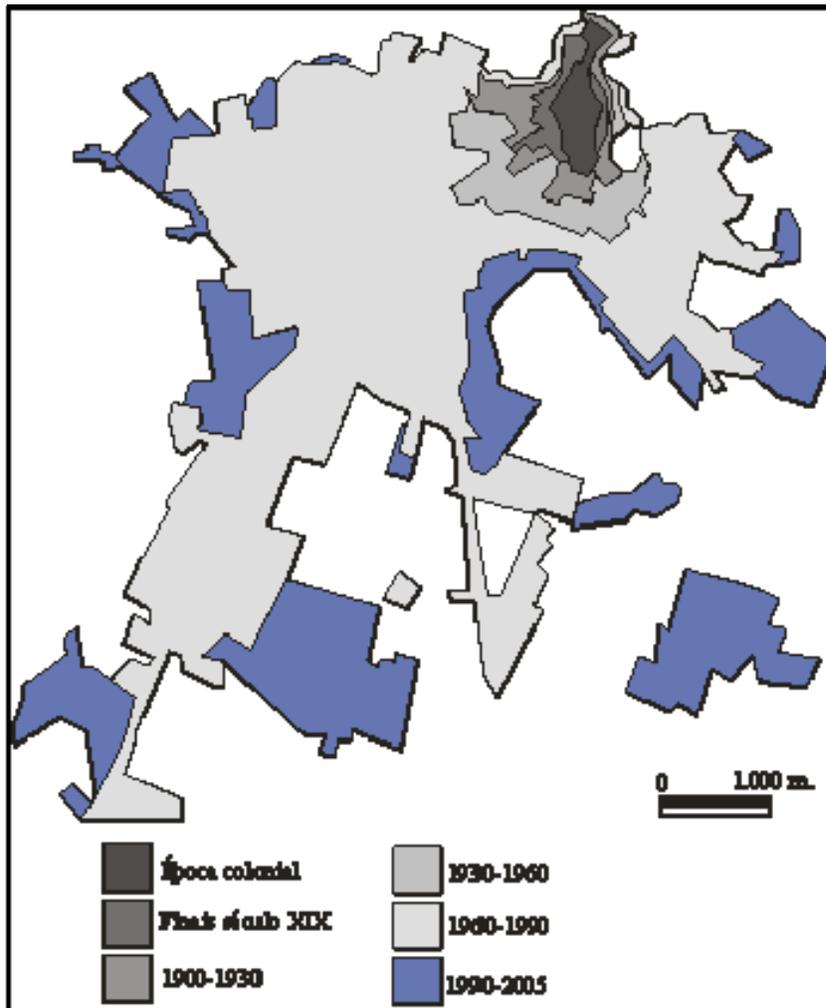
d) El crecimiento económico nacional de los años cuarentas y cincuentas así como el impresionante incremento demográfico del país a finales de los sesentas y los setentas, impulsaron en un futuro próximo una reestructuración de las pequeñas ciudades las cuales empezaron a ser impactadas por los flujos migratorios. La década de 1980, es una etapa crucial para la metropolización de Pachuca de Soto: el último tercio del siglo XX es el de mayor crecimiento y el que más influyó en la imagen actual de la ciudad (Camposortega, 1997) . A diferencia de etapas anteriores, donde la fuerte explotación de la minería justificaba la formación y construcción del plano de la ciudad, las causas del actual estallido urbanístico y poblacional no se explica por factores exclusivamente internos. Primero habría que remitirse a las consecuencias del terremoto de 1985 y más adelante a los desplazamientos intermetropolitanos (Ortíz y Fabre, 2006)..

Así, los flujos migratorios afectaron la ciudad interior y las áreas no edificadas de la periferia que, a partir de ese momento, se incorporaron con fuerza al mercado del suelo. Durante estos años, se produjeron las más importantes acciones de destrucción de la ciudad compacta y los más ambiciosos proyectos de creación de nueva ciudad. Un desarrollo acelerado y poco planificado que radicaba en producir una urbe claramente insostenible: destrucción del centro histórico, proliferación de asentamientos informales, masiva ocupación del suelo en la periferia por medio de modelos importados de urbanización difusa, déficit de equipamientos públicos, ausencia de zonas verdes y un acelerado deterioro ambiental (Lorenzo, 1994).

Los cambios en la estructura urbana de los años noventas a la actualidad se han caracterizado por ir generando grandes manchas de vivienda con fuertes déficits de servicios públicos. A este proceso se le ha llamado la urbanización de la pobreza (Arriagada,2000). La cercanía con la Ciudad de México le dio a los capitalinos la posibilidad de contar con vivienda a bajo costo, una vez que se habían agotado las posibilidades de Cuernavaca y Toluca. Características de esta explosión urbanizadora de finales de siglo XX y principios del siglo XXI era el ataque a los espacios públicos: se construyen carreteras, vías para el automóvil privado o el taxi, se extienden las escuelas

particulares, y se inician problemas de las grandes metrópolis como la informalidad y la inseguridad. Ante esta situación, se van generando defensas de la población formando comunidades cerradas, amuralladas, segregadas.

Figura 4.1 EVOLUCIÓN URBANA DE LA CIUDAD DE PACHUCA



Fuente: adaptado y ampliado de Lorenzo (1994) y *Programa de Ordenamiento Urbano de la Zona Conurbada Pachuca-Mineral de la Reforma* (1994)

Se tiene fuerte evidencia de que los cambios urbanos en la ZMCP en la última década, han puesto más desorden que orden urbano (Granados, 2010; Duahu y Giglia 2008; González Pérez 2007 y Ortíz Lazcano, 2005). Como adecuadamente señala Duahu y Giglia (2008) este desorden podría ser la forma de imponer una lógica mercantil a las ciudades. En este desorden, son los espacios públicos los que resultan más dañados. Así, los servicios de salud resultan insuficientes para atender las necesidades de una zona que ha hecho crecer la pobreza y que es fuerte punto de atracción para

municipios del Estado y para migrantes del Distrito Federal que buscan suelo barato para adquirir una vivienda y hacerse de un patrimonio.

4.1.2 Socioespacialidad y salud

Se señaló que un conflicto socioespacial básico de la zona es la marcada fragmentación física que conlleva a una segregación social (Ortíz, 2004). Aproximándonos a una definición personal de socioespacialidad, diríamos que se trata de interpretar los problemas sociales en clave espacial o territorial. Se ha dicho en otra parte que, al menos desde una perspectiva urbana, los problemas son eminentemente y paralelamente sociales y espaciales (Harvey, 1979; Garrocho, 1995; Alonso, 1998 y Fernández, 2008). En este sentido, el urbanismo se enfrenta a problemáticas de interacción humana que tienen su expresión en trastornos de la ciudad tales como la segregación, la privatización del espacio público u otras formas de caos urbano. Retomamos la visión de socioespacialidad de Alonso Estrada, el cual la define como una territorialidad social que surge de la naturaleza dual de la integración humana: las prácticas orientadas a la producción y reproducción del entorno material y las prácticas orientadas a potenciación de las interacciones humanas (Alonso, 1998). En este sentido, esta definición asume la opinión de Roncayolo (1988) acerca de la principal virtud de la ciudad: ser un mecanismo para potenciar la interacción social. Se potencia la interacción compartiendo el espacio y el tiempo (Bourdieu et al., 1985).

La observación es interesante para esta tesis ya que la salud, vista desde la perspectiva urbana, es un problema socioespacial. Y esto no sólo porque la enfermedad puede ser provocada por condiciones deterioradas de la habitabilidad de la vivienda o de los centros de trabajo. En otras palabras, el proceso salud-enfermedad no se refiere únicamente al desajuste biológico de un individuo o un grupo de individuos. Más aún, este desajuste si bien se presenta en el ámbito de lo orgánico, se extiende hacia los entornos materiales y hacia las interacciones humanas (Breilh 1989). Por ello, todo proceso de enfermedad de los individuos tiende a trastornar las formas de relacionamiento humano y las formas de usar y ocupar los espacios (Rojas Soriano 1985). Un enfermo, tanto en el ámbito doméstico como en el de la ciudad, requiere espacios especiales o más amplios y diferentes a los habituales; de no ser así su movilidad puede verse alterada.

Considerando los anteriores argumentos, cabe subrayar que en la escala de la ciudad la presencia de enfermos, discapacitados o ancianos tiende a modificar el uso de los espacios públicos. Esto es más notorio en los entornos de los hospitales: la circulación es más lenta, la señalética más abundante, las aceras más anchas y con más rampas ya que se tiende a garantizar la movilidad. El hospital en la lógica urbana sugiere un especial trato de la lógica urbana en cuanto a su traza, mobiliario y de uso de los espacios (Golany, 1985).

En la ZMCP el problema del cuidado de la salud ha impactado tanto en lo social como en lo espacial. En lo social, hacemos énfasis en la relevancia del envejecimiento poblacional producto del incremento de la esperanza de vida y de los movimientos migratorios. Dicho envejecimiento

reconfigura las interacciones sociales: conlleva la presencia de enfermedades y disminución de capacidades, implica cambios de largo plazo en la dinámica familiar o en la dinámica social de las organizaciones de salud, incremento en el gasto familiar e incremento en el gasto gubernamental en servicios públicos sanitarios entre otras cosas (Ortíz Lazcano, 1999) . En lo espacial, y por tanto en referencia a la producción y reproducción del entorno material, el cuidado a la salud se ha presentado como el intento, pocas veces logrado, de mejorar y ampliar las infraestructuras físicas de hospitales y centros de salud, hacer más seguras las vialidades a fin de evitar accidentes de tránsito, generar mejoras en la vivienda de enfermos y ancianos y en general una preocupación (más centrada en los peatones que en las autoridades urbanas) por las modificaciones a la estructura urbana tendientes a priorizar el uso del automóvil (Azqueta y Escobar 2004). Finalmente, podemos decir que para la ZMCP la salud como problema socioespacial, implicará en el futuro un plan de rediseño físico e institucional (Garrocho y Campos, 2005). Este plan, que debe de responder a la naturaleza dual de la integración humana, puede significar llevar a cabo acciones que impacten en la cultura, la economía o la arquitectura de la ciudad (Harvey,1979).

4.2 Problemáticas fundamentales de la ZMCP

Muy probablemente los problemas centrales de la ZMCP se refieren a la poco legible estructura urbana, la pobreza y marginación, la dinámica demográfica, la disminución de los espacios públicos, la economía y la gobernabilidad. En lo siguiente nos avocaremos a exponer estas problemáticas de la zona.

4.2.1 Metropolización, contraurbanización y policentralidad

La ZMCP, en el estado de Hidalgo, se encuentra al centro del país. Lugar en donde ha crecido una gran megalópolis que concentra a la capital de la república y a 17 municipios de seis entidades. También se han asentado ahí 9 zonas metropolitanas las cuales se encuentran unidas funcionalmente todas ellas con fuerte dependencia hacia la Ciudad de México¹.

Figura 4.2 Ubicación del Estado y de Pachuca de Soto en el panorama nacional

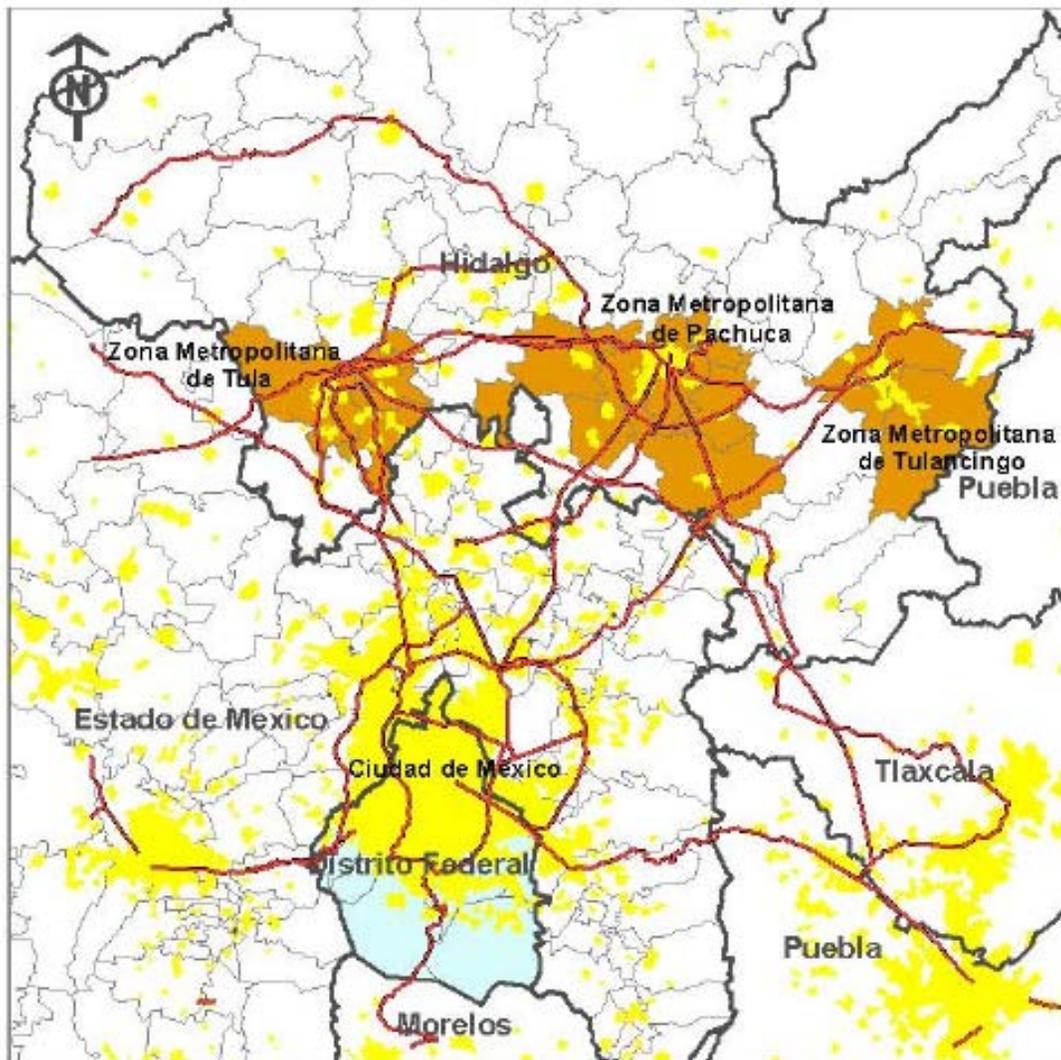


Fuente: *Grupo Institucional para la Delimitación de Zonas Metropolitanas* (2004)

¹ Las entidades son Distrito Federal, Estado de México, Morelos, Tlaxcala, Hidalgo y Puebla. Los Municipios son ... Finalmente, las zonas metropolitanas son Valle de México, Toluca, Cuernavaca, Cuautla, Puebla-Tlaxcala, Tlaxcala-Apizaco, Pachuca, Tula, Tulancingo (SEDESOL, 2005)

Si la metropolización en el país inició en los años setentas , en el Estado de Hidalgo este proceso comienza a gestarse en los años ochenta, principalmente con la expansión física de las ciudades de Pachuca y Tulancingo hacia localidades de sus municipios colindantes (Granados, 2010; Chávez, 2004 y A-Regional, 2009). Así, según estos autores, en el año 2000 había tres zonas metropolitanas (ZM) en el Estado de Hidalgo: la ZM de Pachuca, la ZM de Tulancingo y la ZM de Tula, la cuales se encuentran, si observamos la figura 4.3, en una línea casi horizontal de surponiente a suroriente de la entidad.

Figura 4.3 Zonas Metropolitanas del Estado de Hidalgo

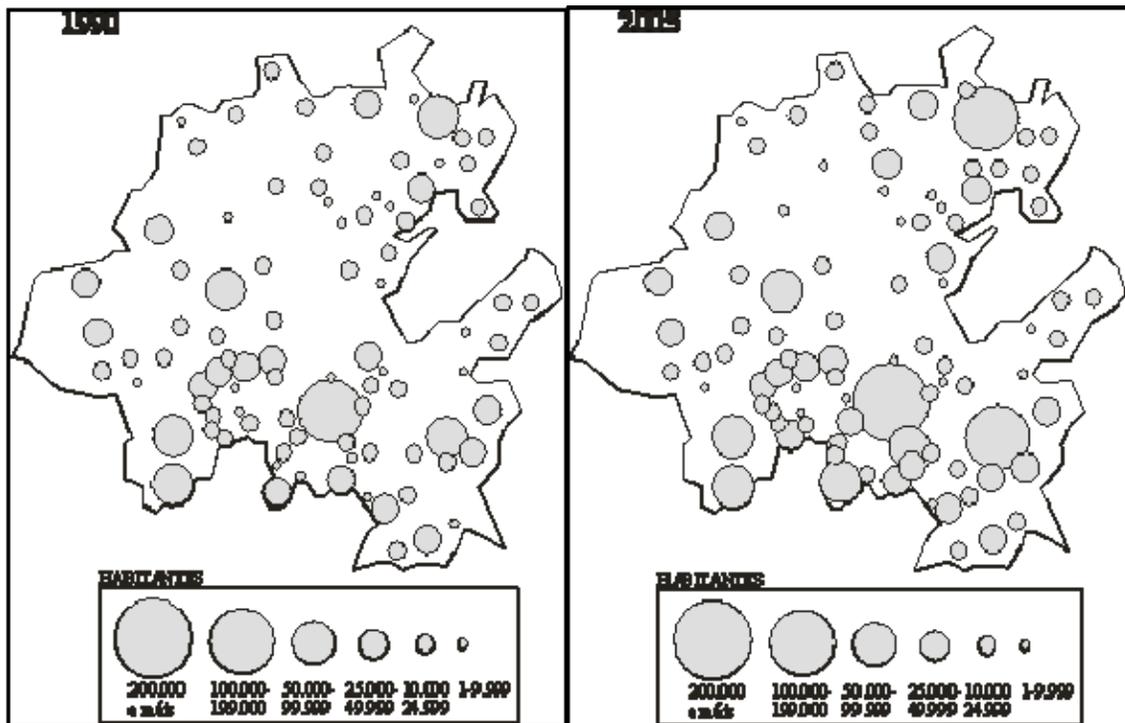


Fuente: Grupo Institucional para la Delimitación de Zonas Metropolitanas (2004)

De esta manera, la red de ciudades más densa se ubica al sur del estado, donde precisamente están los municipios más poblados de la región y donde convergen las principales vías de comunicación

procedentes da ZMVM . Desde 2005, tres ciudades hidalguenses están clasificadas como ciudades medias: Pachuca, Tulancingo y Huejutla. En la cabecera del sistema urbano está Pachuca, la capital del estado y el principal centro administrativo y terciario. En ese año, su población fue calculada en torno a los 275,000 habitantes y su área de influencia directa se aproxima a los 400,000. En un segundo nivel se sitúan dos ciudades industriales de 100,000 habitantes, Tulancingo y Tula. Sus respectivas áreas de influencia tienen entre 150,000 y 200,000 habitantes, respectivamente (SCINCE, 2005)

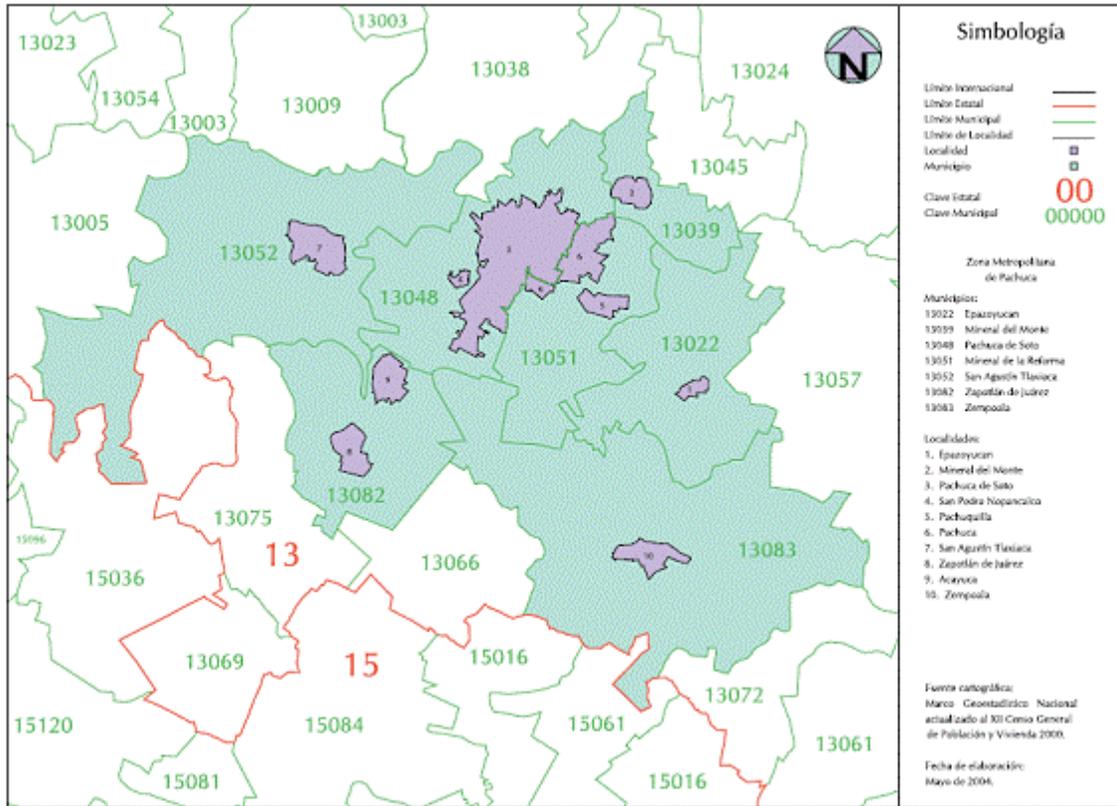
Figura 4.4
Población de los municipios de Hidalgo: 1990 y 2005



Fuente: González Pérez,2007

Ya en específico, la Zona Metropolitana de Pachuca la conforman los municipios de Epazoyucan, Mineral del Monte, Mineral de la Reforma, San Agustín Tlaxiaca, Zapotlan de Juárez, y Zempoala. Al respecto, Pachuca y Mineral de la Reforma son los municipios centrales, ya que en estos municipios se encuentra la ciudad principal que da origen a la ZM. Mineral del Monte manifiesta un carácter predominantemente urbano al tiempo que mantiene un alto grado de integración funcional con los municipios centrales incluidos en la ZM de Pachuca por criterios de planeación y políticas urbanas (Granados,2010).

Figura 4.5 Zona Metropolitana de Pachuca de Soto



Fuente: *Grupo Institucional para la Delimitación de Zonas Metropolitanas (2004)*

Según señala Granados (2010:24), al analizar el crecimiento de la población en la última década en las Zonas Metropolitanas hidalgüenses observamos que entre 1990 y 2000 la población de estas zonas pasó de 564,000 a 738,000 personas, esto es, un aumento de 174 mil habitantes. En comparación, en el mismo período la población del Estado de Hidalgo aumentó 343 mil personas. Así las Zonas metropolitanas contribuyeron con el 57% del incremento de la población en esos años.

Por otro lado, las tasas de crecimiento de las tres ZM hidalgüenses en los dos últimos quinquenios del análisis han sido más elevadas que el crecimiento poblacional estatal, tendencia que se va acentuando con el paso del tiempo. Por ello se considera que de seguir este comportamiento, los aumentos de población en el Estado van a ser explicados por la dinámica demográfica de las zonas metropolitanas.

Sin embargo el comportamiento de estas tres zonas metropolitanas es distinto. En el período 1990-1995, la ZM hidalgüense que registró Tasas de Crecimiento Promedio Anual (TCPA) más Altas

fue la de Tulancingo. Y en el quinquenio 1995-2000 el crecimiento en esta zona se ha desacelerado. Similar comportamiento tuvo la ZM de Tula.

En cambio, la ZM de Pachuca es la que muestra crecimientos superiores a los dos últimos períodos de observación, aunque registra un ligero descenso de su ritmo de crecimiento en los períodos de análisis, ya que de una TCPA de 3.2% de 1990-1995 pasó a 3.0% de 1995-2000. A este comportamiento coadyuvan el que en esta ZM se encuentra el Municipio de Mineral de la Reforma (con TCPA de 5.7% y 9.6 % en los dos últimos quinquenios), el cual ha mostrado un fuerte crecimiento: la expansión territorial y de población de la ciudad de Pachuca se ha dado principalmente en su territorio. La tabla que mostramos a continuación hace referencia a este fenómeno en las tres ZM de Hidalgo.

Cuadro 4.1 Población y Tasas de crecimiento en las ZM de Hidalgo

	Población			TCPA	
	1990	1995	2000	1990-1995	1995-2000
Zona Metropolitana de Pachuca					
Epazoyucan	9302	10146	11054	1.5	2.0
Mineral del Monte	13043	13340	12885	0.4	-0.8
Pachuca de Soto	180630	220498	245208	3.6	2.5
Mineral de la Reforma	20820	28548	42223	5.7	9.6
San Agustín Tlaxiaca	19941	21571	24248	1.4	2.8
Zapotlán de Juárez	11481	13597	14888	3.0	2.1
Zempoala	21295	23148	24516	1.5	1.4
Total	276,512	330,848	375,022	3.2	3.0
Zona Metropolitana de Tulancingo					
Cuautepec de Hinojosa	36519	43906	45110	3.3	0.6
Santiago Tulantepec	18048	22738	26254	4.2	3.4
Tulancingo de Bravo	95570	110140	122274	2.5	2.5
Total	147137	176784	193638	3.3	2.2
Zona Metropolitana de Tula					
Atitalaquia	17626	19794	21636	2.1	2.1
Atotonilco de Tula	19327	22607	24848	2.8	2.2
Tlahuelilpan	11508	13400	13936	2.7	0.9
Tlaxcoapan	18264	21159	22641	2.6	1.6
Tula de Allende	73713	82333	86840	2.0	1.2
Total	140438	159293	169901	2.3	1.5
Población de las ZM	564087	666925	738561	3.0	2.4
Población Estatal	1,888,366	2,112,000	2,231,392	2.0	1.3

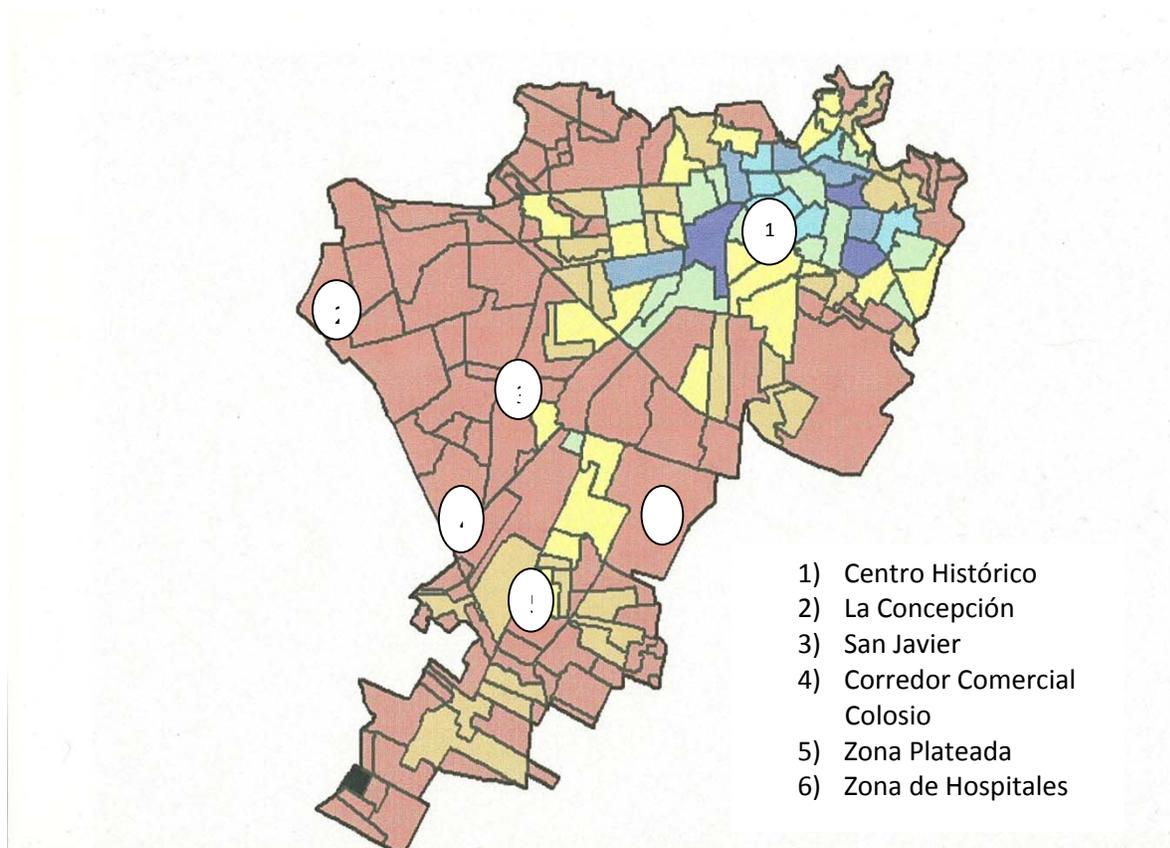
Fuente: Granados Alcantar, 2010

El proceso de metropolización antes descrito en la Ciudad de Pachuca, no está al margen de los procesos de las metrópolis más viejas del país. En otros términos, en la ZMCP se dan también fenómenos de contraurbanización² y polinuclearidad³. La ZMCP vive la contraurbanización de la

² Por contraurbanización se entiende un cambio brusco en los modelos de poblamiento urbano en los países fuertemente industrializados y se le han atribuido distintas causas que conducen a diferentes conclusiones. Según el

Ciudad de México, es decir, la experimenta de manera pasiva y receptora. También vive la polinuclearidad porque dados los criterios mercantiles de ampliación de la estructura urbana, se establecen nuevos subcentros de negocios la mayoría de ellos al sur de la ciudad (Zona plateada, San Javier, Corredor Comercial Boulevard Colosio y Zona de Hospitales), lo cual hace más destacada la asimetría económica del asentamiento.

Figura 4.6 Subcentros de la Ciudad de Pachuca



Fuente. Elaboración propia con datos de INEGI (2010), Zona Metropolitana de Pachuca de Soto

4.2.2 Pobreza y marginación

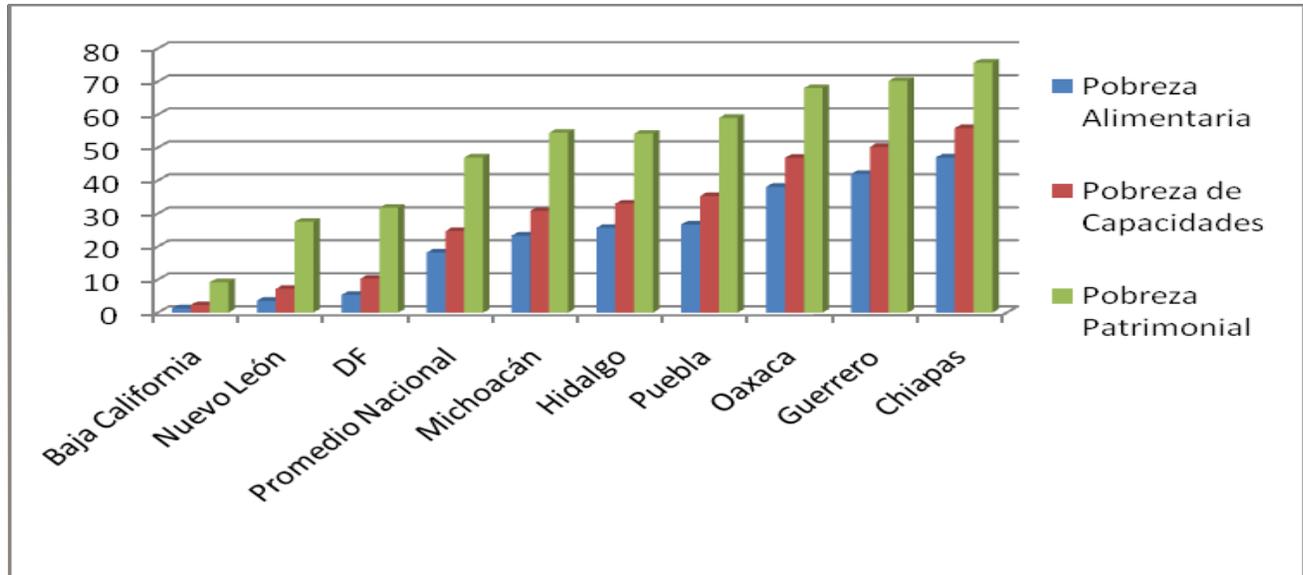
El caso que analizamos en este estudio pertenece a uno de los estados más pobres de la República mexicana: el estado de Hidalgo (CONEVAL 2007; CONAPO, 2001). Aunque si bien es cierto, la

punto de vista que se adopte, la contraurbanización puede considerarse la simple continuación de procesos de urbanización anteriores o, por el contrario, un cambio de sentido en los modelos de poblamiento urbano de consecuencias todavía escasamente estudiadas (Berry, 1976 y Granados 2010:10).

³ Por polinuclearidad se entiende la generación de nuevos centros de negocios que no se ubican en la ciudad central e histórica (Aguilar, 2004).

institución seleccionada se trata de un hospital que se encuentra en la ciudad capital de esta entidad y ello la exime de muchas carencias que dicho estado tiene en sus municipios no capitales. La figura 4.7 da cuenta de los niveles de pobreza de la entidad en relación con otros estados y con la media nacional:

Figura 4.7 Índices de Pobreza en nueve entidades

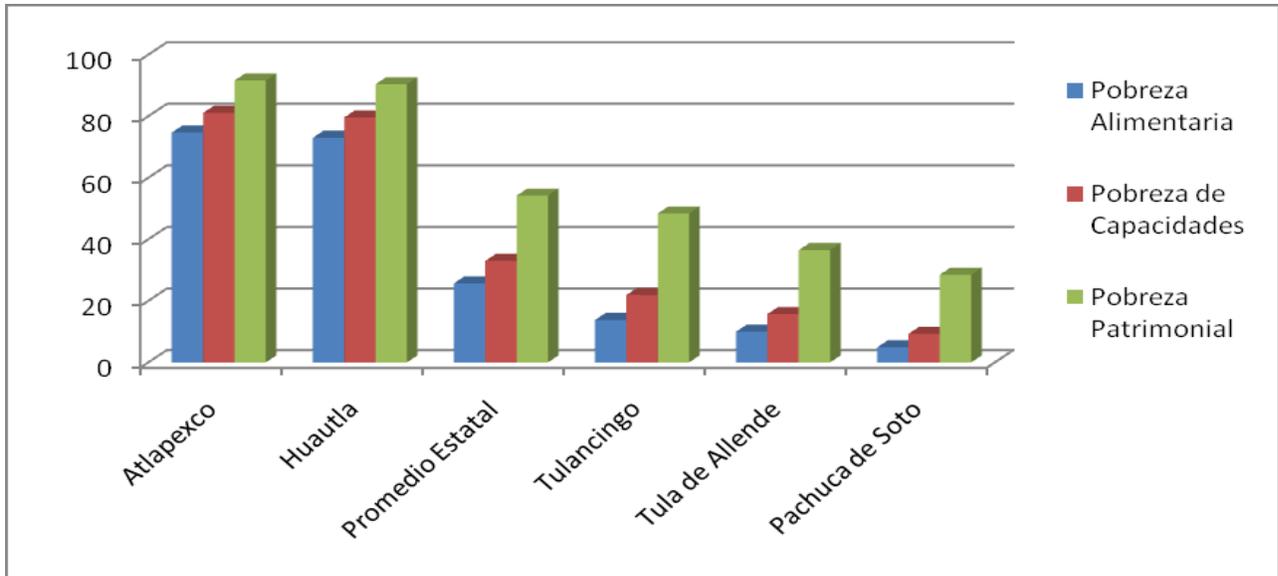


Fuente: Elaboración propia con datos de CONEVAL (2005)

Del cuadro ya señalado importa recalcar que se registran los niveles más bajos de pobreza (Baja California, Nuevo León o el DF) y seis estados con los niveles más altos. Con ello, observamos que el Estado de Hidalgo (con varios puntos arriba del promedio nacional) está ubicado entre aquellos con índices más altos de pobreza en el país, aunque aún no llega al nivel de deterioro de Oaxaca, Chiapas o Guerrero. Se registra el caso de Michoacán, quien tiene índices parecidos a Hidalgo. Al respecto importa señalar también el caso de Puebla el cual al tener una de las metrópolis más grandes del país, evidencia una fundamental desigualdad social. El caso es relevante porque en Hidalgo se está gestando un caso similar: una capital metropolitana con una importante concentración de población urbana, ingreso y servicios públicos en contraste con la ruralidad y la pobreza de la entidad. Así, según INEGI (2005), al año 2004 el 52% de la entidad es urbana y 48% es rural.

La ya mencionada desigualdad regional y la situación privilegiada de la zona metropolitana central queda de manifiesto para el caso de Hidalgo en la figura 4.7. En ésta se expresan los altísimos índices de pobreza en municipios del norte como Atlapexco o Huautla en contraste con los bajos índices de las tres ciudades más importantes del Estado: Tula de Allende, Tulancingo de Bravo y Pachuca de Soto.

Figura 4.8 Índices de pobreza en cinco Municipios Hidalguenses



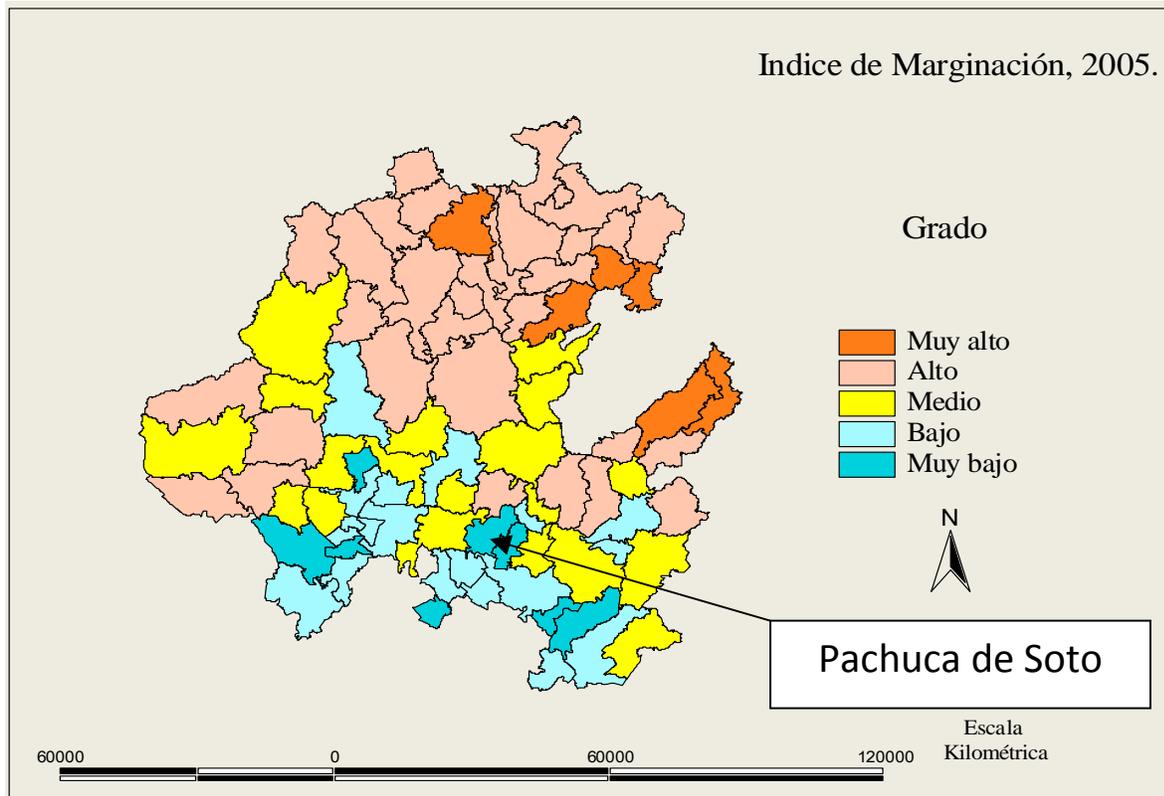
Fuente: Elaboración propia con datos de CONEVAL (2005)

Del gráfico 4.8, observamos que en los municipios más pobres del Estado (Atlapexco y Huautla) los índices se observan más homogéneos, en tanto en las tres ciudades más importantes del Estado e incluso en la media nacional es visible un predominio de la pobreza patrimonial, en mucho debido a los costos de las propiedades inmobiliarias en las ciudades medias (Presidencia Municipal de Pachuca, 2009).

La lógica de la marginación social del Estado nos habla de que es precisamente en el sur, donde se ubican las tres zonas metropolitanas, donde se concentran los lugares de bienestar. Esta misma lógica norte-sur se reproduce a nivel de la Zona Metropolitana de Pachuca de Soto (figuras 4.7 y 4.8).

El orden en la distribución espacial de los niveles de pobreza y marginalidad han implicado que la población del norte se traslade hacia el sur en búsqueda de servicios de educación, salud, de trabajo o de vivienda. Y es que es el sur quien ofrece mejores condiciones de habitabilidad. En concordancia con esto, es la ZM de Pachuca el gran polo de atracción de la entidad (Galván et al, 2008).

Figura 4.9 Marginación en el Estado de Hidalgo



Fuente: CONAPO 2005

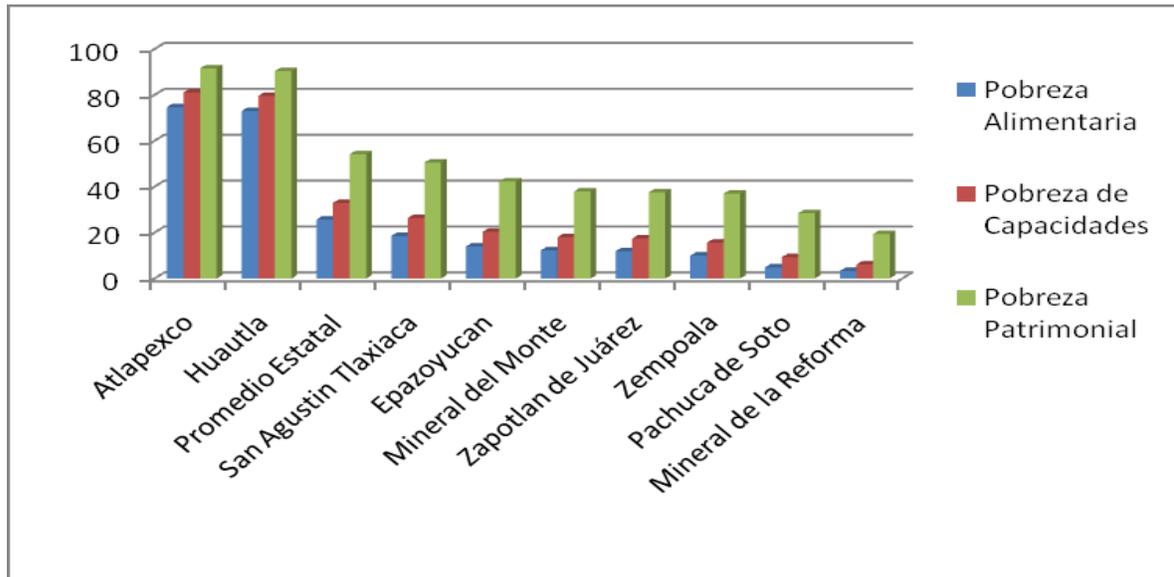
Queremos señalar que la atracción de Pachuca de Soto se ejerce no sólo hacia los demás municipios de la entidad sino también hacia el Distrito Federal. En la última década, el crecimiento poblacional de esta ciudad hidalguense tiene como causa fundamental los flujos de defechos que aprovechan la facilidad para conseguir vivienda propia, problema grave en la capital de la república. En décadas anteriores la salida de capitalinos tenía como destinos las ciudades de Toluca o Cuernavaca. El auge migratorio hacia estas ciudades empezó a decaer y el de Pachuca está en su momento (Ortíz y Fabre, 2006; Presidencia Municipal Pachuca, 2006 y Granados, 2010).

Sin embargo, Pachuca de Soto y su zona metropolitana no es (como lo sugiere el mapa, el cual es sólo un modelo) una zona que tenga de manera homogénea bajos niveles de pobreza. Como tendencia podemos decir que los tiene, pero existen a su interior diversos grados de marginación.

Al igual que en todas las ciudades medias, las problemáticas sociales de esta aglomeración urbana se convierten en problemáticas de aprovechamiento del espacio o se reflejan en el uso de los espacios privados y públicos. La manera como la ciudad de Pachuca ha ido creciendo, aunado a su perfil demográfico, ha generado más complicaciones para la movilidad de sus habitantes y para la

accesibilidad a los servicios públicos. Estos crecimientos físicos y demográficos de Pachuca no serían explicables sin atender al proceso de metropolización que desde hace unas décadas ha experimentado el lugar.

Figura 4. 10 Índices de pobreza en la media estatal y en nueve municipios Hidalguenses



Fuente: Elaboración propia con datos de CONEVAL (2005)

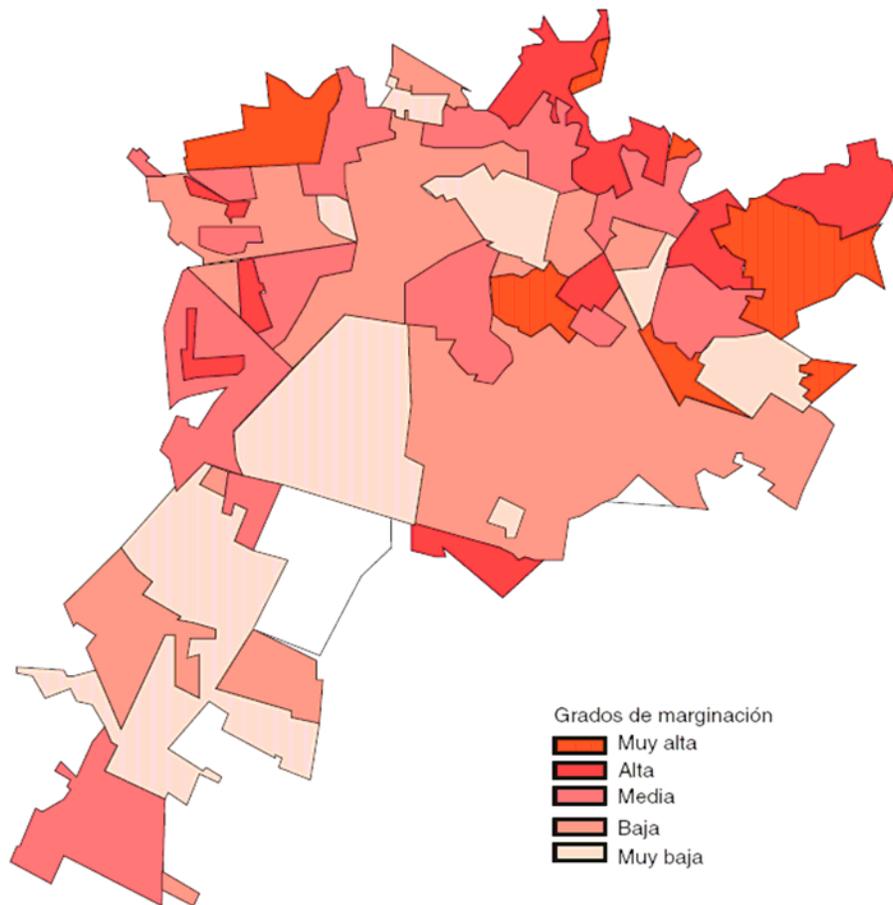
En la figura 4.10 se muestran dos de los municipios más empobrecidos del Estado (Atlapexco y Huautla) así como el promedio estatal. Asimismo se registran los siete municipios que conforman la Zona Metropolitana de la Ciudad de Pachuca.

Respecto a los municipios de la ZMCP, recalamos la situación de Mineral de la Reforma el cual es una zona de nuevo crecimiento donde se están concentrando áreas habitacionales, plazas comerciales y es el destino de una parte importante de los inmigrantes. Todo esto hace que sus habitantes (muchos de ellos provenientes del DF) cuenten con casa propia y con los servicios con los que tales zonas son construidas. Así, Mineral de la Reforma, área conurbada a Pachuca, ha sido una de las palancas de la metropolización.

Habíamos mencionado anteriormente que aunque la CONEVAL (2007) o la CONAPO (2009) señalan a Pachuca y a su Zona Metropolitana como un espacio donde son bajos los índices de pobreza y marginación, estas áreas no son homogéneas y encontramos en ellas diversos niveles de calidad de vida urbana. En la figura 4.6 se muestran los grados de marginación de la Zona metropolitana de Pachuca de Soto. De alguna manera la configuración de esta ZM reproduce lo que pasa a nivel estatal: zonas de muy baja marginación al sur y de muy alta al norte. Aunque

ciertamente encontramos zonas de fuerte pobreza (incluso asentamientos irregulares) muy cerca del centro de Pachuca.

Figura 4.11 Grados de marginación por AGEB urbanos en la Aglomeración Urbana de Pachuca



Fuente: Granados, 2006

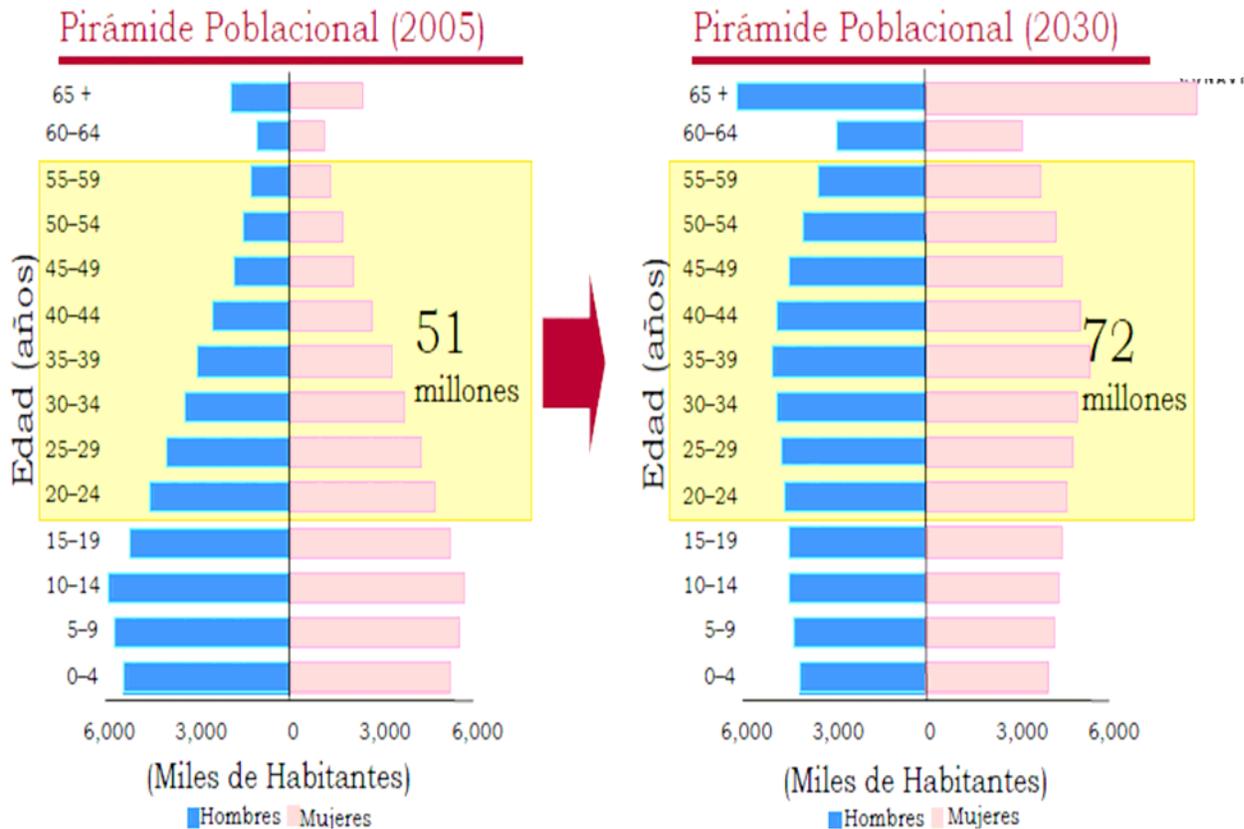
4.2.3 Cambios demográficos

Los cambios demográficos importantes de la ZMCP se refieren al crecimiento natural y al crecimiento social de la población. Ambos crecimientos, en razón del incremento en la esperanza de vida y con la migración de retiro o de familias extensas, han llevado a agravar el envejecimiento poblacional. Por otro lado las migraciones también pudieron haber ocasionado severos cambios en la estructura urbana de la ciudad: es probable que los inmigrantes hayan influido en la construcción de grandes conjuntos habitacionales, en la ampliación de un volumen vehicular que a la larga

presionó por construcción de vías que evitaran embotellamientos y, también dada su capacidad económica, fortalecieran con su cultura de consumo los subcentros de la zona (Granados, 2010).

La figura 4.12 muestra el comportamiento de tres grupos poblacionales en dos momentos específicos: 2005 y 2030. Los grupos específicos son la población de 0 a 19 años que pudiéramos llamar no empleada, la población de 20 a 59 que son los que se mantienen activos en términos de empleo y la población de 60 años y más que son aquellos en edad de retiro. El comportamiento es distinto. La población de 0 a 19 tenderá a contraerse en tanto las poblaciones en edad productiva tenderán a expandirse, lo cual puede ser una verdadera pesadilla si no se cuenta con un mecanismo de generación de empleo en el país para los próximos años (García y Salas, 2007). Por su parte, la población de la tercera edad tenderá a incrementarse de manera significativa, lo cual impactará seriamente a los sistemas de salud.

Figura 4.12 Cambios en las Pirámides Nacionales en los próximos años



Fuente: Informe de CONAVI con Proyecciones de CONAPO, 2005 y 2009

Ahora bien, un fenómeno particularmente importante de la ZM de Pachuca es que su crecimiento poblacional es más de orden social que natural. Al respecto, los flujos migratorios de defechos ya descritos, han impactado seriamente la ciudad. Estos flujos tienen dos tendencias que tocan de lleno al problema sanitario en la zona. Por un lado se trata de migrantes no empobrecidos sino que están

asegurados y buscan mejores condiciones de vivienda. Lo anterior implica que los migrantes promedio que llegan a Pachuca son familias completas, a veces no sólo nucleares sino extensas, con niños, lo cual presionará para que los servicios médicos pediátricos y de salud reproductiva se amplíen en un futuro (pues además son mayoritariamente mujeres las migrantes). La otra característica es que hay indicios de que empieza a tener fuerza la migración de retiro (Granados 2010). Tal migración de retiro implicará a su vez la necesidad de ampliación de los servicios geriátricos.

Al igual que el resto del país, en Pachuca ha habido un notable descenso de la mortalidad y la natalidad en los últimos 30 años. En el año 2000, la Tasa Bruta de Mortalidad se ubicó en 5.9 defunciones por cada mil habitantes y la Tasa Global de Fecundidad de Pachuca fue de 2.04 hijos por mujer, la más baja del Estado de Hidalgo e incluso una de las más bajas del país. Con este nivel de fecundidad las mujeres de Pachuca no alcanzan el reemplazo generacional (2.11 hijos). Es decir, el nivel de fecundidad en cada mujer de una cohorte, sujeta a la ley de fecundidad vigente en la misma época, procrea una hija, en promedio a lo largo de su vida productiva (tasa neta de reproducción unitaria) (Lorenzo, 1994).

De esta manera, a consecuencia de la reducción de la fecundidad y la mortalidad que se presenta desde 1970, la pirámide de edad ha cambiado: hace treinta años, la estructura por grupo de edad quinquenal correspondía a una pirámide con una estructura sumamente joven, con una base muy ancha producto de una población que había sufrido un descenso en los dos componentes del crecimiento natural. Ahora bien, el descenso de la tasa de fecundidad, de natalidad y de mortalidad actúan de manera negativa en el tamaño, estructura y eficacia de las redes de apoyo para la atención de los adultos mayores (Montes de Oca, 2003). Expliquémonos.

Para los adultos mayores, el apoyo inmediato ante las limitaciones y enfermedades crónicas que frecuentemente padecen está en su red social de parentesco, en principio con sus consanguíneos con quienes cohabita, y en seguida con sus consanguíneos con quienes no comparte el mismo techo, de quienes puede recibir apoyo material y emocional. Sin embargo ante los cambios demográficos expresados en disminución de tasas de fecundidad y natalidad, en el aumento de la inserción de las mujeres al ámbito laboral fuera de casa y por ello el aumento de una mayor independencia de ellas (que son las principales cuidadoras de ancianos en el país), ocasionan que la red de parentesco pierda potenciales proveedoras de apoyo; y entonces la red de parentesco se ve rebasada en sus capacidades para asumir las responsabilidades que implican el proceso de salud enfermedad de los adultos mayores (Tinoco, 2007; Arriaga y Valdés, 2009; Bonet, 2006)

Pero el descenso de la mortalidad también favoreció principalmente a la población infantil y a los menores de edad: su peso relativo experimenta un continuo aumento y su dinámica de crecimiento fue mayor que la población en edad de trabajar. Así, la base de la pirámide concentraba la mayor parte de la población observándose un reducido número de adultos y de ancianos.

Sin embargo desde el año 2000, esta pirámide ha ido cambiando su estructura; de tal modo que la base piramidal se ha estrechado gradualmente, y el ensanchamiento se ha desplazado hacia las edades centrales de generaciones numerosas que nacieron en la época de muy alta fecundidad, provocando la antesala de un incremento en la proporción de envejecimiento poblacional (ver figura 4.12).

4.2.3.1 *La migración y su tipología*

Las migraciones en el área pueden clasificarse, entonces, en absolutas, relativas y de retiro. Asimismo la movilidad en la ZMCP puede clasificarse en No migrante, migrante interestatal, migrante intermunicipal, migrante de retorno y migrante internacional (Granados, 2010: 81).

4.2.3.2 *Efectos del cambio demográfico en familias y hogares*

Menciona Zúñiga (2004) que en México el cuidado a los adultos mayores se vincula estrechamente con la dinámica de los hogares. En tal sentido, la salud de los adultos mayores se ve reforzada por la composición de las familias. Así, como ya se había dicho, la baja en las tasas de natalidad y fecundidad ha venido a debilitar las redes de apoyo familiar a los ancianos. Y es que el entorno residencial más frecuente es la coresidencia con los hijos. Esto se debe tanto a una acentuada tradición de apoyo intergeneracional como a la necesidad de optimizar recursos a partir de la integración de individuos de varias generaciones bajo un mismo techo.

Según algunos autores (Granados ,2010 y Ribeiro y Mancinas, 2009), en México, en 23.3% de los hogares vive alguna persona con 60 años o más y en 19% el jefe es una persona con 60 años o más. No obstante, sólo 5.4% de los hogares están integrados exclusivamente por adultos mayores. Yendo un poco más allá de los datos, suponemos que la coresidencia generacional permite reflexionar las relaciones intersubjetivas cara a cara, no sólo entre los contemporáneos, sino entre estos y sus predecesores, y la experiencia del mundo de los predecesores es indirecta. El conocimiento de predecesores, al igual que el conocimiento de contemporáneos, puede alcanzarse en actos comunicativos en los que los semejantes o contemporáneos informen sobre sus experiencias pasadas. Entonces la experiencia de la enfermedad crónica de las personas mayores hoy es diferente a la que vivieron sus predecesores, así como es diferente a la que viven hoy con sus sucesores. Tan sólo hay que pensar que no había disminuido la tasa de fecundidad y natalidad y cuando no había aumentado la tasa de inserción laboral de las mujeres, había más cuidadoras potenciales en las redes de parentesco. Así, del apoyo informal, la coresidencia con la familia es considerada como uno de los apoyos más comunes hacia las personas mayores: cuando se padecen enfermedades crónico degenerativas, todos los recursos y apoyos familiares y sociales que reciben quienes las padecen, se pretenden canalizar a mejorar la calidad de vida del paciente⁴.

4.2.4 *El envejecimiento poblacional*

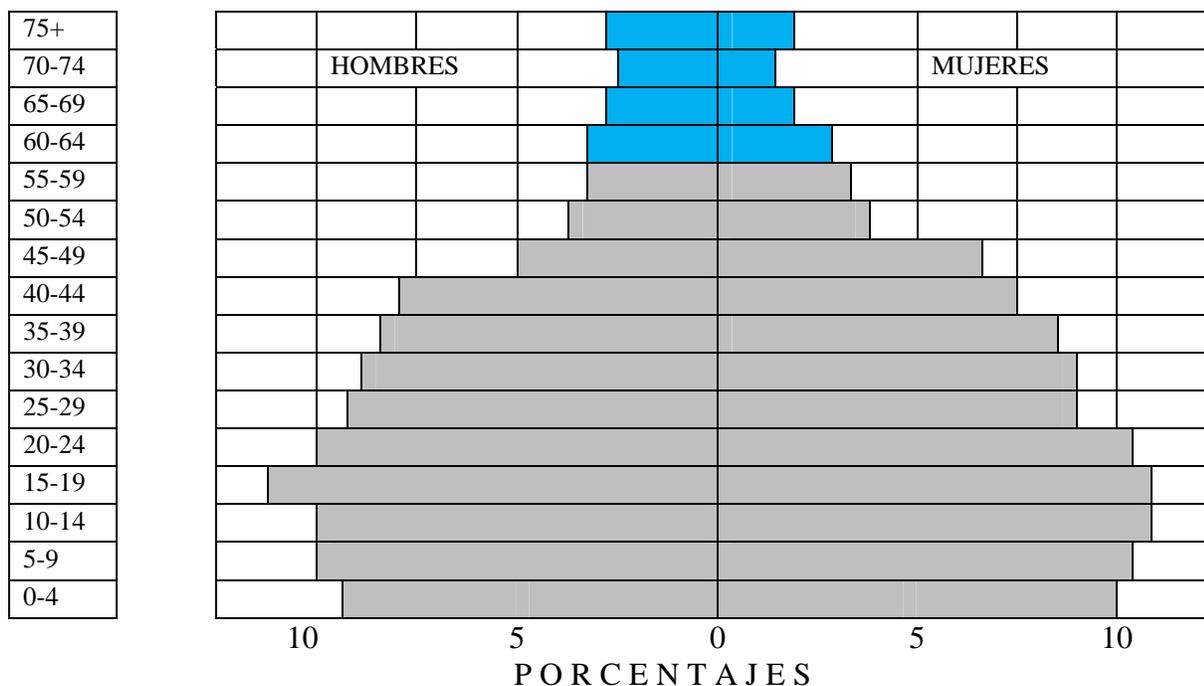
Sabemos que el envejecimiento es una tendencia a nivel mundial, que se presenta o se presentará en casi todos los países con modalidades distintas según las culturas específicas (Ribeiro y Mancinas 2009). Tal proceso golpea seriamente a países que, como México, no cuentan con atención médica universal sino sistemas de salud muy fragmentados y enganchados a sus sistemas de empleo.

En lo que respecta a Pachuca, cabe llamar la atención en que la población de la tercera edad ha observado un incremento continuo, al constituir en 1970 el 4.0% de la población, el 4.4% en 1990 y

⁴ Se entiende calidad de vida como una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social, así como el sentido que le atribuye a su vida entre otras cosas.(Schwatzmann 2003)

el 5.34% en el 2000. Recordemos que según el CONAPO (2001), una población empieza a envejecer cuando al menos 6% de su población son de la tercera edad.

Figura 4.13 Pirámide de edades de la Aglomeración urbana de Pachuca, año 2000



 Población en Estudio

Fuente: Granados Alcantar 2010 (Con datos de SINCE, 2000)

Según las proyecciones que nos presenta CONAPO, la población adulta mayor⁵ tenderá a crecer, en la ZMCP, de manera constante en casi 5.6% anual. El cuadro 4.3 expresa este ritmo de crecimiento en el último quinquenio.

⁵ En este estudio consideramos a los adultos mayores según el criterio internacional de la ONU, la cual los ubica a partir de los 60 años. Encontramos variaciones en la definición de la edad las cuales, creemos, tienen que ver más con necesidades de operatividad de políticas públicas en países subdesarrollados que con una definición basada en otros criterios. (Ortíz Lazcano,1999)

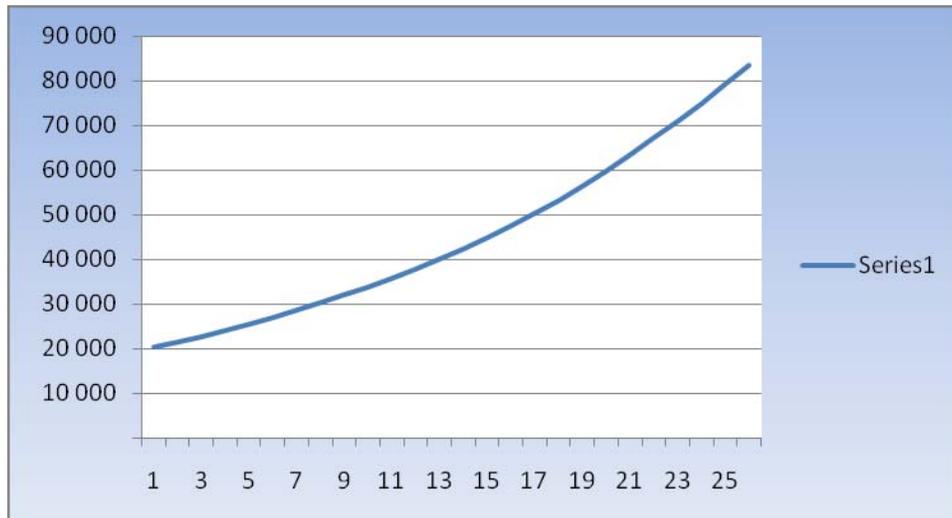
CUADRO 4.2 POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS EN LA ZMCP

Municipios	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Pachuca de Soto	12 576	13 223	13 988	14 789	15 619	16 495
Mineral de la Reforma	1 789	2 024	2 309	2 622	2 961	3 330
Epazoyucan	815	835	844	853	862	871
Mineral del Monte	772	776	780	784	789	793
San Agustín Tlaxiaca	1 684	1 756	1 842	1 932	2 027	2 126
Zapotlán de Juárez	1 014	1 055	1 102	1 150	1 201	1 253
Zempoala	1 803	1 877	1 965	2 057	2 152	2 251
TOTAL ZM	20 453	21 546	22 830	24 187	25 611	27 119

Fuente: Elaboración propia con Proyecciones de CONAPO 2000

Siendo este crecimiento constante, en 2030 se alcanzará la cifra de casi 85 000 ancianos, lo cual implicará pensar en el rediseño no sólo de instituciones sino de los espacios de la ciudad.

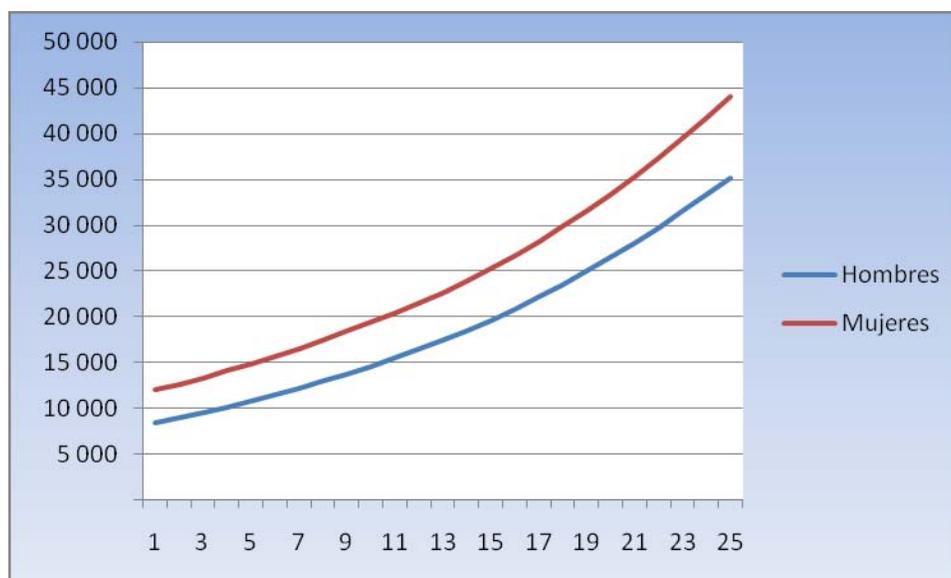
Figura 4.14 Incremento de la población de 65 y más años en la ZM de Pachuca 2005 a 2030 (Año 1 a Año 25)



Fuente: Proyecciones CONAPO 2000

Bien es cierto que este incremento en la población anciana no va a afectar por igual a hombres y a mujeres (Ortíz Lazcano, 2005 e INEGI, 2004). En realidad son las mujeres las que soportarán por más tiempo este envejecimiento, pues su esperanza de vida es mayor a la del hombre. Esto implicará alrededor de 10,000 mujeres más en 2030. En el gráfico 4.14 se presenta esta situación.

Figura 4.15 Crecimiento Poblacional por sexos de 65 Años y Más en la ZM de Pachuca de 2005 a 2030 (año 1 a año 25)



Fuente: Elaboración propia con datos de Proyecciones poblacionales de CONAPO, 2001

Este comportamiento nos lleva a considerar que en los próximos años será fundamental que los servicios geriátricos de ginecología se ensanchen lo más posible.

4.2.4.1 Tendencias y características sociodemográficas y económicas del adulto mayor

El adulto mayor es considerado una población vulnerable precisamente por su situación social. Se incluye en la “situación social” su estatus en lo familiar, lo económico, lo político y la calidad de vida urbana. Cada una de estas dimensiones de su vida cotidiana ha representado retos a la sociedad moderna (Lher y Thomae, 2003).

Respecto a la vida familiar del adulto mayor, ya se había planteado que los hogares contemporáneos se caracterizan por ser multigeneracionales y que al ser más reducidos, las redes de apoyo al anciano también sufren una merma. Es frecuente que se vea la vida familiar del anciano sólo en términos de dependencia: es decir cuando éste ha perdido autonomía. Sin embargo, la condición de dependiente es sólo la etapa final o a la que se le ha venido llamando cuarta edad. Previa a esta última etapa, es común que el adulto mayor viva relativamente independiente entre 10 y 20 años, es decir de los sesenta a los ochenta años (OMS, 2007b).

También es frecuente que en la tercera edad, el adulto mayor se mantenga como jefe de familia, con una vida conyugal y cumpliendo funciones cada vez más cuestionadas y disminuidas como padre y como guía educativa de hijos y nietos. Esta situación de pérdida de autoridad, a la cual le seguirá

años después, pérdida de capacidades físicas y frecuentemente económicas, es el inicio de una real o subjetiva violencia que vivirán al final de su vida (Montes, 2009).

En términos económicos, esta violencia puede presentarse como una pérdida total de ingresos económicos si es que no cuentan con ningún tipo de seguridad social o no previeron formarse un fondo de retiro particular a través de ahorros personales. La situación económica actual del país, donde se hace uso de los fondos de retiro como forma de capitalizar la economía privada, ha llevado a un deterioro del sistema de pensiones. Y si el adulto mayor quisiera seguir laborando, sus posibilidades de encontrar un trabajo bien remunerado y agradable son bajísimas, pues es común que su escolaridad no sea alta. Debido a esta situación de vulnerabilidad familiar o económica, los adultos mayores son cooptados fácilmente por fuerzas políticas que pueden priorizar intereses electorales inmediatos. En unos cuantos años, así como actualmente lo son los adolescentes, las poblaciones de ancianos serán los sectores “bisagra” o que pueden definir una situación electoral competida (Arriaga y Valdés, 2009).

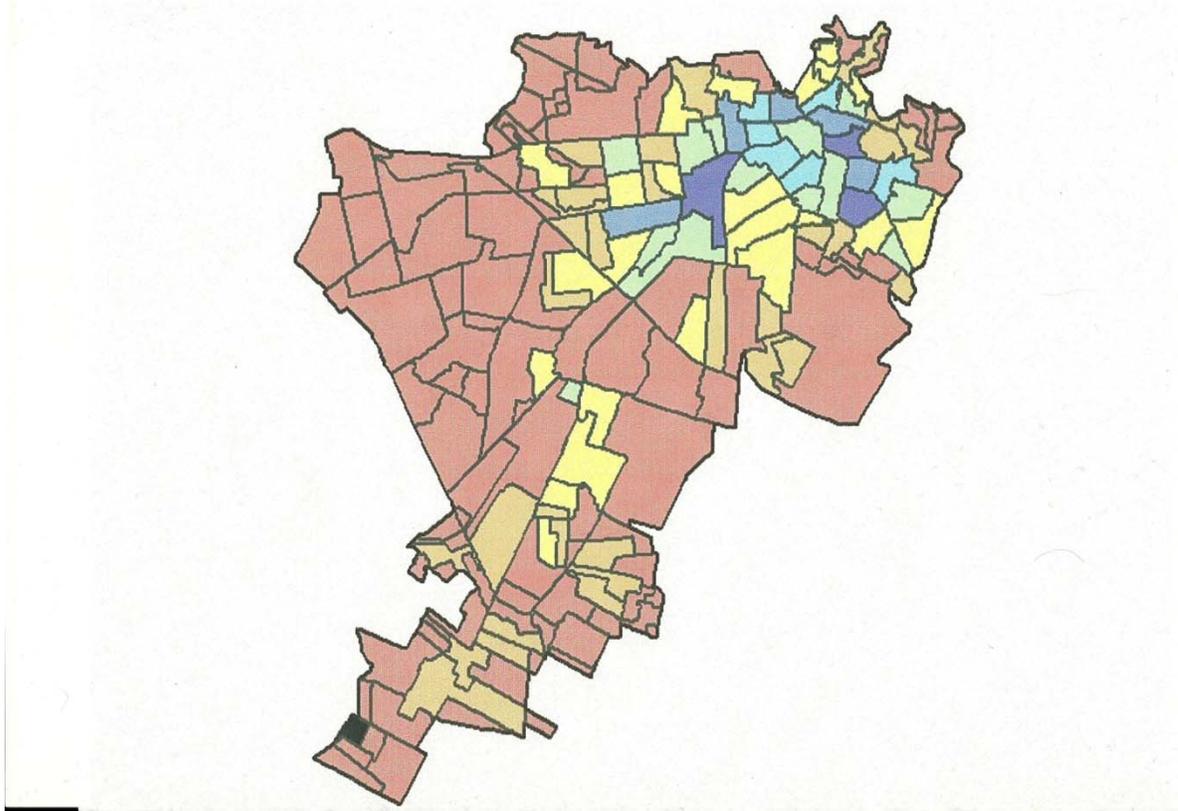
La calidad de vida urbana se relaciona estrechamente con un problema de percepción, por ello la consideramos aquí. La calidad de vida urbana, puede ser entendida como un propósito superior de las políticas públicas y por tanto asociada a la satisfacción del conjunto de necesidades que se relacionan con la existencia y bienestar de los ciudadanos. Así, la disponibilidad y acceso de la población a los satisfactores es lo que va a permitir cubrir los requerimientos de los individuos, grupos sociales y comunidades respecto a un determinado componente de necesidad. El comportamiento de la generación, disponibilidad y acceso a los satisfactores se evalúa en términos de indicadores, los cuales no solo deben condensar la dimensión objetiva sino también la subjetiva, asociada esta última a la percepción y las características del sujeto en relación con los niveles de vida. Ello se basa en la existencia de una relación imperfecta entre las condiciones objetivas de vida y la percepción que tiene el ciudadano de aquella (Leva, 2005).

Según lo reportan varios estudios, los adultos mayores de clases económicas bajas en las ciudades medias en México, perciben como deteriorada su calidad de vida urbana. Esto es consecuencia, entre otras cosas, de que se ve reducida su movilidad y su acceso a los servicios urbanos, de la paradójica marginalidad en plena centralidad (por el poco mantenimiento a la habitabilidad del centro histórico) y de políticas públicas poco efectivas (Méndez y Aparicio 2009; Mesías y Suárez 2002). Existe también, en varias de las zonas metropolitanas del país, una tendencia a que la población de la tercera edad tienda a concentrarse en los centros históricos (Garrocho y Campos 2005)

Respecto a la población anciana en Pachuca de Soto, aunque no existe un confinamiento de los ancianos en la ciudad central, si es notorio que estos se agrupan en esta área de la ciudad (Salazar, y Paquette, 2005 ;Ortíz Lazcano 2008 y Presidencias Municipal de Pachuca, 2009). La figura 4.15 muestra precisamente esta situación. Es de observar que el 41% de la población de adultos mayores (7767 si sumamos las áreas sombreadas en verde, azul y morado que marcan 15% de las AGEB totales) está ubicada en la Ciudad Histórica, en tanto el otro 60% se encuentran dispersos por toda la zona metropolitana. El sector no concentrado en el centro histórico de Pachuca responde a un comportamiento que Pinto Da Cunha (1999) llama “proceso de periferización” de los estratos sociales más acomodados. Lo cual supone que los grupos más vulnerables son los que no tienen posibilidad de emigrar a mejores áreas de la ciudad y por tanto se quedan en el área central. Por otro

lado, los ancianos que llegan a establecerse a la Zona Metropolitana de Pachuca no se ubican en el centro histórico sino en las zonas periféricas de nueva creación pues es aquí donde se ubica la vivienda barata.

Fig. 4.16 Distribución espacial de los ancianos en la Ciudad de Pachuca de Soto



Fuente : SCINCE 2005

Rangos de Concentración Espacial de Ancianos (60 y más años) en la ZMCP			Cuantificación Aproximada
	0 a 73	98 Agebs	3577 Habitantes
	74 a 146	31 Agebs	3410 Habitantes
	147 a 220	23 Agebs	4221 habts.
	221 a 293	13 Agebs	3341 habts.
	294 a 367	6 Agebs	1983 habts.
	368 a 440	5 Agebs	1010 habts
	441 a 514	3 Agebs	1433 habts
	totales	179 Agebs	18 975 totales

4.2.4.2 Pobreza y vulnerabilidad del adulto mayor en la ZMCP

En esta tesis es de interés particular las poblaciones ancianas de bajos ingresos, es decir aquellas que encuentran su vulnerabilidad en la pobreza económica (aunque no es esta la única forma de pobreza). Los datos arrojan la siguiente situación económica de la población de 60 años y más:

Se trata de una población que, aunque está dispersa en todas las clases sociales, se encuentra mayoritariamente concentrada en la ciudad histórica. Sus viviendas en una gran parte están deterioradas, tiene condiciones precarias de salud y debido a la dinámica demográfica carecen de redes sociales de apoyo.

4.2.4.3 Envejecimiento, clase social y género: variables relacionadas

Según plantea Lher y Thomae (2003) así como Bijarro y Mendiola (2005), el proceso de envejecimiento puede hacer de las personas seres altamente vulnerables. Tal vulnerabilidad se relaciona entre otras cosas con la clase social y el género. Según vemos en las cifras demográficas, hay una feminización de la vejez. En tal sentido, el envejecimiento (fundamentalmente en la cuarta edad) empieza a estar cargado hacia el género femenino. Asimismo, dado que las mujeres ancianas es común que se hayan dedicado al hogar, también es frecuente que carezcan de protección social. Así, el envejecimiento, la clase social y el género se hallan correlacionadas.

4.2.5 La economía de la zona y los mercados sanitarios

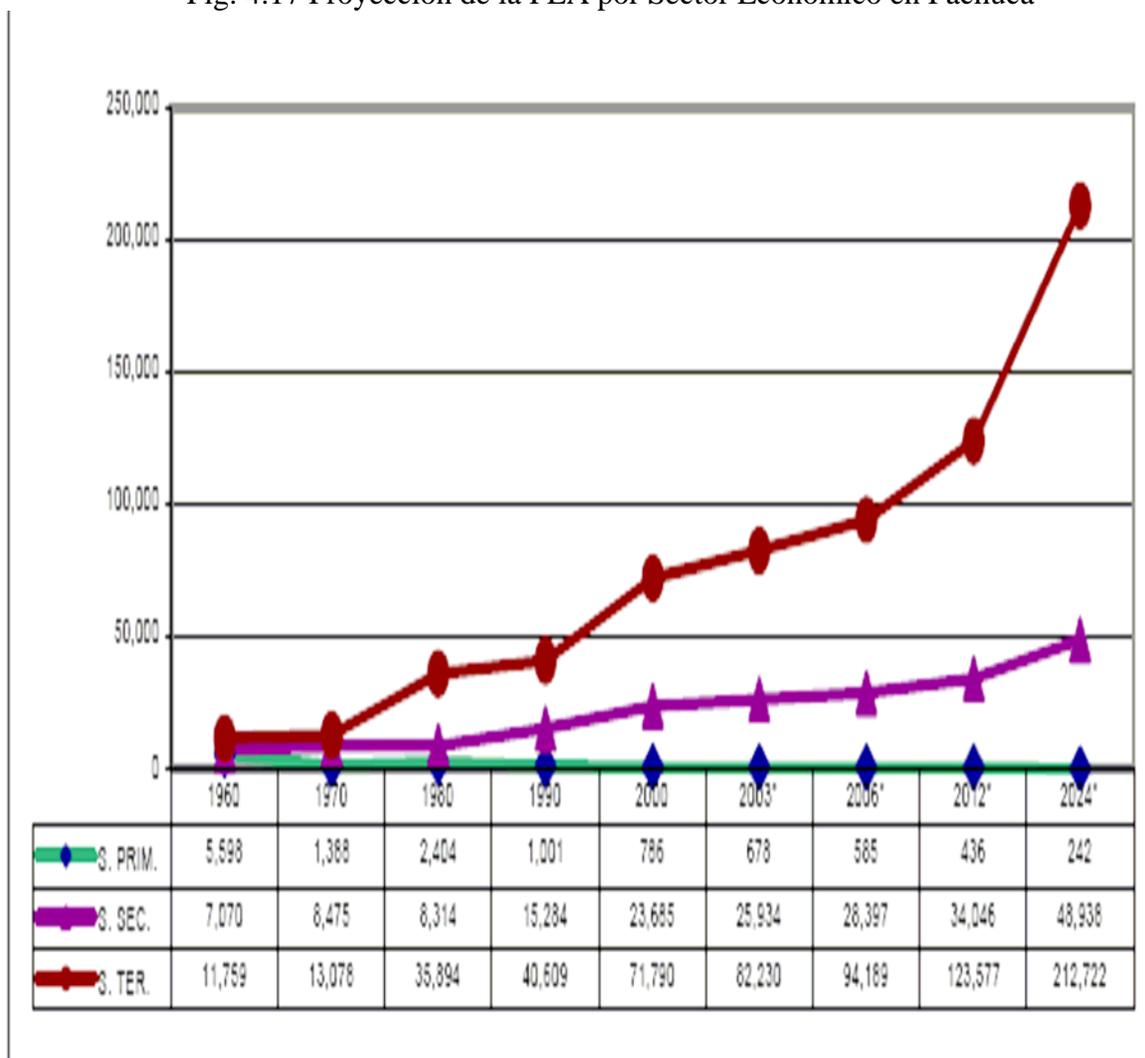
Es evidente que esta dinámica de envejecimiento poblacional va a requerir que los mercados de la salud en la zona puedan satisfacer la demanda. Concebimos estos mercados como el conjunto de servicios públicos y privados que ofrecen atención. Conforman los mercados de salud los hospitales públicos y privados, los consultorios particulares y la red de farmacias.

De acuerdo a algunos autores (Grossman y Helpman, 1994) la salud es un componente del sistema económico. Ello pues al igual que otros sectores de la economía recibe inversiones, genera ingreso e incluso forma parte de la economía pública.

Según algunos estudiosos existen tres dinamizadores de la economía de la Zona Metropolitana de Pachuca: el comercio, la educación y la salud (López, 2009, Granados, 2010 y Presidencia Municipal 2009). Sobre ellos descansa buena parte de las actividades que sostienen la zona. En general estas tres áreas están dentro del sector terciario. Así, podemos decir que la economía de Pachuca está terciarizada.

Uno de los indicadores más importantes de esta terciarización se refiere a la población ocupada. De acuerdo a los datos, mientras la población ocupada en el sector primario está estancada y la ocupada en la industria avanza ligeramente, la del sector terciario tiene un destacado papel en la economía. La figura 4.11 es ilustrativa al respecto.

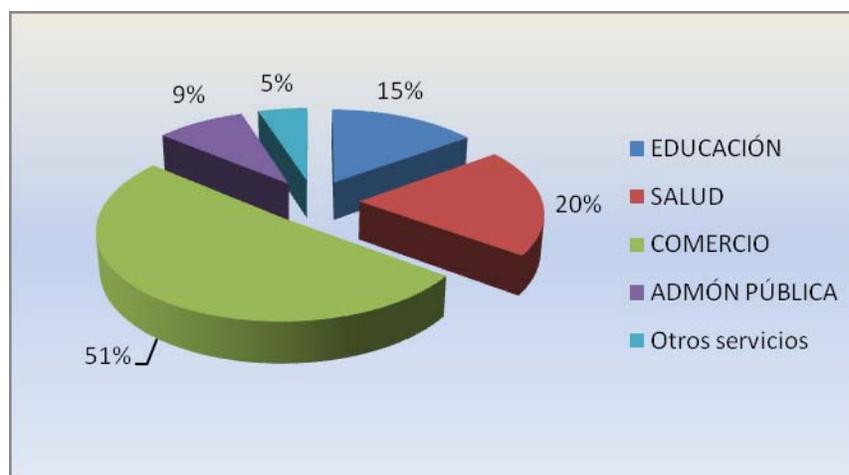
Fig. 4.17 Proyección de la PEA por Sector Económico en Pachuca



Fuente: Plan de Desarrollo Municipal, Presidencia Municipal 2006

Ahora bien, de acuerdo a esta proyección en 2003 se contaba con 82,230 personas ocupadas en el sector terciario. Confrontando con cifras de Plan Municipal de Desarrollo 2009 y con INEGI (2005) casi la mitad se localizarían en el sector comercio formal e informal en tanto la otra mitad estaría ubicada en subsectores del sector terciario como la administración pública (9%), la educación (15%), la salud (20%) y otros servicios (5%).

Figura 4.18 Participación de la Salud dentro del sector terciario



Fuente: INEGI, 2005 y Plan Municipal de Desarrollo 2006-2009

Un dato fundamental para comprender lo amplio que resulta el mercado de salud en la ZMCP es que según la Encuesta Nacional de Gasto Catastrófico⁶ en el estado de Hidalgo como promedio 4.2% de los hogares incurren en gastos que superan el 30% de su capacidad de pago para sortear problemas de salud de alguno de sus miembros (INEGI,2007). Cabe observar que este dato está referido a población abierta, es decir aquella que no cuenta con un seguro. Para resolver este problema el Estado implementó desde 2003 el Seguro Popular (Nigenda 2007 y Hernández-Torres et al, 2008).

En la actualidad, el Seguro Popular en el Estado de Hidalgo y en la ZM de Pachuca es una de las estrategias más utilizadas por las familias a efectos de tener derechos a los servicios médicos. De acuerdo a Contreras y Landgrave (2006) de 2002 a 2010 se han afiliado al seguro popular a nivel nacional 11,890,274 familias.

El total de familias en el Estado de Hidalgo que están cubiertas por el Seguro Popular en 2006 era de 96,981 de un total calculado de 390,000 familias (considerando núcleos de 6 integrantes). Es decir, en el Estado se ha cubierto casi el 25% de familias en la consideración de que otra parte lo cubra la seguridad social. El Seguro popular, ha abarcado de manera irregular 54 municipios (11 de ellos con casi nula presencia del programa) de los 84 de la entidad.

⁶ Se denomina Gasto Catastrófico a aquellas erogaciones no contempladas en salud que las familias o los individuos tienen que hacer por cuestiones de salud tales como operaciones, internamientos etc. Se considera Gasto catastrófico cuando el hogar gasta al menos 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de uno de sus integrantes (Ver Hernández-Torres, 2008)

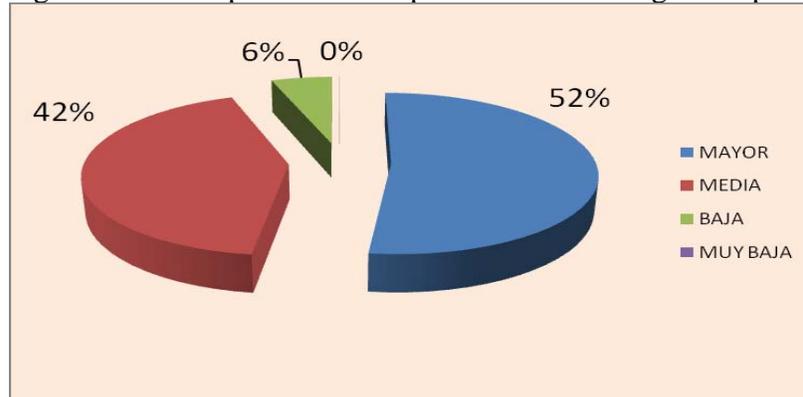
Cuadro 4.3 Familias afiliadas al Seguro Popular por Grupos de Municipio en Hidalgo, 2006

Grupo de Mayor Cobertura	Fam.	Grupo de Cobertura Media	Fam.	Grupo de Baja Cobertura	Fam.	Grupo de Muy Baja Cobertura	Fam.
Acaxochitlan	3104	Atitalaquia	1360	Tezontepec	224	Ajacuba	1
Mixquiahuala	3390	Huazalingo	1641	Tolcayuca	229	Almoloya	2
San salvador	3760	La Misión	1569	Epazoyucan	186	Cardonal	2
Tecoautla	3758	Progreso	1320	Zempoala	237	E. Zapata	1
Huichapan	3877	Mineral de la Refor.	1289	Molango	496	Huejutla	1
Cuatepec	4018	Mineral del Monte	1110	Zapotlan	684	Omitlán	1
Tezontepec	4061	Jacala	1631	Lolotla	643	Tlahuiltontepec	1
Actopan	4787	Pisaflores	1641	Huasca	848	San Bartolo	1
Tizayuca	4967	Tlahuelilpan	1311	Tepetitlan	908	Alfajayucan	1
Pachuca	6621	Santiago Tulantepec	1568	Tetepango	921	Chilcuautla	3
Tulancingo	8177	Singuilucan	1200			Tula	1
		Nopala	1814				
		Tepehuacan	1798				
		Tlaxcoapan	1898				
		Acatlán	2090				
		El Arenal	2194				
		Calnali	2175				
		Chapulhuacan	2514				
		San Agustin Tlaxiaca	2584				
		Santiago de Anaya	2528				
		Tlanchinol	2899				
		Francisco I. Madero	2939				
11 Mpios.	50520	22 Mpios	41073	10 Mpios	5376	11 Mpios	15

Fuente: Elaboración propia con datos de Secretaría de Salud 2006

En los datos de la tabla queda de manifiesto que la **mayor cobertura** del Seguro Popular (52% de familias del Estado) está concentrado en 11 municipios de los 84 de la entidad. Dentro de esta oncenena de municipios se encuentran ciudades de importancia como Pachuca, Tulancingo, Tizayuca y Actopan las cuales concentran casi 24552 familias, lo cual nos habla que el Seguro Popular sigue siendo un programa predominantemente urbano y apoya no precisamente a los más empobrecidos sino a los que tienen capacidad de pago y acceso a las metrópolis. El otro 42% de las familias atendidas (Cobertura media) está distribuido en 22 municipios: es decir el doble de municipios y casi diez por ciento menos de familias. A pesar de esta dispersión, interesa señalar que en este bloque de municipios se encuentran algunos de alta concentración poblacional y que forman parte de la ZM de Pachuca: Mineral de La Reforma, Mineral del Monte y San Agustín Tlaxiaca. Hay otra cantidad importante de ellos que están a los alrededores de la ZM de Pachuca, de Tula o de Tulancingo. Finalmente, llama la atención que los municipios más alejados de las metrópolis o más empobrecidos cuentan con bajas o nulas coberturas (con excepción de Tula de Allende el cual por su actividad industrial cuenta con cobertura en seguridad social).

Figura 4.19 Grupos de Municipios afiliados al Seguro Popular



Fuente: Elaboración Propia con datos de CONEVAL, 2006

De acuerdo a algunos autores (Tamez y Eibenshutz, 2008, Castro Soto 2005 y Valencia, 2005), el seguro popular tiende a la privatización ya que propone un sistema de cuotas que irán aumentando con el tiempo. A continuación, en el cuadro 4.4 señalamos este sistema tal y como se ideó desde su origen.

Cuadro 4.4 Cuotas por Familia según decil de ingreso

Deciles de ingreso (1)	Ingreso Corriente Trimestral Por Hogar		Trimestral	Semestral	Anual
	Promedio	Rango (2)			
I	3,537	1,808 – 5,270	65	130	260
II	6,157	5,171 – 7,154	95	190	380
III	8,395	7,155 – 9,296	160	320	640
IV	10,707	9,297 – 11,689	285	570	1,140
V	13,284	11,690 – 14,520	475	950	1,900
VI	16,511	14,521 – 18,035	600	1,200	2,400
VII	20,611	18,036 – 22,699	790	1,580	3,160
VIII	26,209	22,700 – 29,396	945	1,890	3,780
IX	37,502	29,397 – 44,689	1,260	2,520	5,040
X	90,224	77,593 - 102,855	1,575	3,150	6,300

(1) Agrupación del total de hogares en diez estratos con igual número de hogares, ordenados de menor a mayor de acuerdo a su ingreso corriente monetario trimestral (ENIGH, 2000)

(2) La determinación de los rangos del ingreso corriente monetario trimestral promedio por hogar para cada decil se obtuvo a partir de la aplicación de dos desviaciones estándar, de acuerdo con la base de datos ENIGH 2000.

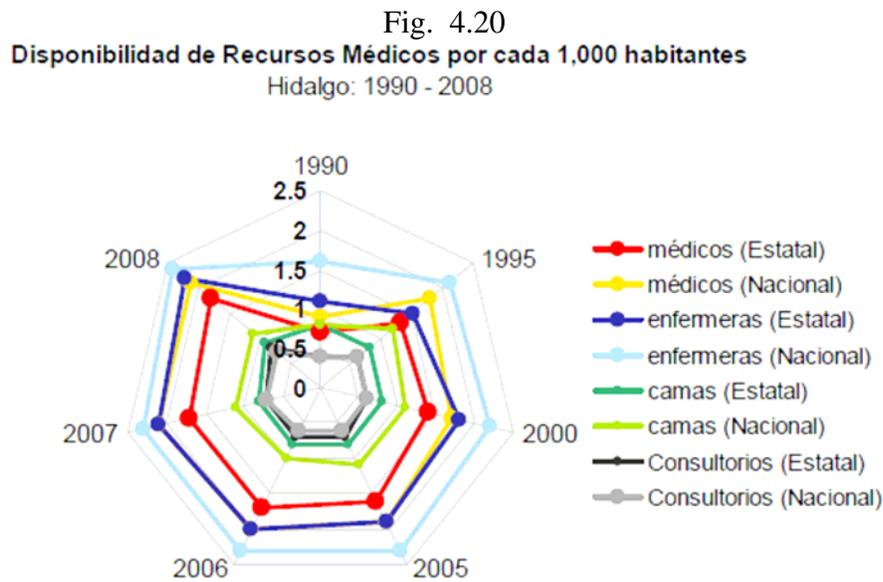
Fuente: Contreras y Landgrave, 2006

Aunque en el Estado de Hidalgo encontramos desigualdades de ingreso muy fuertes, en la Zona Metropolitana de Pachuca es común que se catalogue a las familias dentro del decil VI, por lo que los usuarios de los servicios de salud están pagando anualmente alrededor de \$2,400. Tales costos se agregarán a los de transporte, medicamentos y alimentación (fundamentalmente) que realiza la población en sus visitas a las unidades de salud

4.2.6 Estructura y problemática general del sistema de salud

En la perspectiva de Avedís Donabedian (1990), la calidad de la atención médica incluye una valoración a nivel de estructura, proceso y resultado. En este apartado se intentará establecer las condiciones estructurales bajo las cuales actúa el Hospital General de Pachuca como caso de una unidad de salud estudiada en este trabajo. Pero antes es importante diagnosticar el sistema sanitario en general.

El sistema de salud público mexicano es un sistema dividido. Tal división, a grandes rasgos se caracteriza por un ámbito de seguridad social anclado a la relación salarial y otro de asistencia social que da atención a población abierta o no derechohabiente. A nivel nacional es en los años cuarentas que se establecen los sistemas de salud ligados al ámbito laboral (IMSS e ISSSTE) así como para la población abierta (SSA) (Schteingart, 2000). En el Estado de Hidalgo podemos decir que el sistema de salud público está dividido en dos grandes esquemas: el de la Seguridad Social y el de la Asistencia Social. En tanto el ámbito de la Seguridad Social incluye el IMSS, el ISSSTE y PEMEX, en el de Asistencia Social se cuentan IMSS Oportunidades, SSAH, DIF y la Cruz Roja Mexicana (CRM). Asimismo, en la entidad funcionan Casas de Salud con Auxiliares, que son gente de la comunidad o líderes de la misma y que están capacitadas para dar servicio médico⁷.

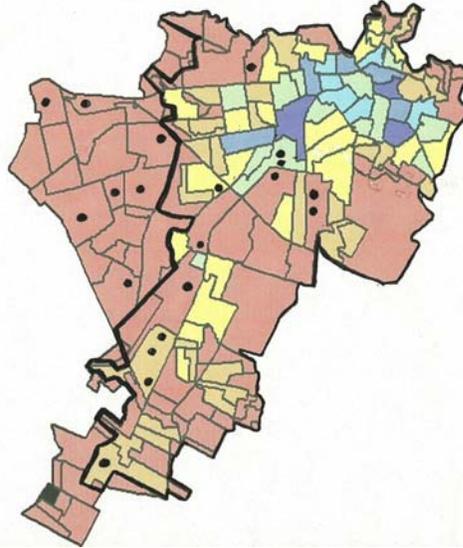


Fuente: aregional.com con base en datos del Segundo Informe de Gobierno

Fuente : A regional (2009:21): Monografía de Hidalgo

⁷ Las Casas de Salud y Auxiliares de Salud son coordinadas por los servicios de Salud estatales y son también una práctica extendida por la entidad tanto en municipios rurales como urbanos. Hasta 2004 se registraban 1088 casas de salud y 1076 personas auxiliares. Al respecto destacan los municipios de Huejutla de Reyes (con 105 casas de salud e igual número de auxiliares), San Felipe Orizatlán (con 63 casas de salud e igual número de auxiliares), Chapulhuacán (42 casas de salud e igual número de auxiliares), Zimapán (39 casas e igual número de auxiliares) y La misión con 37 Casas e igual número de auxiliares.

Figura 4.21 Ubicación de las Unidades de salud Públicas en la Ciudad de Pachuca



- Unidad Pública de Salud
- Límite de la mancha urbana hasta 2000

Fuente: SCINCE 2005

En el cuadro 4.5 se resumen los datos más destacados de este sistema.

Cuadro 4.5 Población y Recursos en las Instituciones Públicas de Salud en Hidalgo 2004

Régimen Institución	Población Derecho Habiente	Población Usuaría	Recursos Humanos				Unidades Médicas		
			Total	Médicos	Para Médicos	Otros	Total	De Consulta Externa	De Hospitalización
TOTAL	845 355	2 385 850	15 559	3 411	5 143	7 005	761	732	29
SEGURIDAD SOCIAL	845 355	618 294	5 421	1 013	1 994	2 464	60	50	10
IMSS	623 807	424 680	4 116	657	1 486	1 973	19	13	6
ISSSTE	205 431	180 544	1 013	283	363	367	36	33	3
PEMEX	16 117	13 070	292	73	95	124	5	4	1
ASISTENCIA SOCIAL	NA	1 767 556	10 138	2 398	3 199	4 541	701	682	19
IMSS-OP	NA	631 559	1 109	341	451	317	218	214	4
SSAH	NA	976 767	8 015	1 883	2 262	3 870	472	460	12
DIF	NA	104 693	518	131	249	138	1	0	1
CRM	NA	54 537	496	43	237	216	10	8	2

Fuente: Anuario Estadístico , INEGI 2005

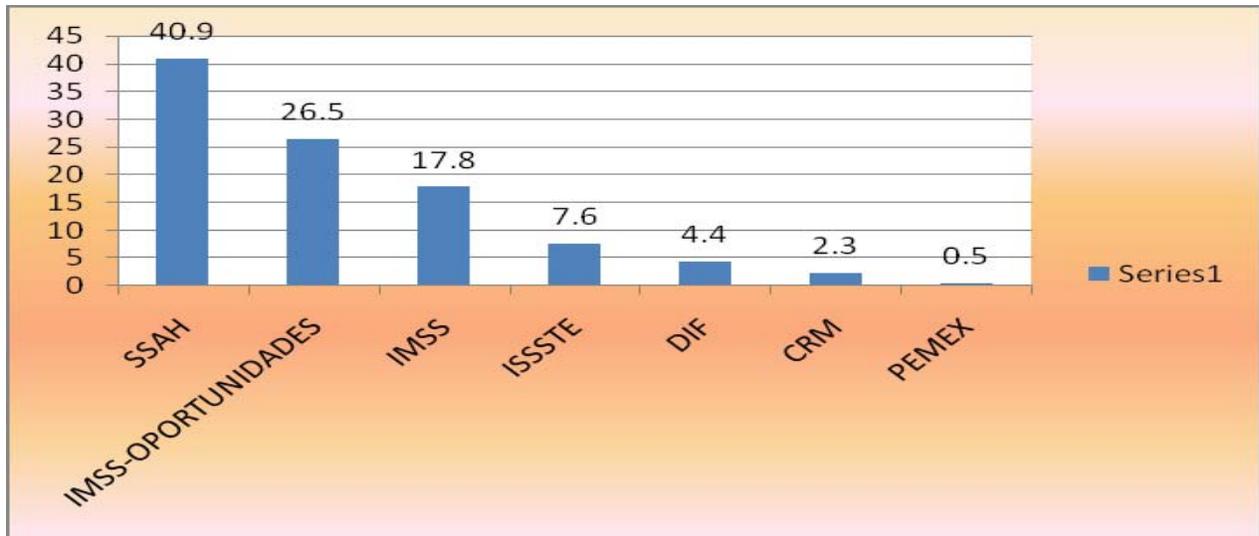
Figura 4.21 Jurisdicciones del sistema sanitario en Hidalgo



Fuente: Secretaría de Salud ,2006

En el cuadro 4. 5 es notorio el papel fundamental que cubre el ámbito de la asistencia social en el sistema de salud del Estado: 74% de la población total es atendida, concentra el 65% de recursos humanos e incluye el 92% de las unidades de salud. La figura 4.21 expresa el papel preponderante de la Asistencia Social (SSAH, IMSS-OPORTUNIDADES, DIF y CRM).

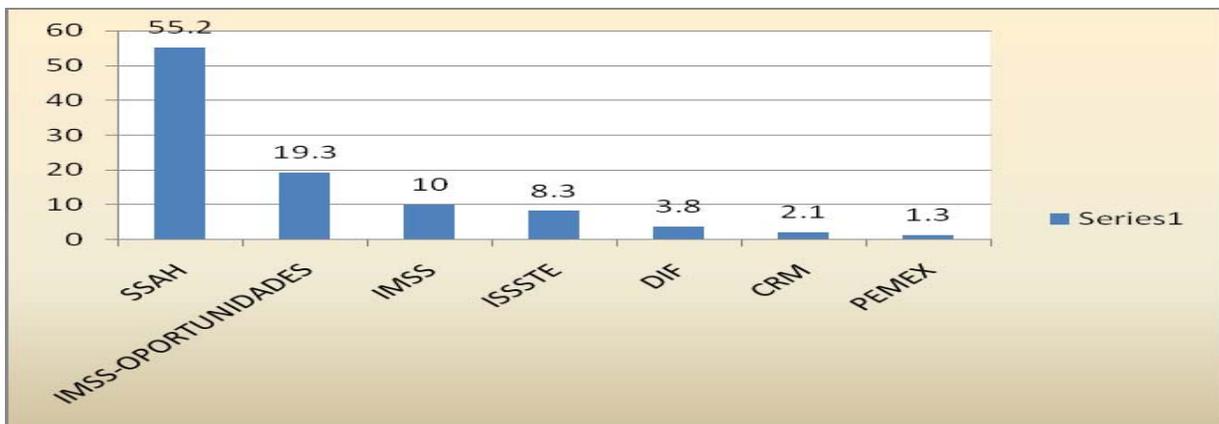
Figura 4.23 Distribución de la Población Usuaria en las Instituciones de Salud de Hidalgo



Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico Hidalgo , INEGI, 2005

Como se logra ver, menos de la mitad de la población en el Estado es no derechohabiente, razón por la cual hacen uso de las unidades de la Secretaría de Salud. Otro porcentaje (26.5%) utiliza el programa oportunidades que se estableció también para lo no derechohabientes. Esto implica que sólo la tercera parte de la población (32.3%) está afiliado a alguna institución pública. Por otro lado, nadie duda que en el Estado de Hidalgo, es el personal médico el meollo de la atención. Así, su distribución en los diversos tipos de unidades de salud es un dato fundamental.

Figura 4.24 Personal Médico en el Sistema de Salud de Hidalgo



Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico , INEGI, 2005

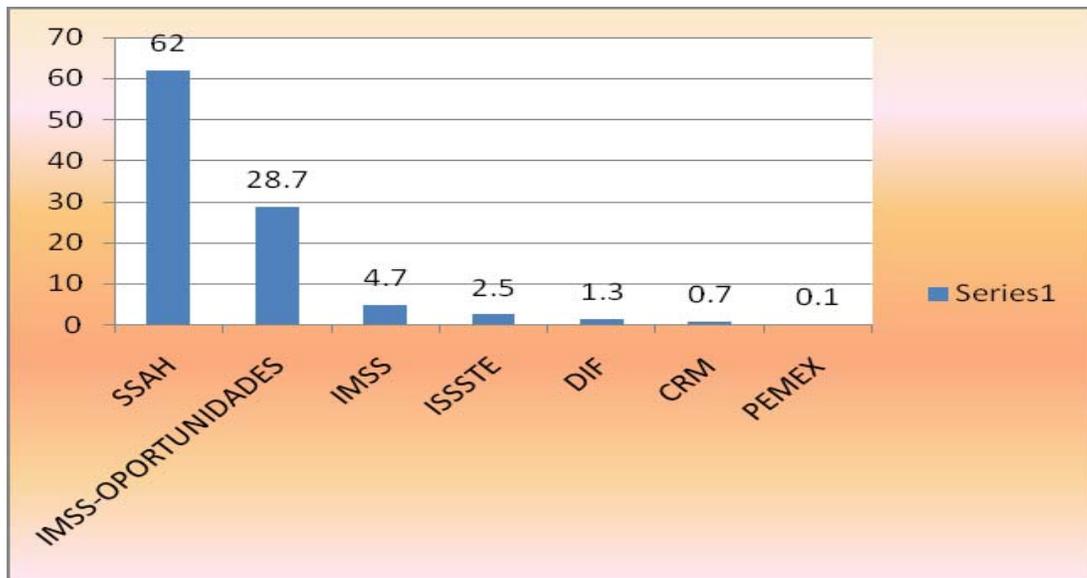
El gráfico 4.22 es importante pues nos habla de que más de la mitad (55.2%) de los médicos de la entidad son ocupados por la Secretaría de Salud para la atención de población abierta. En tal sentido es acorde la utilización del recurso humano a la demanda calculada. Aproximadamente la quinta parte (19.3%) de los médicos son utilizados para la población abierta en su programa de

oportunidades. Así, casi las dos terceras partes de médicos atienden población abierta lo cual es congruente con los usuarios reportados. Importa reconsiderar las disparidades entre los recursos humanos aplicados al IMSS (10%) en confronta con los usuarios (17%), lo cual nos puede explicar las deficiencias en la atención. Por su parte el ISSSTE cuenta con un superávit, al igual que la CRM (Cruz Roja Mexicana) o PEMEX.

Al respecto importa señalar que la CRM dadas las circunstancias atiende tanto a población abierta como a la derechohabiente. Importa reparar en el ligero déficit entre los recursos humanos aplicados (2.1%) y la población usuaria (2.3%).

La figura 4.19 nos habla de las unidades médicas en servicio en el estado. En cuanto a la SSAH, cabe observar que los recursos empleados en términos de Unidades Médicas son aún en mayor proporción que los médicos. Así, el 62% de unidades totales son de la SSAH y 28.7% del IMSS Oportunidades. En tal sentido, ambas instituciones concentran el 90.7% de los recursos infraestructurales. Ello en comparación con el 9.3% restante.

Figura 4.25 Unidades médicas en servicio en Hidalgo



Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico , INEGI, 2005

En conclusión, podemos afirmar que en una ciudad los servicios sanitarios son otorgados por una gran cantidad de instituciones las cuales se hallan conectadas por un mercado, que a pesar de todo está segmentado. Tal segmentación no se hace por un estricto criterio económico o de ingreso sino también de necesidad de especialización en la atención. En el gráfico 4.23 se muestra la derechohabiencia en el Estado de Hidalgo.

Esta situación que representa la estructura del sistema público de salud en el Estado, se reproduce en la ciudad capital (la ZM de Pachuca). En la Zona Metropolitana de Pachuca el sistema de salud está formado por:

- a) Las unidades de salud públicas , sean estas de primer nivel (es decir instituciones locales de primer contacto o donde sólo hay consulta externa); de segundo nivel (o donde su radio de acción es mayor y además de consulta externa hay un específico número de camas) y de tercer nivel (que son los hospitales regionales).
- b) Los hospitales privados (También en tres niveles de atención)
- c) El conjunto de farmacias y consultorios que en la actualidad (y con la venta de medicamentos similares) ha proliferado en el país.
- d) La medicina tradicional y sus médicos informales
- e) Los cuidadores o cuidadoras, los cuales otorgan cuidados “profanos”.

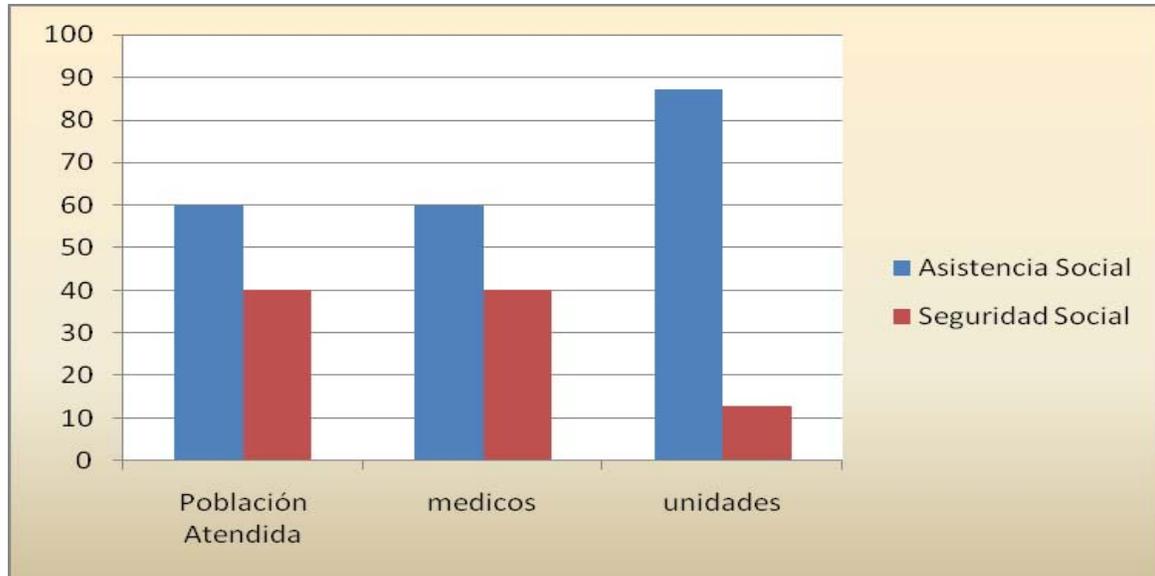
Cuadro 4.6 Población y Recursos en las Instituciones Públicas de Salud en la ZM de Pachuca 2004 (Incluye cifras agregadas de los 7 municipios)

Régimen Institución	Población Derecho Habiente	Población Usuaria	Recursos Humanos				Unidades Médicas		
			Total	Médicos	Para Médicos	Otros	Total	De Consulta Externa	De Hospitalización
TOTAL	271 841	524 718	1 032	1 032	S.D	S.D	62	56	6
SEGURIDAD SOCIAL	271 841	211 397	420	420	S.D	S.D	8	6	2
IMSS	190 301	140 049	281	281	S.D	S.D	3	2	1
ISSSTE	81 540	71 348	139	139	S.D	S.D	5	4	1
PEMEX	0	0	0	0	S.D	S.D	0	0	0
ASISTENCIA SOCIAL	NA	313 321	612	612	S.D	S.D	54	50	4
IMSS-OP	NA	20 173	7	7	S.D	S.D	7	7	0
SSAH	NA	168 655	455	455	S.D	S.D	44	42	2
DIF	NA	104 693	131	131	S.D	S.D	1	0	1
CRM	NA	19 800	19	19	S.D	S.D	2	1	1

Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico , INEGI, 2005

Del cuadro 4.6 cabe resaltar, al igual que en las cifras estatales, el importante papel que juega el ámbito de la asistencia social y en especial la SSAH en la ZM de Pachuca. Mientras que las unidades de salud de Seguridad Social atienden al 40% de la población, la Asistencia social atiende al 60%. El personal médico se agrupa en un porcentaje similar en las Unidades de Asistencia social. Especial atención habrá que poner en las Unidades Médicas, las cuales se concentran en un 87% en el servicio de Asistencia Social y en un 13% en la Seguridad Social. Tal desequilibrio para el sector de los derechohabientes genera que IMSS e ISSSTE tengan serios problemas para atender con calidad la demanda. El gráfico 4.24 expresa esta situación:

Figura 4.26 Correlación de Población atendida y recursos aplicados por régimen de Institución en la ZM de Pachuca (Datos porcentuales)



Fuente: Elaboración propia con datos de Anuario Estadístico, Hgo. INEGI, 2005

Conviene aclarar que según cifras de INEGI (2005), en los siete municipios de la ZMCP se encontraban funcionando como apoyo al sistema público de salud 34 casas de salud con 31 auxiliares. Como es de suponer, estas casas de salud se concentran en lugares alejados de la ciudad central: 15 en San Agustín Tlaxiaca, 8 en Zempoala, 7 en Mineral del Monte y 4 en Mineral de la Reforma. Por su parte, Pachuca, Epazoyucan y Zapotlán no cuentan con Casas de salud.

Cuadro 4.7 Casas de salud y auxiliares que funcionan En la ZMCP, 2005

MUNICIPIO	CASAS DE SALUD	AUXILIARES
Pachuca de Soto	0	0
Mineral de la Reforma	4	1
Epazoyucan	0	0
Mineral del Monte	7	7
San Agustín Tlaxiaca	15	15
Zapotlán de Juárez	0	0
Zempoala	8	8
Total	34	31

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI, Anuario Estadístico, Hidalgo, 2005

Para finalizar este apartado, sólo quisiéramos decir algunas palabras sobre el perfil epidemiológico del Estado de Hidalgo y de la ZM de Pachuca en lo particular. Es importante observar que las enfermedades más comunes pueden ser especificadas por edad y por clase social. Es decir, la enfermedad y la muerte del hidalguense están relacionadas con sus condiciones de vida (INSP, 2006). En particular son comunes las enfermedades gastrointestinales y en general las infecciosas: son los llamados males de la pobreza. Y al igual que en los países desarrollados, se enciman las enfermedades propias del envejecimiento: cánceres, problemas óseos u oftalmológicos (particularmente cataratas). Tales perfiles serán más claramente explicados al levantar los cuestionarios en la unidad de estudio.

4.3 Abordajes de la problemática de los servicios de salud

4.3.1 Un abordaje común de los sistemas de salud: la cobertura

Es común que, desde la perspectiva de las ciencias sociales, uno de los abordajes al problema de los servicios de salud sea el de la cobertura (Hernández Ávila et al 2002), . A continuación expondremos, como datos de cobertura, el número de consultas generales, de especialidades y odontológicas.

Cuadro 4.8 Número de Consultas por Régimen de Institución

Dimensión Territorial Y Tipo De Consulta	TOTAL	SEGURIDAD SOCIAL			ASISTENCIA SOCIAL			
		IMSS	ISSSTE	PEMEX	IMSS OPORTU NIDAES	SSAH	DIF	CRM
ZMCP	1205791	340756	195145	0	30649	512916	100452	25873
General	708257	207690	123612	0	30649 0	326417	0	19889
Especializada	323999	81287	60981	0	0	104146	73699	3886
De urgencias	107016	39652	7336	0	0	44494	13996	1538
Odontológicas	66519	12127	3216	0	0	37859	12757	560
	18.3%	32.4%	40%	0	2.8%	14 %	100%	24.3%
Estado	6594367	1051375	488306	109529	1089214	3649260	100452	106231
General	5262350	703430	362724	34288	985194	3085997	0	90717
Especializada	676248	171865	96955	46781	28123	251149	73699	7676
De urgencias	356583	139829	13267	22080	52241	109734	13996	5436
Odontológicas	299186	36251	15360	6380	23656	202380	12757	2402

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI,2005

Respecto al cuadro, interesa resaltar que el 18.3% de las consultas totales de la entidad se realizan en la ZM de Pachuca. Mientras que el porcentaje baja en la consulta general (13%) la proporción sube significativamente en la consulta especializada: 48% de estas consultas se realizan en la ZM de Pachuca. Esto no es casual. Los servicios médicos de las metrópolis concentran especialistas así como infraestructura más compleja. En menor medida, el área de urgencias manifiesta un incremento

de la media: el 30% de las consultas de urgencias de la entidad se realizan en esta zona metropolitana. Ello en tanto el 22% de las consultas odontológicas se concentran en Pachuca.

De igual manera, es importante señalar que la seguridad social (los derechohabientes fundamentalmente del ISSSTE) está concentrada en esta área urbana y en las Zonas metropolitanas de Tula y Tulancingo. Respecto a la Asistencia Social (es decir, el servicio a la población abierta) destacamos el papel de la SSAH el cual sobrepasa con mucho las otras instituciones de la Asistencia social.

En cuanto a cobertura, pudiera tomarse otra variable importante tal como la inversión realizada. Sin embargo, este es un análisis de orden económico que sugiere otro tratamiento.

4.3.2 Un abordaje actual de los sistemas de salud: calidad del servicio y calidad urbana

Un abordaje que hasta hace unos años no había sido desarrollado en los estudios urbanos, en la geografía médica, en la sociología médica o urbana era el problema de la calidad. En otras palabras, antaño hablar de servicios de salud era hablar de gente atendida, consultas otorgadas, distancias recorridas o montos dinerarios invertidos. Sin embargo en los últimos tiempos, la calidad urbana o la calidad de las ciudades se ha convertido en una variable a considerar en la valoración de los servicios urbanos. En tal sentido, cobra relevancia ya no sólo la disponibilidad de los servicios médicos o la cantidad de consultas realizadas: la calidad (y la eficacia) de la actuación médica, del desempeño del paciente y de la institución de salud quedan en el centro de la discusión.

Como se argumenta en el capítulo 1 de esta tesis, estos novedosos abordajes surgen a raíz de los enfoques mercadológicos y administrativos que hegemonizan los análisis sociales desde los años ochenta del siglo pasado. Así, controlar los mercados significaba y significa hoy en día establecer criterios supranacionales de calidad a fin de estandarizar productos y servicios tanto privados como públicos (Gimeno,2005). Por esta razón, la variable calidad se transforma en un fenómeno de primer orden en la gestión económica de las naciones.

4.3.2.1 Calidad real y accesibilidad a los servicios sanitarios

Abordar la calidad de los servicios médicos ha implicado, como se hizo en los primeros capítulos de esta tesis, una discusión acerca de qué es la calidad y cómo se entiende y se atiende según las culturas específicas o locales. Asimismo, como variables ligadas a la calidad se encuentran la accesibilidad o la utilización (que en otros términos podríamos llamarla accesibilidad real de los servicios de salud). En los siguientes apartados desarrollaremos con más amplitud los criterios de los patrones de utilización y un especial tipo de accesibilidad real: el servicio centrado en el paciente y la familia.

4.3.2.2 Los patrones de utilización en la población: Familia, utilización y adherencia

Ya se ha dicho que la accesibilidad real puede estudiarse desde la utilización (Garrocho 1995). Al respecto, existen diversos criterios para medir la utilización. En las estadísticas mexicanas, la

utilización se ha venido tratando desde el lado de la cobertura donde el indicador privilegiado es la tasa de utilización (Secretaría de Salud, 2007 y Molina et al, 2006).

Sin embargo pueden existir otros criterios de abordaje tanto cualitativos como cuantitativos y tanto ligados a la antropología como a los modelos matemáticos. Los muy reconocidos modelos económicos, modelos de comportamiento (Rosentok, Suchman, Igun, Young) y modelos causales (Andersen, Gross, Andersen y Newman, Aday y Andersen, Wan y Soifer, Khon y White, Wolinsky, Stok) son metodologías que han tratado de dilucidar bajo que esquemas, quiénes y cómo usan los servicios sanitarios. Tales modelos vienen de tradiciones anglosajonas aunque sus poblaciones de estudio puedan ser europeas, norteamericanas, africanas o latinoamericanas (Garrocho 1995).

Sin embargo, los modelos anteriores, no son la única vertiente de investigación. En últimas fechas se ha abierto una línea de indagación importante muy ligada al fenómeno de la adherencia a los tratamientos (Carracedo, 2000; Hernández Ávila et al, 2002, Nigenda et al 2002,). Se denomina adherencia al desempeño del paciente respecto a seguir con distintos niveles de fidelidad las prescripciones del médico respecto al tratamiento curativo. Las razones de por qué un paciente deja de tomar un medicamento, por qué los sustituye por otros remedios o por qué altera los horarios son fenómenos que deberían ligarse al fenómeno de la utilización.

Particularmente con la población anciana el problema de la adherencia es fundamental y es, tal vez el meollo de la utilización. Por sus condiciones de movilidad, de economía o de memoria, la población adulta mayor es altamente susceptible a modificar las condiciones de adherencia a los tratamientos (Pacheco Rios et al, 2001). Este hecho, es el motivo por el cual existen los cuidadores profesionales y “profanos”. Éstos se han convertido, en referencia a la atención al adulto mayor, en parte esencial del sistema de salud en el mundo (Contel, 2002).

4.3.2.3 Servicio centrado en el paciente y en la familia

Es porque el adulto mayor pasa una buena cantidad del tiempo como enfermo en su casa y (en mayor o menor medida) bajo la vigilancia de los familiares, que los servicios de salud se han venido centrando en el paciente y en la familia del paciente. Esta extensión del concepto de usuario (donde pasa a ser de individual a colectivo) del servicio sanitario obliga también a un cambio de perspectiva del oferente del servicio y a un cambio de conducta en el demandante (Robles, 2001). Asimismo los patrones de utilización tienden a cambiar. Se modifican también los criterios de accesibilidad física y social. Y, a fin de cuentas, tales cambio modifican los criterios de calidad y desempeño urbano del entorno de los servicios de salud en la ciudad.

Centrar entonces el servicio (particularmente el geriátrico) en el paciente y en la familia del paciente nos involucra en un problema sociológico y técnico de mayores magnitudes que el restringido problema institucional. Tal problema sociológico ha sido estudiado, particularmente en España, en referencia a la calidad de vida para el anciano enfermo y para los cuidadores familiares (Puig, 2009). En tal sentido, el que los sistemas de salud en México no se planteen esta extensión hacia la familia nos parece una limitación de visión.

4.3.2.4 Indicadores de calidad urbana y de desempeño de la ciudad de Pachuca

Para finalizar este apartado, plantearemos la relación implícita que existe entre la calidad urbana, la calidad de los servicios de salud y la calidad de vida urbana. Aunque pueden considerarse tres dimensiones distintas enlazadas por una sola línea: la vida *en la ciudad*. Así, la calidad de la estructura urbana puede entenderse como calidad de la ciudad en tanto la ágil cobertura de necesidades que permite la ciudad se identifica con calidad de vida urbana. En este sentido, la calidad de los servicios de salud está ligada tanto a la calidad urbana (en términos de accesibilidad, localización o dimensión de servicios) como al desempeño urbano (es decir la organización de la oferta).

En términos de salud, la no correspondencia entre el diseño de la ciudad (que involucra localización y dimensión de servicios públicos) y los requerimientos de los usuarios es una falla mayor de calidad urbana (Garrocho y Campos 2006). Y el que los habitantes vean insatisfechas sus necesidades (lo cual incluye sus expectativas) es una falla en la calidad de la vida urbana.

Ya referido al tema que nos ocupa, encontramos que existe también la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) que es un concepto complejo y hace referencia al valor que la persona asigna a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional, y la disminución provocadas por una enfermedad, un accidente, un tratamiento o una política. De esta manera, la CVRS es un concepto que se nutre de otros conceptos: salud, estado de salud y calidad de vida y que agrupa tanto los elementos que forman parte del individuo, como aquellos que, externos a éste, interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud. También podemos plantear que la CVRS es un constructo latente, no observable directamente, que solamente puede ser deducido de manera indirecta a través de indicadores. Representa, asimismo, un constructo multidimensional (Siegrist, Broer y Junge, 1996 citados por Yanguas 2006).

En este trabajo, hemos estudiado el problema de la calidad percibida, la cual como variable urbana rescata:

- a) El fenómeno de la *calidad urbana* como algo objetivo y material observado por la existencia de servicios sanitarios,
- b) El fenómeno de la calidad de vida urbana y su componente subjetivo, observable en la contrastación entre sus percepciones y sus expectativas.
- c) El fenómeno de la CVRS, identificado en su percepción de estado de salud y en sus expectativas respecto a su esperanza de vida saludable.

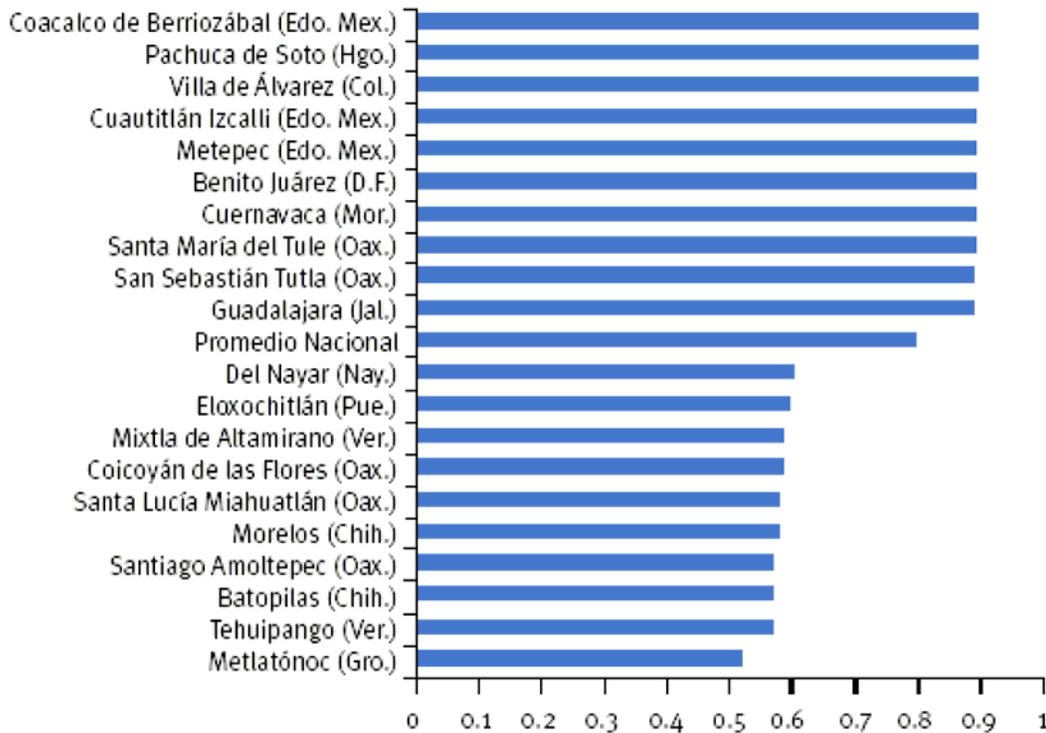
En los apartados siguientes, plantearemos los resultados del trabajo de campo que se desarrolló en la Zona metropolitana de la Ciudad de Pachuca. El enfoque central serán los indicadores de calidad real y percibida del Hospital General de Pachuca de Soto.

4.3.3 Programas de salud para el adulto mayor

Particular interés representa para este trabajo el poder determinar cuál es status de Pachuca en cuanto a los índices de salud. Al respecto mostramos la valoración que se hace en el Informe sobre

Desarrollo Humano⁸ en 2002. Según tal informe, la Ciudad de Pachuca se encuentra un punto arriba por encima de la media nacional y entre los diez municipios mejor posicionado a nivel nacional en el ámbito sanitario.

Figura 4.27 Índices de Salud: Promedio Nacional, en Pachuca
Y en otras Áreas del país



Fuente: PNUD México, Índice de Desarrollo Humano Municipal en México 2004

Este dato nos deja ver que el desarrollo social puede ser heterogéneo territorial y sectorialmente. Puede haber zonas atrasadas y avanzadas en territorios cercanos así como sectores (educación, salud, empleo etc.) con muy diversos grados de avance en un mismo territorio. En el caso de la aglomeración urbana de Pachuca observamos un atraso importante del empleo, de los ingresos, pero un avance importante en el sector salud incluso por encima de la media nacional y similar a colonias bien equipadas del Distrito Federal.

⁸ Como sabemos el Índice de Desarrollo Humano fue propuesto por el PNUD para superar los enfoques tradicionales de comparación internacional de los niveles de vida y captar las capacidades fundamentales de supervivencia y elecciones de vida de que disponen los habitantes de un país. Según su metodología es un índice complejo que rescata tres aspectos: longevidad y salud, instrucción y acceso al saber y (finalmente) y PIB por habitante (Guillen Romo 2005)

Conclusiones del capítulo

Pachuca de Soto ha representado para el DF, como Cuernavaca o Toluca lo hicieron en los años 60 y 70, una alternativa a los problemas de vivienda y de elevación de calidad de vida urbana en lo ambiental así como para superar la pobreza patrimonial. Es factible que en los próximos años siga siendo esta alternativa habitacional e incluso educativa, por su gran número de escuelas privadas de educación superior, aunque no una alternativa de empleo. Al respecto, faltarían estudios más precisos para determinar si los residentes, que aún trabajan en el DF generan una derrama de recursos para la entidad; al parecer ello pudiera ser cierto pues aunque ellos van a laborar al DF, son su familias las que se quedan en la zona, gastan y consumen servicios urbanos.

Las migraciones a Pachuca son la fuerza principal de su crecimiento demográfico. Así, este crecimiento es más interestatal que intraestatal. Es de observar que el fenómeno de periferización de los sectores acomodados se da al interior de Pachuca y con los migrantes provenientes de la Zona Metropolitana de Ciudad de México. Por tal razón, los migrantes que van a Pachuca son de sectores medios acomodados y en algunos casos de una migración de retiro: tales son los residentes que han venido a ocupar las nuevas áreas de crecimiento de vivienda al sur de la aglomeración urbana de Pachuca.

La metropolización y el envejecimiento de la población de Pachuca de Soto tal vez sean los dos fenómenos más pronunciados de la entidad en los últimos treinta años. Ambos, conformación metropolitana e incremento de la población de la tercera y cuarta edad, le han propuesto grandes desafíos a los sistemas de salud locales tanto públicos como privados. En específico, para los servicios públicos de sanidad, los retos se refieren particularmente a la ampliación de los servicios geriátricos, pensar el sistema reconfiguración de redes de apoyo al adulto mayor lo cual implica una atención médica con criterios de familia, replantearse la visión preventiva de la medicina y proponerse metas de ampliación del seguro popular. Todo ello, mejorará la calidad de los servicios de salud.

El mejoramiento de la condición de vulnerabilidad del adulto mayor (de clase baja) implica políticas públicas más efectivas que le mejoren la calidad de vida urbana: servicios de salud más accesibles y de mejor calidad, empleo, espacios de recreación, y en general criterios de rediseño de ciudad más acordes con sus problemas de movilidad.

CAPÍTULO 5 CALIDAD PERCIBIDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA ZMCP : UNA VISIÓN ESTADÍSTICA Y SOCIOLÓGICA

Introducción

Con el presente capítulo se finaliza el análisis sobre la calidad percibida y los adultos mayores. El objetivo principal de este segmento de la investigación será enlazar los resultados del trabajo de campo con la teoría disponible a fin de esclarecer, para el caso de la Zona Metropolitana de la Ciudad de Pachuca de Soto (ZMCP), cómo se comportan los servicios sanitarios en la variable calidad percibida tomando como base un caso paradigmático: el Hospital General. Así, este capítulo es de recuperación y de aplicación: se recuperan las discusiones abiertas en otros capítulos y, a fin de cerrarlas, se hace una aplicación del estado de conocimiento, reportado en los capítulos anteriores, al balance de una situación local en particular y de una institución específica como caso de estudio.

En este capítulo, se encontrará una fuerte dosis de información empírica y estadística. Y es que, finalmente, en el transcurso de este trabajo se ha ido bajando del nivel de abstracción y esto obliga en este último fragmento a apoyarse lo más posible en los datos duros, para llegar al nivel concreto.

Para llevar a buen puerto esta investigación, y a fin de que la presentación resulte clara, se ha dividido la exposición en cuatro grandes partes.

En la primera parte, se expondrán los hallazgos del trabajo de campo realizado en una institución de salud que brinda servicio a la población abierta. Recalcamos este estudio, pues es el puente que une los hallazgos en la teoría disponible con un caso particular de una ciudad media del centro del país. Para la realización de este estudio se retoma la versión operativa de calidad percibida así como la metodología detallada en el tercer capítulo.

En la segunda parte se expone el modelo matemático que fundamenta las afirmaciones referentes a las determinantes de la calidad percibida: sus tendencias y sus explicaciones más empíricas.

En la tercer parte se discute la relación entre la calidad percibida y la participación ciudadana. Para esto se parte, según el enfoque sistémico propuesto por Donabedian del cual es tributario el sistema mexicano de salud (Ramírez, 1998), de los programas nacionales de salud en los últimos 10 años como aquellos que dictan las políticas sanitarias a nivel nacional. Tales programas a su vez orientan la actuación de los servicios a nivel local. Con este estudio, se evalúa la estrategia del Aval Ciudadano como la propuesta oficial para institucionalizar y potenciar la participación ciudadana en la gestión de los servicios de salud.

Finalmente, el cuarto apartado ahondará en el tema de la cultura política en salud, a fin de discutir la problemática de la justicia y la equidad y optimizar unos sistemas de calidad que, por su fragmentación al menos, no han venido cubriendo las expectativas de los usuarios. Las conclusiones del capítulo precisarán el problema de la cultura política en salud como una de las respuestas a la búsqueda de incremento en la calidad en los servicios sanitarios (López Acuña, 1993; Gil Montes, 2002; Blanco, 2005).

Sin embargo, antes de pasar a las preguntas, quisiéramos señalar que probablemente la problemática de los usuarios de la tercera edad respecto a la calidad percibida de los servicios públicos de salud puede quedar empíricamente ilustrada en el siguiente fragmento de una historia de vida¹ levantada en la Ciudad de Pachuca a mediados de este año.

La Sra. Felipa tiene 81 años y vive sola en una casa pequeña en el lindero nororiente del Centro Histórico. Durante muchos años se dedicó al hogar y más recientemente, al quedar viuda, a la venta de sopas y quesadillas. Desde que murió su marido, hace ya diez años y desde que sus 4 hijos (3 de ellos varones y una mujer) cambiaron de residencia a las afueras de la ciudad, ella se encarga prácticamente sola de su manutención y de sus visitas al médico en el Hospital General. El apoyo de sus hijos ha sido cada vez más escaso, en cierta medida porque son tres varones y en la zona no existe la cultura del cuidado a la madre anciana por parte del hombre. Pero también porque su hija, que era quien la había venido cuidando, decidió empezar a trabajar y formar una familia propia. Hoy, simultáneamente se ocupa de sus propios hijos, de su marido y de visitar a su madre. Así, aunque el apoyo familiar de Doña Felipa es de cuatro integrantes, respecto a su salud y en términos reales, se encuentra casi sola con sus recursos

Cuando les es posible, aunque de manera irregular, sus tres hijos hombres le apoyan económicamente cada uno con trescientos pesos mensuales. Este dinero es gastado casi en su totalidad para el pago de los servicios de la casa, los cuales a últimas fechas han aumentado sus tarifas. Así, los servicios médicos son costeados por Doña Felipa con el ingreso que le deja la venta de comida. Afortunadamente, con algunos ahorros, ha podido afiliarse al Seguro Popular² y así garantizar atención médica anual para atender sus complejo mosaico de enfermedades; entre otras: osteoporosis, hernia hiatal, problemas oftálmicos (siendo las cataratas el más costoso) y una cada vez mayor reducida movilidad por inicios de Síndrome de Parkinson. Muy recientemente fue sometida a una cirugía de corazón, de donde salió bien librada, pero con fuertes necesidades de

¹ Historia de vida de la Sra. Felipa Hernández, (Enciso, 2010) levantada en el mes de Mayo de 2010. Para efectos de ahorro de espacio, se muestra aquí el reporte de su crónica y no la crónica en sí misma.

² El Seguro Popular es un programa que apoya a los grupos vulnerables que no cuentan con seguridad social. En algunos casos es un seguro totalmente gratuito y en otros el cobro es anual.

una cuidadora que le lleve el seguimiento de suministro de medicamentos y que le acompañe para no agravar el cuadro con depresión por soledad.

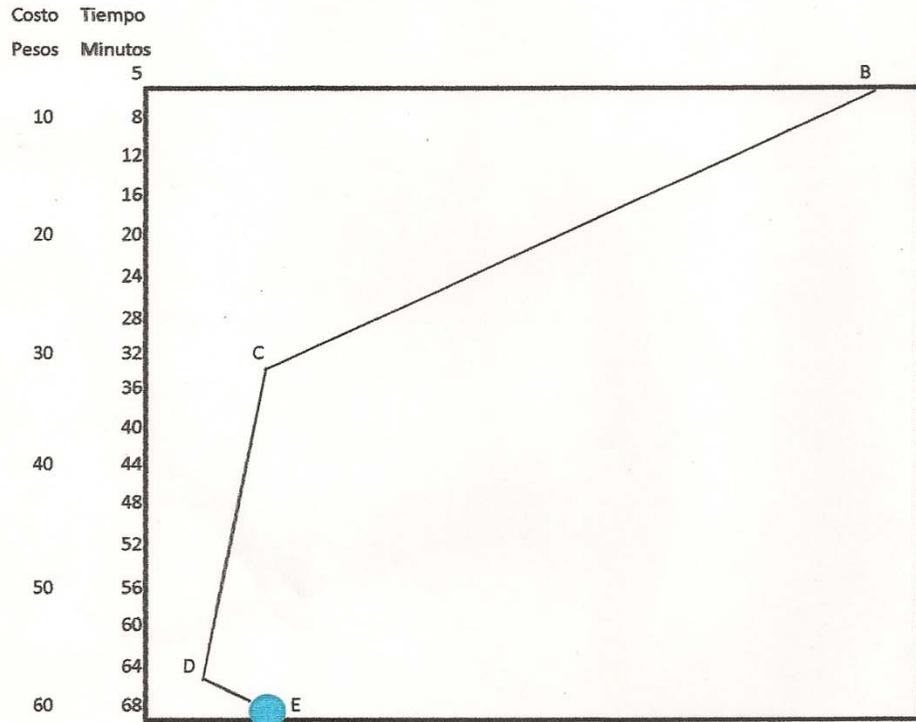
La familia pudo costear a una cuidadora para garantizar al menos tres meses de recuperación. Sin embargo, no pudo sostener el gasto de la cuidadora y ahora tratan de visitarla lo más posible para monitorear que Doña Felipa siga correctamente el tratamiento prescrito. En ocasiones, los hijos piden ayuda a las vecinas para checar que su madre tome sus medicamentos a la hora indicada y en las cantidades prescritas y a veces para el suministro de los mismos (es decir, la asistencia directa cuando se trata de inyecciones, gotas o atenciones que requieran ayuda de otra persona). Con las visitas continuas de cualquiera de sus hijos, el apoyo vecinal y las llamadas telefónicas, Doña Felipa ha logrado tener una buena adherencia al tratamiento prescrito por su médico.

Sin embargo, eso no es todo. Se presentan ciertos problemas cuando Doña Felipa debe asistir a las consultas médicas. Ella, tiene que solicitar ayuda a alguno de sus hijos (quienes a veces no tienen tiempo) o a alguna vecina. Sus problemas de movilidad le dificultan caminar por las cada vez más estrechas banquetas de una ciudad que ha priorizado el uso del automóvil. Y sus problemas económicos le limitan el uso de dos taxis que la lleven y la traigan de regreso, pues además tendrá que tomar algunos alimentos en el trayecto casa-hospital-casa. La figura 5.1 señala el recorrido que tiene que hacer para llegar al Hospital General

También encuentra problemas para moverse con agilidad dentro del hospital. Sobre todo le preocupa el recorrer a pie la larga explanada del hospital así como los trámites administrativos previos. Pero le agrada que por órdenes de las autoridades del hospital se les tenga mucha paciencia a los ancianos en referencia a su lentitud para la *tramitología*. Le disgusta que esta paciencia no se tenga para otras personas no ancianas pero con igual necesidad.

En términos generales, ella está satisfecha con el servicio médico que se le da en el Hospital. A pesar de que es frecuente que no entienda a cabalidad el diagnóstico o las instrucciones del médico, o que a veces no está de acuerdo con tal o cual medicamento que cree no le ha funcionado del todo, o que sus estudios se han trasapelado temporalmente, Doña Felipa considera que los doctores están bien preparados y que el trato es bueno. Lo que la hace cambiar de opinión, a veces, es el desabasto de medicamentos pues la pone en graves problemas. Pero tolera la situación, porque sabe que no podría costear los servicios privados. Aunque se le dificulta la accesibilidad física a esta unidad de salud, ella intenta no faltar a las consultas, pues puede tardar hasta cuatro meses en volver a ser atendida en el hospital.

Fig. 5.1 Viaje de una usuaria anciana al Hospital General de Pachuca



CLAVES

- A Casa en Nueva Estrella, al norte de la Ciudad
 - AB Caminando a la parada del taxi
 - BC Trayecto al Centro Histórico
 - CD Trayecto a la Puerta de la Explanada del Hospital
 - DE Caminando al acceso interno del Hospital
 - E Acceso Interno al Hospital General
- Distancia Funcional : 8 KM

Esta breve historia, pone de manifiesto varios de los problemas y muy diversas categorías de análisis que involucra la calidad percibida de los servicios públicos para grupos vulnerables de la tercera edad en Pachuca de Soto y en México. También deja ver que la calidad percibida de los servicios de salud no está restringida al consultorio, sino que sus componentes se ponen en funcionamiento desde que el usuario sale de su casa y se enfrenta a los problemas de accesibilidad geográfica y administrativa de la unidad de salud. Están presentes también cuando tiene que esperar cierto tiempo para ser atendido o cuando ya en el consultorio se le dificulta la comunicación con el médico o la enfermera. Tales componentes siguen actuando cuando ya se salió del consultorio y se topa con el desabasto de medicamento o la dificultad para conseguir los medicamentos prescritos. Finalmente, y aunque el argumento pueda ser discutible, los elementos de la calidad también están presentes cuando ya en la casa el usuario anciano no cuenta con la red social de apoyo para lograr la adherencia adecuada al tratamiento (Carracedo, 2000).

5.1 PRESENTACIÓN GENERAL DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO

Las poblaciones vulnerables son tales porque tienen una serie de características (de edad, condición social, económica, étnica o sexual entre otras.) que los hacen altamente susceptibles a los fallos de los sistemas sociales (Almanza, 2010 y Fiscella, 2003). En el caso particular de los sistemas sanitarios, y en este trabajo en especial, se toma a una de las poblaciones vulnerables de la Zona Metropolitana de la Ciudad de Pachuca (ZMCP): los adultos mayores que asisten a un hospital que atiende población abierta.

En el presente apartado se exponen los resultados del trabajo de campo realizado. Cabe señalar que las encuestas fueron levantadas por un equipo de cuatro personas incluido un servidor. Los datos fueron procesados en SPSS. Según se plantea en la ficha de procedimiento metodológico (ver introducción a esta tesis y Capítulo 3), a inicios de 2010 y hasta el mes de Abril, se levantaron 370 cuestionarios en el Hospital General de Pachuca. Tal levantamiento se centró en la percepción de la calidad del servicio médico por parte de los usuarios. Los resultados son, a pesar de su especificidad, un reflejo de las condiciones urbanas de la ciudad, ya que los entrevistados ponen de manifiesto como resienten los problemas de accesibilidad, de movilidad o de falta de recursos para hacer uso de los servicios médicos.. Queda de manifiesto en este levantamiento, el acelerado crecimiento de la población de la tercera edad, las necesidades de rediseño físico e institucional de las condiciones urbanas, el papel de la percepción en la participación ciudadana y otros fenómenos típicos de una ciudad en cambio.

Inicialmente hacemos una reflexión sobre el Hospital General como Institución. Los hospitales son microcosmos donde se llevan a cabo, a la par que procesos técnicos de mejora de la salud, dinámicas sociales que implican relaciones de poder y que por tanto deben estudiarse también desde el punto de vista sociológico (Carbonell et al 2004). Dado que la calidad percibida es una cuestión cultural (Fuentes, 2002a; Coe 1977 y Garrocho, 1995), al inicio de este capítulo, y también en el apartado de la estrategia del Aval ciudadano del Hospital General, se trata el problema de la cultura organizacional como una variable a tomar en cuenta para evaluar la calidad del servicio.

En el intermedio del capítulo se presenta una descripción estadística del comportamiento de variables que determinan la calidad percibida en las poblaciones en estudio. Se intenta avanzar también en una explicación estadística a través de un modelo de correlación.

5.1.1 El Hospital General de Pachuca: un modelo institucional

La importancia de los hospitales contemporáneos para la vida de la ciudad deriva de sus variadas funciones. Tales funciones son entre otras: ser lugares de restablecimiento de la salud, espacios de rehabilitación física o mental, lugares de enseñanza-aprendizaje para futuros médicos y otros profesionales, y son también centros de investigación donde se amplía el conocimiento sobre las enfermedades y el entorno biopsicosocial que las causa. Pero la complejidad del hospital se extiende a su dimensión sociológica, pues el hospital moderno es una gran y compleja organización, con una jerarquía de status y roles, derechos y obligaciones, actitudes, valores y fines. Muchos de los aspectos significativos del hospital, y que lo distinguen de otras organizaciones sociales, son

consecuencia de añejas fuerzas históricas. Así, no es posible comprender adecuadamente la estructura social del hospital si no se le sitúa en su perspectiva histórica. Las funciones del hospital y su estructura sociológica son dos aspectos esenciales que pueden explicar la calidad percibida por los usuarios del mismo (Coe, 1979).

El Hospital General de Pachuca no escapa ni a las funciones ya descritas ni a la estructura sociológica señalada. Es una entidad de salud de carácter regional (es decir, de tercer nivel) que da servicio a población abierta. Su historia como institución (32 años de existencia) deja ver que es un hospital que ha arraigado en la población y se ha compenetrado con ella. Su cultura organizacional³ es mucho más sólida que la de otros hospitales de la zona. Se encuentra localizado en la zona oriente de la ciudad. Es una zona populosa y caracterizada por la concentración de servicios médicos y educativos públicos y privados. Encontramos, aquí el Hospital del Seguro Social, el Hospital General, así como una gran cantidad de: farmacias, consultorios privados, laboratorios, tiendas de artículos médicos y de rehabilitación, paraderos de autobuses y sitios de taxis los cuales generan una sobreoferta de transporte. Todos estos negocios de la zona al parecer son economías externas formadas en referencia directa e indirecta a los hospitales y universidades del lugar (Presidencia de Pachuca, 2006).

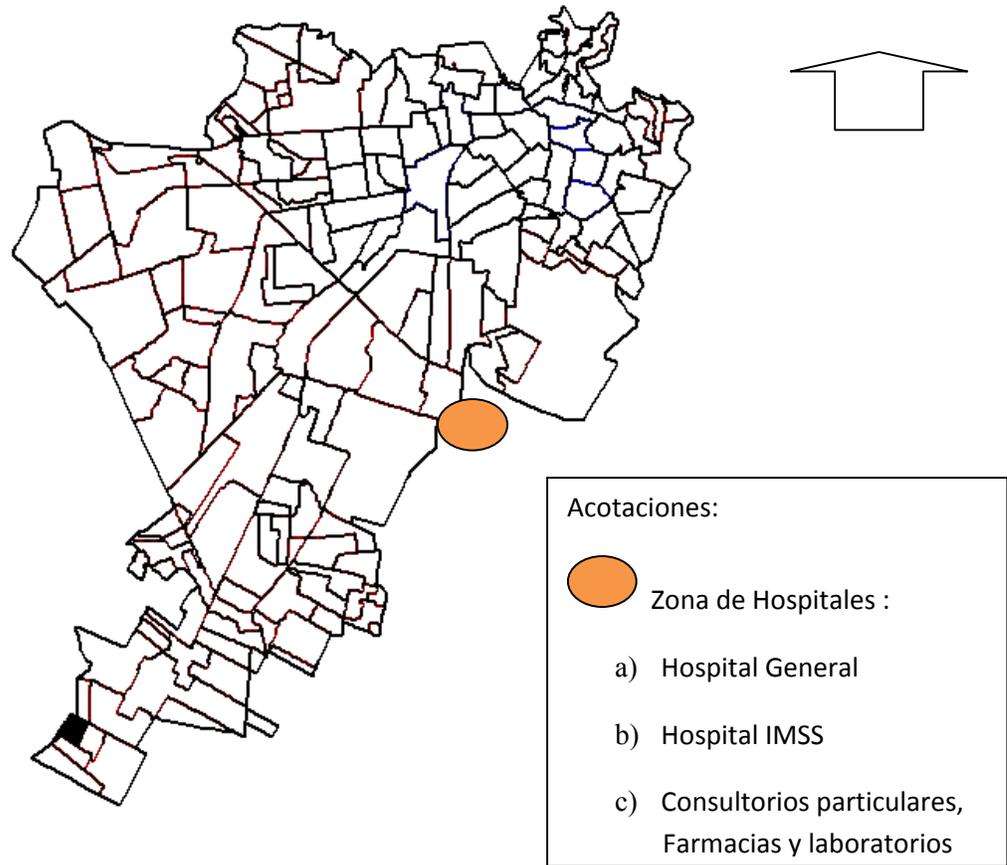
Cercana a esta zona de hospitales se encuentra la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, la cual también ha generado un despegue de economías externas en papelerías, lugares de comida rápida, un centro comercial, paraderos y conjuntos habitacionales donde es frecuente se rente a estudiantes.

Se ha considerado al Hospital General como un modelo de servicio sanitario no sólo por su desempeño como institución sino porque remite al tipo de instituciones cuya presencia hizo y hace despegar tramos de la ciudad. Es decir, instituciones cuya actuación cotidiana resguarda día con día el sentido del espacio público y el brindarse a la población en su mayor parte sin seguridad social (Ardón, 2003).

En la figura 5.2 se señala la ubicación específica del Hospital General dentro de la Ciudad de Pachuca de Soto.

Figura 5.2 Localización del Hospital General en Pachuca de Soto

³ Llamamos cultura organizacional al conjunto de valores, tradiciones, creencias, hábitos, normas, actitudes, y conductas que le dan identidad, personalidad, sentido y destino a una organización para el logro de sus objetivos económicos y sociales (Soto, 2001)



Fuente: SCINCE 2005

Este Hospital, es uno de los más grandes del Estado y cuenta con la siguiente organización, personal e infraestructura :

Cuadro 5.1 Hospital General: Recursos e Infraestructura

ASPECTO	CANTIDAD	ESPECIFICACIÓN	
Departamentos	17	Medicina General Rehabilitación Cancerología Virología Farmacia Odontología Oftalmología Cardiología Neurología	Laboratorios Urología Gineco-obstetricia Radiología Medicina Intercultural Urgencias Unidad de Calidad Unidad de Investigación y Docencia
Camas	200	Distribuidas desigualmente entre las especialidades	
Quirófanos	3	Para todas las especialidades	
Médicos	100	Distribuidos desigualmente entre las especialidades	
Psicólogos	2	Atención a todo el hospital	
Trabajadores Sociales	2	Atención a todo el hospital	
Enfermeras	150	Atención a todo el hospital	
Promotoras de salud Preventiva	0		
Consultorios	17	Distribuidos en todas las áreas	
Pisos	10		
Personal administrativo	20	Atención a todo el hospital	

Fuente: Elaboración propia

Considerando la dimensión de la institución, se puede afirmar que este hospital por su organización, equipamiento y destinatarios es una de las opciones más importantes para una población que es común que no cuente con servicios médicos en la zona metropolitana de Pachuca. Al respecto del cuadro 5.10 queremos observar la desproporción que hay entre médicos y enfermeras, donde sería deseable que el índice de 1.5 enfermeras por médico se aumentara al menos a 2 por médico a efectos de cubrir con mayor eficiencia la demanda, según lo refiere en entrevista el Dr. Chong, Director del hospital.

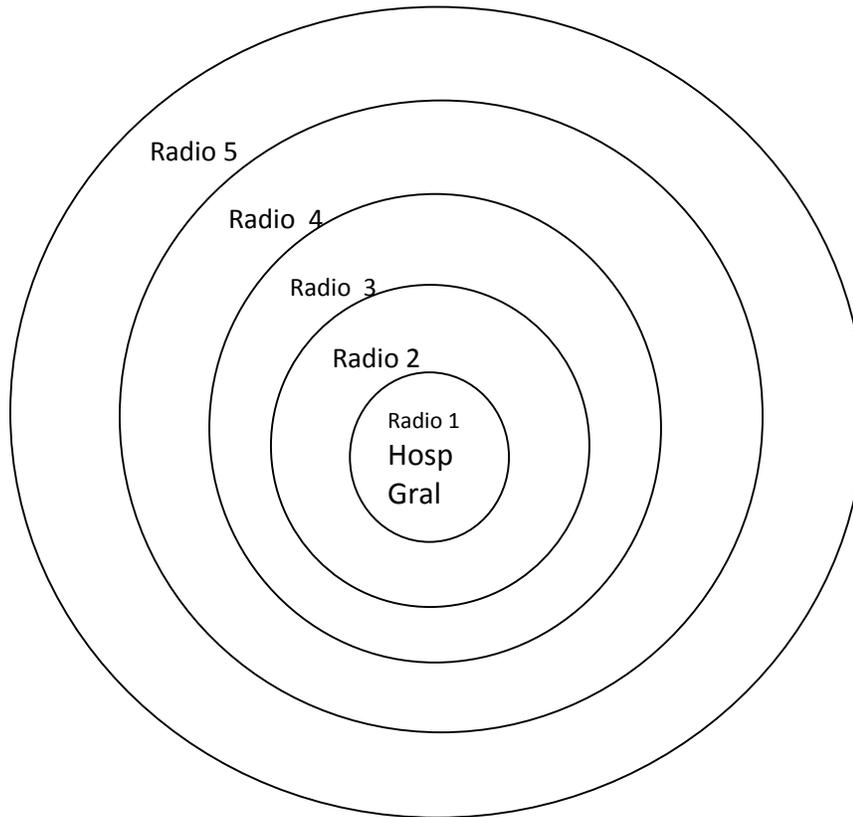
También es de señalar que el Hospital General cuenta con una Unidad de Calidad donde se hacen mes con mes levantamientos sobre la variable *Trato Digno* como centro de su sistema. Asimismo cuentan con un departamento de medicina intercultural que tiene como objetivo mejorar la atención a población indígena que en ocasiones no hablan el castellano o que requieren orientación para mejorar la comunicación con sus médicos o para mejorar la adherencia desde sus domicilios.

5.2.1.1 Características de la población en estudio

La procedencia

A fin de probar la hipótesis acerca del carácter metropolitano del servicio que brinda el Hospital General (según afirmaciones de los mismos médicos entrevistados), se establecieron radios de procedencia de la población. La figura 5.22 nos muestra esta técnica: el Radio 1 es la ciudad de Pachuca, el 2 los municipios inmediatos o conurbados, el 3 señala municipios más alejados y no conurbados, en tanto el 4 y el 5 son la periferia y aquellos que ya colindan con otros estados o son parte de otras entidades.

Fig. 5.3 Radios de procedencia de los usuarios



Fuente: Elaboración propia

El cálculo de la influencia radial se estableció según mapas mercadológicos en escala de 1:400 000.

Así, tenemos que las distancias radiales son respecto al radio 1:

Límite del Radio 1 respecto al Hospital = 4 km

Límite Radio 2 respecto a Centro Radio 1 = 16 km

Límite Radio 3 respecto a Centro Radio 1 = 40 km

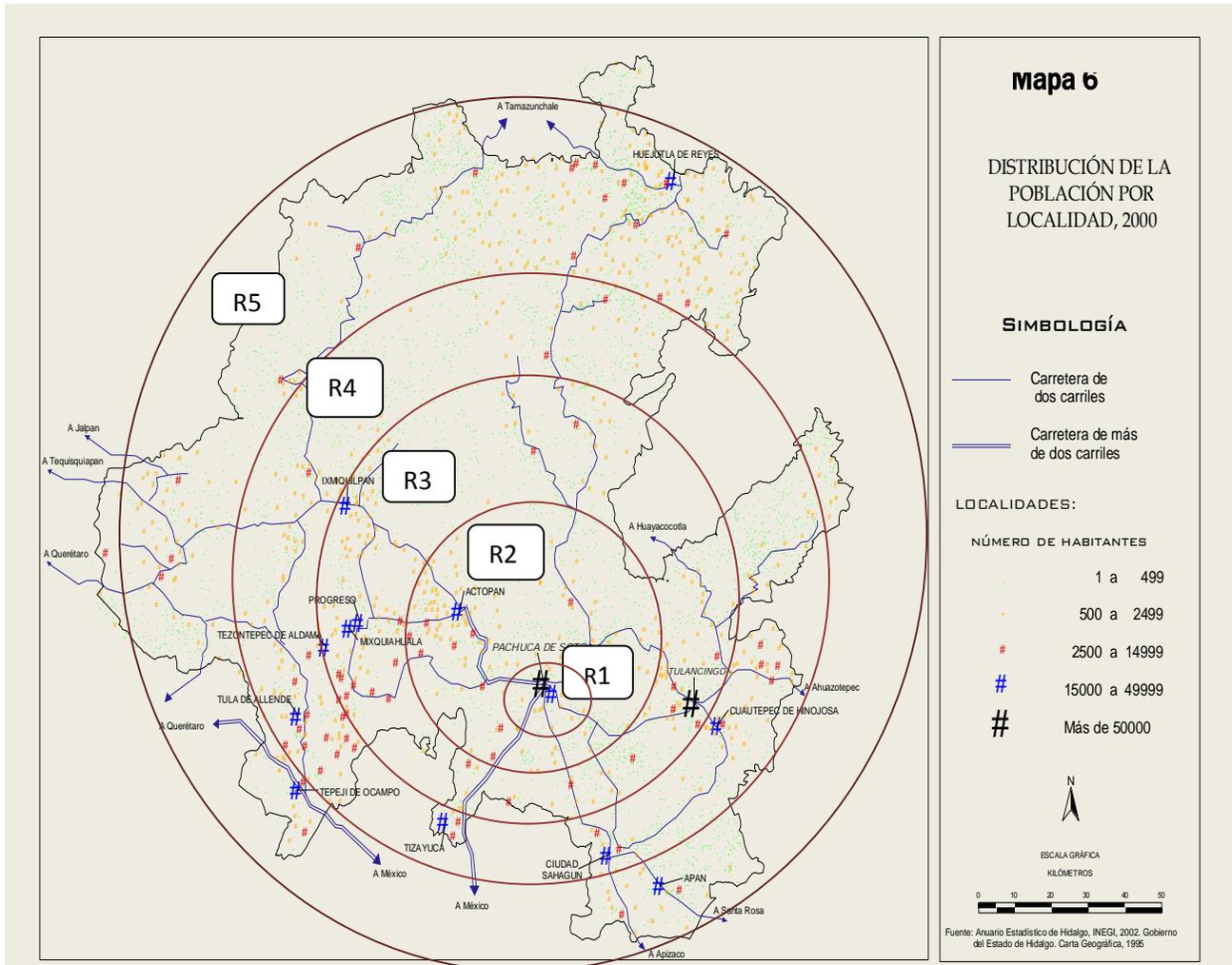
Límite Radio 4 respecto a Centro Radio 1 = 72 km

Límite Radio 5 respecto a Centro Radio 1 = Abierto

Las muestras levantadas consistieron en 370 cuestionarios de una población total de 3700 (Ver criterios estadísticos en el capítulo tercero). Se levantó una muestra para consulta externa

consistente en 305 cuestionarios, otra para Urgencias con 50 cuestionarios y una última para los internados o “de piso” de 15 cuestionarios (pues no tuvimos acceso a más personas por la delicadeza de salud de los enfermos). La distribución geográfica, donde al centro del radio 1 se halla el Hospital General, de la procedencia estas poblaciones es la siguiente.

Figura 5.4 Mapeo de los radios de Influencia del Hospital General de Pachuca de Soto



Fuente: elaboración propia con datos de Sócrates López (2009)

Respecto a la figura 5.3, se recalca que la ZMCP abarca fundamentalmente los primeros tres círculos (R1, R2,R3) y el grueso de la población viene de esos círculos. Sin embargo, aunque en pocas cantidades, encontramos usuarios de los círculos 4 y 5. El cuadro 5.10 hace referencia a este fenómeno:

Cuadro 5.2 Distribución geográfica de los usuarios del Hospital General

	Consulta Externa	%	Urgencias	%	En Piso	%
RADIO 1						
Pachuca 116	116	38 %	27	54%	4	26.7 %
RADIO 2						
Mineral del Chico	5	20%	0	20%	0	26.7 %
Epazoyucan	5		0		0	
Huasca	9		4		0	
Mineral de la Reforma	8		0		2	
Omitlán	3		0		0	
Pachuquilla	1		0		0	
Real del Monte	8		6		1	
S. Agustín Tlaxiaca	15		0		1	
Paso Tellez	1		0		0	
Tilcuauhtla	5		0		0	
Tlapacoyan	2		0		0	
RADIO 3						
Acatlán	0	21%	2	18%	1	26.7 %
Actopan	13		3		0	
Ajacuba	2		0		0	
Atotonilco	26		2		1	
Acelota	2		0		0	
Cerro Color	1		0		0	
Mixquihuala	6		0		1	
Sn Antonio	1		0		0	
Tizayuca	5		0		0	
Tolcayuca	1		0		1	
Tulancingo	0		2		0	
Zapotlán	2		0		0	
Zempoala	5		0		0	
RADIO 4						
Acaxochit	1	15 %	0	8 %	0	13.2%
Apan	3		0		1	
Atitalaqui	6		0		0	
Cardonal	6		2		1	

Ixmiquilp	5		2		0	
Meztitlán	8		0		0	
Molango	1		0		0	
Ocampo	1		0		0	
Salvador	2		0		0	
Tecámac	6		0		0	
Tepeapulco	2		0		0	
Tepeji del Rio	2		0		0	
Tezontepec	2		0		0	
RADIO 5						
Calnali	2		0		0	
DF	2		0		0	
Edo México	1	6%	0	0%	0	6.7%
Huichapan	1		0		1	
Pisaflores	6		0		0	
Zimapán	6		0		0	
	305		100		50	

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta para el Usuario

En el cuadro 5.2 puede observarse que, efectivamente, el Hospital General da un servicio metropolitano. Sin embargo, es preponderante la presencia de los pachuqueños en la muestra total (38% en consulta externa, 54% en urgencias y 27% en piso). Casi con igual participación (20% y 21% respectivamente) se tiene el círculo 2 y 3. Si consideramos que el tercer círculo tiene mayor área territorial, esto nos habla que son menos usuarios por km². El alejamiento del radio 4 (15%) y radio 5 (6%) hace que haya menos usuarios, pues éstos pueden tener otras opciones en otras entidades. Podemos concluir que casi el 60% de los usuarios vienen de la ZMCP y el restante 40% de municipios dispersos en el estado.

No se plantearon los radios de influencia por áreas metropolitanas dado que la población se encuentra dispersa y por otro lado las tres áreas metropolitanas importantes de Hidalgo (Pachuca, Tulancingo y Tula) se encuentran en alineadas en dirección este oeste.

Lo que este cuadro nos explica es que el área de urgencias atiende fundamentalmente a gente de Pachuca. Esto es lógico si pensamos que en tanto son urgencias, los usuarios acuden al servicio médico más próximo.

Edades de la población Usuaría

Aunque oficialmente en México la tercera edad inicia a partir de los 63 años, este dato no deja de ser convencional. Para efectos de esta investigación se considera adulto mayor o anciano (según fuentes internacionales) a la persona que cuenta con 60 años y más. Los datos que obtuvimos de nuestra muestra nos señalan la siguiente distribución por edades:

Cuadro 5.3 Rangos de edades de la población usuaria
(Porcentajes)

Rango	Consulta Externa	Urgencias	Piso
60 a 70 años	54.4	44	33.3
71 a 80 años	28.5	38	26.7
81 a 90 años	12.8	2	33.3
91 a 100 años	4.3	16	6.7
Totales	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta para el Usuario

Es la población que va de 60 a 70 años la mayoritaria (54%). Esto nos habla del reciente proceso de envejecimiento de la población pachuqueña. Por esto, los servicios de salud deben de estar direccionados a poblaciones que empiezan a vivir este proceso. La población de 71 a 80, la llamada 4ª edad (ONU, 2002), es ya considerable en la muestra pues se empieza a acercarse a la tercera parte de la población anciana.

Género y situación Civil

Es un dato probado que son las mujeres quienes hacen un mayor uso de los servicios de salud (Garrocho 1995, Aguirre Gas 2002, Donabedian y Wong y Lastra, 2001). Esto quedó también constatado en nuestra investigación. Es de observar que, tomados los datos por agregados, se identifica que el 63.6 % son mujeres y el 36.4 % hombres. Los datos que se presentan en la tabla 5.4 así lo manifiestan.

Cuadro 5.4 Género y estado civil de la población usuaria
De 60 años y más (En porcentajes)

Género	Estado Civil	Consulta Externa	Urgencias	Piso
Femenino	Casada	44.5	46	46.6
	Soltera	2.6	0	6.6
	Unión Libre	1.4	0	0
	Viuda	15.1	24	20
Masculino	Casado	30.4	22	20
	Soltero	0	0	0
	Unión Libre	1.4	0	6.6
	Viudo	4.6	8	0
Totales		100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta para el Usuario

Del cuadro 5.4 también se subraya que el esquema de mayores usuarios es el de la mujer casada (dada la poca cultura del divorcio en el estado según Ortíz Lazcano, 2003). Asimismo, destacan los casos de viudez femenina en comparación con la masculina. Esto resulta obvio si recordamos las superiores esperanzas de vida de la mujer a nivel internacional, nacional y local.

Ocupaciones Actuales y Pasadas

El bienestar físico-mental es un proceso: el proceso salud enfermedad. Por ello, determinar las causas de morbilidad y de muerte implica reconocer las ocupaciones actuales y pretéritas (Barquera y Tolentino, 2005). Y es que las personas enferman y mueren de cosas distintas dependiendo de las clases sociales a las que pertenecen y las ocupaciones que desarrollan o han desarrollado (Breilh, 1989 y Rojas Soriano 1985). El cuadro 5.5 nos habla de las ocupaciones presentes de los usuarios.

Cuadro 5.5 Ocupaciones Actuales de la población usuaria
De 60 años y más (En porcentajes)

Ocupación Actual	Consulta Externa	Urgencias	En Piso
Oficios (Albañiles, Carpintero, Cocineras, Sastres, Herreros)	5.9	2	26.6
Campesinos-Ganaderos	9.8	4	0
Comerciantes	9.5	8	6.6
Empleados	7.5	12	13.3
Hogar	64.6	64	53.3
Profesionistas	0.6	0	0
Jubilados	1.6	4	0
Obreros	0.3	6	0
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta para el Usuario

La medicina ocupacional es una rama importante cuando se trata de asociar las enfermedades presentes a las ocupaciones actuales o pasadas. Del cuadro 5.5 podemos derivar varias conclusiones. De inicio, llama la atención que los usuarios preferentes siguen siendo aquellos que se han dedicado o se dedican al hogar por años (46.9 % en amas de casa tradicionales y luego el ascenso a 64.6 % al sumarse hombres y mujeres que ya no están en edad de seguir trabajando).

Esto arroja luz sobre el desgaste físico del trabajo doméstico (Loaiza et al, 2004 y Meillasoux, 1985). Queda aún por saber si todos aquellos que reportan actividad laboral anterior fuera del hogar han sido pensionados o cuentan con ingresos de alguna fuente. Estos ingresos extras explicarían cómo se financian los gastos médicos. En el cuadro 5.6, que señala la ocupación anterior de los usuarios del Hospital General, sigue siendo abrumadora la cantidad de personas que se dedicaron al hogar (176 casos de un universo de 370), en comparación con los pocos porcentajes de oficios, campesinos, empleados o profesionistas.

Cuadro 5.6 Ocupaciones Anteriores de la población usuaria
De 60 años y más (En porcentajes)

Ocupación Anterior	Consulta Externa	Urgencias	En piso
Oficios (Albañiles, Carpintero, Cocineras, Sastres, Herreros)	7.2	4	0
Trabajadores del campo	13.4	8	6.6
Comerciantes	11.5	4	13.3
Empleados (as)	13.1	4	53.3
Hogar	46.9	66	0
Profesionistas	0.6	0	0
Maestros	2.3	4	0
Obreros	5.0	10	0
	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos del Cuestionario del usuario

Preparación Escolar y Salud

La preparación escolar puede influir en la salud y ser un indicador de ésta. La correlación educación y uso de servicios sanitarios ha quedado demostrada por varios expertos en el tema (Garrocho 1995 y Galván et al 2008). En el cuadro 5.7 señalamos los perfiles de escolaridad de la muestra tomada para esta investigación.

Cuadro 5.7 Perfil escolar de la población usuaria de 60 años y más
(En porcentajes)

Perfil escolar	Consulta Externa	Urgencias	En Piso
Primaria completa	33.4	16	46.6
Primaria incompleta	12.4	8	13.3
Normal y carreras Técnicas	7.0	4	0
Secundaria	8.6	16	13.3
Profesionista	0.6	0	0
Sin Instrucción escolar	38.0	56	26.6
TOTAL	100	100	0

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta para el Usuario

Del cuadro 5.7 subrayamos que la población usuaria mayoritaria (38%) no cuenta con educación formal lo cual explica en mucho su falta de oportunidades para buscar otras alternativas de salud. Casi el 46 % recibieron de manera completa o no la educación primaria. Esto nos lleva a considerar que un poco más del 80% de los usuarios de la muestra están en el nivel más bajo de la escala escolar. Todo esto impone severas condiciones de accesibilidad cultural a los servicios sanitarios.

Perfil epidemiológico de la población estudiada

Ya se ha planteado que las personas enferman y mueren por circunstancias influidas por a su origen social, el cual implica un cierto tipo de calidad de vida tendiente o no a la enfermedad. En el cuadro 5.8 se establecerán las razones de mayor consulta de los usuarios muestreados en esta investigación.

Cuadro 5.8 Áreas de mayor consulta y enfermedades de mayor prevalencia

Departamento visitado	Enfermedad	Consulta Externa		Urgencias		En Piso	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%
Oftalmología	Cataratas	50	23.6	0	0	0	0
	Otras	22		0		0	
Consulta General	Mosaicos combinados	57	18.7	12	24	0	0
Rehabilitación	Artritis	9	13.1	2	20	0	26.6
	Reuma	10		0		0	
	Columna	5		2		2	
	Fracturas	5		6		2	
	Osteoporosis	7				0	
	Dolor Articulaciones	4		0		0	
Diabetes	Diabetes	38	12.5	0	0	0	0
Cardiología	Taquicardia	25	8.2	22	44	4	26.6
Laboratorios y Hematología	Análisis de sangre	14	7.5	0	4	0	0
	Hipertensión	9		2		0	
Estómagos y Urología	Acidez y Alergias	3	6.6	2	4	0	33.3
	Úlceras	2		0		0	
	Riñones	3		0		5	
	Hepatitis	3		0		0	
	Problemas urológicos	6		0		0	
	Apéndice	3		0		0	
	Odontología Y Otorrino	Caries		9		3.9	
Laringitis		3	0	0			
Neurología	Migraña	3	3.6	0	0	0	0
	Otras	8		0		0	
Ginecología Y Ultrasonido	Ginecología	2	2.3	0	0	2	0
	Radiometría	4		0		0	
	Ultrasonido	1		0		0	
Quemaduras				2	4	0	0
TOTALES		305	100	50	100	15	100

Fuente:Elaboración propia con base en la Encuesta para el Usuario

A partir de la tabla 5.8 queda de manifiesto que son las áreas de oftalmología (23%) y de consulta general (18.7%) las que cuentan con mayor afluencia. Esto puede deberse a circunstancias institucionales (una oferta de servicios oftalmológicos) o a la frecuencia real en dolencias de la tercera edad. Aunque la razón que sostenemos es que el Hospital General estableció el programa de *Cataratas* precisamente por ser una enfermedad muy común y además muy cara de curar pues sólo se retiran estas membranas por vía quirúrgica. Las áreas de Rehabilitación (13.1%) y de diabetes (12.5%) son las que

siguen en ser más demandadas. Un dato paradójico es que la población mayoritaria es femenina y el área menos visitada es ginecología. La paradoja, se explica porque la mujer consulta “en paquete”, es decir en consulta general, problemas de orden ginecológico.

Población Muestreada y Número de Hijos

El número de hijos puede estar relacionado, con el desgaste óseo en el caso de la mujer (casos extremos de osteoporosis y dolencias del sistema óseo), pero también con las posibilidades del adulto o adulta mayor para obtener ayuda tanto financiera como de cuidados profanos.⁴

Cuadro 5.9 Número de hijos en la Población Usuaría
De 60 años y más (en porcentajes)

No. Hijos	Consulta Externa	Urgencias	En Piso
0	4.9	4	0
1	4.3	4	0
2	12.1	0	6.6
3	22.6	12	33.3
4	12.5	20	20
5	12.5	16	20
6	6.9	10	13.3
7	8.2	22	0
8	5.2	8	6.6
9	4.6	0	0
10	1.0	0	0
11	1.3	4	0
12	2.3	0	0
13	1.3	0	0
14	0.3	0	0
TOTALES	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta para el Usuario

Es interesante notar que un poco menos de un cuarto de la población tiene 3 hijos, lo cual señala también una tendencia demográfica a nivel nacional. De ese parámetro con diez puntos porcentuales menos se encuentran las personas con 2, 4 y 5 hijos. La población con numerosos hijos no es significativa. En el cuadro 5.10 presentamos otra organización de número de hijos:

Cuadro 5.10 Número de hijos por rangos
(En porcentajes)

Rango	Consulta	Urgencias	En Piso
-------	----------	-----------	---------

⁴ Se le llaman cuidados profanos a aquellos que son brindados por familiares o amigos no profesionales de la medicina. Ver al respecto a Ramos del Rio et al (2008) y Haro (2000). En cierto momento, las redes familiares son esenciales como parte de los sistemas de salud (Prieto, 2005, Puig, 2009 y Gómez Lucena, 2008).

No. de hijos	Externa		
0	4.9	4	0
1-2	16.4	4	6.6
3-6	54.5	58	86.6
7-9	18.0	30	6.6
10-12	4.6	4	0
13-15	1.6	0	0
TOTALES	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta para el Usuario

Esta organización por rangos nos permite identificar en dónde se concentran los datos. Así, se observa que más de la mitad de la población tiene entre 3 y 6 hijos. Que casi la quinta parte tiene entre 7 y 9 hijos y que el 16 % tiene entre uno y dos hijos. Cinco por ciento de la población carece de la protección familiar (aquella sin hijos), en contraste con otro 5% que cuenta con una gran red familiar (10 a 14 hijos).

La Protección del Aseguramiento

La población hidalguense es común que no cuente con seguros sociales. Ante esta realidad, una de las políticas públicas de salud más importantes ha sido el promover el seguro popular (Hernández-Torres et al 2008). Ello dado que el IMSS y el ISSSTE se encuentran enganchados a los sistemas laborales y en la entidad es escaso el ofrecimiento de empleo con esquemas de seguridad social (de ahí tal vez la fuerte migración de los hidalguenses a los Estados Unidos). El cuadro 5.11 muestra el tipo de aseguramiento de los usuarios muestreados.

Cuadro 5.11 Tipo de seguros del usuario de 60 años y más del Hospital General (En porcentajes)

Seguro	Consulta Externa	Urgencias	En Piso
Popular	63.9	24	100
Ninguno	33.4	60	0
IMSS	1.6	12	0
ISSSTE	0.7	4	0
DIF	0.4	0	0
TOTALES	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta para el Usuario

Del cuadro 5.11 se recalca la casi absoluta desprotección de los seguros que tradicionalmente venían funcionando (IMSS, ISSSTE y DIF). Es decir 97.3 % de la población entrevistada ha tenido que buscar otras opciones y sólo 63.9 % la ha encontrado en el seguro popular. Importa observar la cobertura del seguro popular en el país y en el estado de Hidalgo a fin de evaluar su eficacia de este programa.

5.1.3 Percepción de la calidad en el servicio: las grandes variables

Hasta aquí hemos delineado las características de la población en estudio. Sin embargo algo distinto es el perfil poblacional y lo que tal población piensa de los servicios. Es por ello que los tratamos de manera separada. Como grandes variables que afectan la percepción de la calidad tomamos en cuenta la percepción de su salud, la utilización, la accesibilidad, las amenidades, el trato, la comunicación, la seguridad y la participación ciudadana. Todos ellos elementos que, en tanto agregados, inciden en la visión del usuario (Lledó, 2000).

Percepción de su salud

Según lo refiere Martha Schteingart en su estudio (2000), la percepción de la calidad de vida se enlaza directamente con la percepción de la propia salud que tiene el usuario. Esto es lógico si pensamos que la evaluación de la propia salud es un determinante de las expectativas con las cuales se va al arribar a solicitar el servicio. Uno de los resultados paradójicos del estudio es que el 65% de los encuestados considera buena su salud, y su asistencia al médico es con fines cuasi preventivos (“ahora que no estoy muy mal”) o por dolencias pasajeras que no comprometen su bienestar. Una pregunta a responderse es si el considerar buena su salud baja o eleva sus expectativas de atención médica y por tanto su visión de la calidad del servicio. Según algunos psicólogos culturales (Saforcada et al, 2010) la concepción de sí mismo como enfermo o la percepción de la salud propia sí aumenta o disminuye la percepción de la calidad del servicio (si se concibe más enfermo, las expectativas serán más altas y viceversa). También señala que según sus investigaciones, el que el adulto mayor se autoconciba más saludable puede ser un factor de ayuda al saneamiento por tratamiento.

Utilización de los servicios de salud

La utilización de los servicios de salud es una variable que puede entenderse en un sentido cualitativo o cuantitativo. En lo cualitativo se refiere al tipo de uso que se le da. Son estudios que, dado su carácter descriptivo y casi etnográfico, han sido realizados preferentemente por antropólogos, sociólogos y psicólogos ambientales. Por otro lado, vista la variable en términos cuantitativos, su enfoque es a partir de frecuencia de uso lo cual lleva al cálculo de tasas de utilización. En este momento nos referiremos al aspecto cuantitativo y dejamos lo cualitativo. El cuadro 5.12 hace referencia a las frecuencias con las que la población usuaria muestreada usa los servicios del Hospital General.

Cuadro 5.12 Tiempo de utilización del servicio del usuario de 60 años y más en el Hospital General
(En porcentajes)

Rango de Uso	Consulta Externa	Urgencias	Piso
--------------	------------------	-----------	------

1-4 Veces	18.0	64	20
2-11 Meses	25.2	8	26.7
1-2 Años	32.5	24	33.3
3-5 Años	17.4	4	20
6-8 años	2.6	0	0
9 y más años	4.3	0	0
TOTALES	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta para el Usuario

La frecuencia de uso puede medirse en bloques de tiempo (meses o años) o en eventos aislados (una vez, dos veces etc.). En el caso de la población anciana del Hospital General de Pachuca se dan ambos casos: personas con una trayectoria de asistencia al hospital y personas que esporádicamente (o por veces aisladas) acude a esta unidad de salud.

Del cuadro 5.12 es importante observar las regularidades de uso en las muestras de consulta externa y piso: casi la tercera parte de la población (el 32% y 33% respectivamente) ha venido usando los servicios de salud entre uno y dos años. La cuarta parte de la población lo hace algunos meses sin llegar al año y casi la quinta parte lo ha hecho hasta 4 veces en períodos aislados de tiempo. En muy escasa proporción (casi 7%) el usuario asiste por más de 5 años al hospital.

El caso de la muestra de urgencias tiene una situación un tanto diferente. El 64% asiste en eventos aislados, lo cual es lógico pues las causas son accidentes y complicaciones eventuales de procesos de enfermedades crónico-degenerativas. Asimismo, el otro 36% se concentra básicamente en el período de uso de 1 a 2 años (también en eventos aislados).

Hasta aquí, los datos y argumentos presentados nos permiten hacer un reconocimiento de la población: de dónde viene, cuáles son sus características familiares, laborales, su perfil educativo y su situación epidemiológica. Todo esto nos permite ver que son poblaciones vulnerables por su perfil epidemiológico, su escasa red social de apoyo y de aseguramiento institucional, con escasa o nula escolaridad. Tal patrón sigue los esquemas nacionales de feminización de la vejez. En lo siguiente, vamos a pasar revista a sus percepciones sobre la calidad de los servicios médicos y detallaremos sus problemáticas de orden económico y urbano: accesibilidad, calidad y utilización. Recordemos (ver capítulo 3) cómo se planeó el instrumento del usuario, pues esa va a ser la lógica de exposición del bloque segundo del cuestionario.

Cuadro 5.13 Clasificación de preguntas, instrumento del usuario

VARIABLE A REGISTRAR	NUMERO DE PREGUNTA EN EL INSTRUMENTO DEL USUARIO
Perfil poblacional	Encabezado (12 ítems)

Accesibilidad física	Preguntas 1 - 6
Accesibilidad Social	Preguntas 7- 10
Accesibilidad Económica	Preguntas 11-12
Comunicación, Trato y no discriminación	Preguntas 13-19
Seguridad del Usuario	Preguntas 20-22
Abastecimiento de medicamentos	Preguntas 23-25
Preparación del Médico y de Enfermeras	Preguntas 26-29
Participación Ciudadana	Preguntas 30-33
Percepción Global	Preguntas 34-38
Accesibilidad general (visión cuantitativa)	Preguntas 39-50

Fuente: Elaboración propia con datos de los cuestionarios levantados

De acuerdo al plan propuesto, ya se ha hablado sobre el perfil poblacional. De manera combinada daremos paso a la explicación del primer y segundo bloque del cuestionario, lo cual nos lleva a recuperar con datos tanto cuantitativos como cualitativos algunos argumentos ya antes vertidos.

Accesibilidad física

Sin duda alguna, la accesibilidad física externa es una de las variables que le imprime calidad a un servicio de salud. En otras palabras, al parecer, la calidad del servicio se pone en juego desde las decisiones de localización de las unidades de salud. Según Donabedian (1997), la ubicación geográfica de las unidades de salud, forma parte de la calidad estructural de los servicios y es causa de una presencia o ausencia de “justicia territorial” (Harvey, 1979). La calidad en las ciudades implica que, en el caso de los servicios públicos, se puedan tomar alternativas de mejoras en el acceso a las poblaciones más desprotegidas.

De acuerdo a los cuestionarios, el problema de la accesibilidad física al Hospital General no se percibe como grave. En el cuadro 5.14 se establecen los resultados de cómo percibe el usuario la accesibilidad al Hospital. Importa observar que, atendiendo al gran total de las opiniones por muestra, casi el 70% de la consulta externa concibe como buena la accesibilidad física externa incluyendo rutas de acceso y transporte. Diferente opinión se tiene en urgencias, donde sólo el 42.4% la considera buena y el 48% de los internos piensa que es buena.

Cuadro 5.14 Percepción de la accesibilidad física externa
(En porcentajes)

C O N S U L T A E X T E R N A					
ASPECTO	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	No Sabe

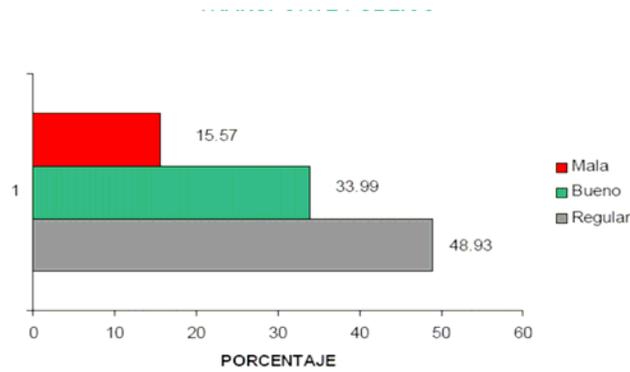
Ubicación física	3.6	71.5	22.3	2.6	0
Suficiencia del transporte	3.0	79.3	13.4	1.3	3
Costo de transporte	1.6	60.3	27.5	4.6	6.0
Comodidad de transporte	2.3	66.9	24.0	1.6	5.2
Acceso externo	2.0	68.2	22.6	3.2	4.0
Acceso interno	2.0	80.6	13.8	3.3	0.3
Gran Total o Media	2.5	69.2	22.0	2.7	3.6
U R G E N C I A S					
Ubicación física	0	70	30	0	0
Suficiencia del transporte	0	70	12	0	18
Costo de transporte	0	32	18	0	50
Comodidad de transporte	0	20	30	0	50
Acceso externo	0	20	36	12	32
Acceso Interno	0	2.6	48	6	20
Gran Total o media	0	42.4	25.2	2.4	30
E N P I S O					
Ubicación física	0	46.6	26.6	26.6	0
Suficiencia del transporte	0	66.6	20.0	0	13.3
Costo de transporte	0	53.3	20.0	13.3	13.3
Comodidad de transporte	0	46.6	13.3	26.6	13.3
Acceso externo	0	26.6	46.6	20.0	6.6
Acceso Interno	0	46.7	40.0	13.3	0
Gran Total o media	0	48.0	25.4	17.3	9.4

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta para el Usuario

Como es de esperar, es el área de urgencias la que se muestra más exigente: entre otras cosas porque el Hospital General cuenta con entradas poco funcionales. El problema de la accesibilidad física a las áreas de urgencias es un problema común en los hospitales de las ciudades medias (Carbonell et al, 2005 y Flisat y Roqueña, 2000). Si se ven los datos en negativo, se capta que casi la cuarta parte de las poblaciones en estudio creen que la accesibilidad externa es regular en tanto un porcentaje escaso la considera como mala. Adentrándonos más detalladamente a los componentes de la accesibilidad física externa, podemos constatar que hay una situación interesante. El rubro mejor calificado es la suficiencia de transporte en tanto el más mal evaluado es el costo de éste. El problema de la sobreoferta de transporte es de sobra conocido en la ciudad. Micros, autobuses, “combis” y taxis coexisten en zonas donde la demanda no es equiparable. Esta sobreoferta está ligada con las canonjías de los políticos y personas influyentes de la región. Así, si bien es cierto que se da un servicio abundante éste es caro para los bajos niveles de ingreso de Pachuca.

La siguiente gráfica muestra un estudio de percepción del transporte en Pachuca en el año 2006.

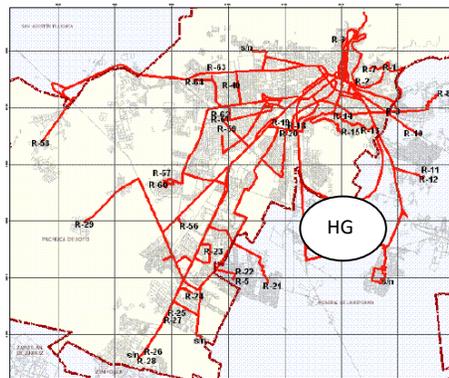
Figura 5.5 Percepción de la calidad de Transporte Público



Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Pachuca de Soto, 2006-2009

Este tipo de estudios es frecuente que se hagan en la zona debido a que, como ya se dijo, el transporte es una variable política en la ciudad. Del gráfico 5.5, se subraya que casi el 50% de la población considera “regular” el transporte que sumado al malo ya nos da casi el 65% de opiniones *no buenas*.

Figura 5.6 Rutas de Transporte de Pachuca de Soto



Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Pachuca de Soto, 2006-2009

Por ser una zona de concentración de equipamiento urbano en salud y educación, al Hospital General confluyen al menos 4 rutas de transporte y dos paraderos de taxis. Asimismo, al no estar conectado directamente con el centro de la ciudad, su accesibilidad es ágil en cuanto a lo vehicular. Sin embargo, es notorio que las banquetas se han estrechado, los camellones han desaparecido, se ha construido muy cerca un segundo piso vehicular, han aparecido glorietas y retornos... es decir, se ha acondicionado la zona para atender más volumen vehicular, en detrimento de la movilidad peatonal (Ver anexo fotográfico).

Accesibilidad interna y accesibilidad social (cultural y económica) al Hospital

Como se había comentado antes, la calidad de un servicio de salud se aprecia desde la accesibilidad para llegar a él y sigue hacia la accesibilidad dentro de la unidad. Esta accesibilidad interna, puede entenderse en términos físicos, de tiempo y de cultura organizacional. Una vez salvados los bloqueos de la accesibilidad externa aún quedan los de la accesibilidad interna. Ésta tiene que ver con la legibilidad de

la lógica administrativa de la institución. Siguiendo la tendencia de la accesibilidad externa, los datos que se presentan en el cuadro 5.15 sobre la accesibilidad interna señalan que en promedio es buena en un 54% de las opiniones de consulta externa, 29.1 % en Urgencias y 31% en Piso..

Para el caso de Consulta Externa, casi la tercera parte de las opiniones se inclina en calificarla de regular, mientras que el 70% restante se ubica en los extremos. El 61% piensa que es buena y casi el 6% que es definitivamente considera mala. Por otra parte, para el caso de Urgencias casi el 40% considera la accesibilidad interna como regular y el 24.6% no sabe. Una de las explicaciones que probables a esta “inconciencia” es que el enfermo de urgencias al llegar a la unidad descarga en sus familiares la responsabilidad de el acceso a la atención médica. Y en lo que respecta a los usuarios que están “en Piso” se eleva hasta el 46% la percepción de que el acceso interno es regular.

De los componentes de la accesibilidad interna importa recalcar el fuerte reconocimiento del usuario de las tres muestras consideradas a elementos que ha mejorado la institución tales como rampas, ancho de puertas, pisos con antiderrapante, ubicación de consultorios y otros espacios de atención, vigilancia accesible y elevadores. Asimismo, también es homogénea la opinión en cuanto a los tiempos de espera para recibir cita o recibir atención en la unidad de salud: las opiniones se concentran casi en su 95% entre buenas y regulares con una tendencia marcada hacia la opinión buena.

Cuadro 5.15 Percepción de la accesibilidad interna (porcentajes)

CONSULTA EXTERNA					
ASPECTO	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	No Sabe
Acceso interno (Rampas, puertas etc.)	2.0	80.6	13.8	3.3	0.3
Tiempo de espera para ficha	2.6	54.4	40.4	2.6	0
Tiempo de espera para recibir atención	2.6	54.4	40.7	2.3	0
Tiempo de espera para Obtener cita	2.6	52.8	35.1	7.9	1.6
Orientación del personal para trámites	3.0	63.6	20.3	12.4	0.7
URGENCIAS					
Acceso interno (Rampas, puertas etc.)	0	26	48	6	20
Tiempo de espera para ficha	0	18	56	6	20
Tiempo de espera para recibir atención	0	32	62	6	0
Tiempo de espera para Obtener cita	0	12	30	6	52

Orientación del personal para trámites	0.6	32	38	18	6
E N P I S O					
Acceso interno (Rampas, puertas etc.)	0	46.6	40	13.13	0
Tiempo de espera para ficha	0	40	40	20	0
Tiempo de espera para recibir atención	0	40	33.3	26.6	0
Tiempo de espera para Obtener cita	0	20	46.7	33.3	0
Orientación del personal para trámites	0	33.3	53.3	13.3	0

Fuente: Datos propios con base en el cuestionario del usuario

Casos no tan afortunados también para las tres muestras son los rubros de los costos de consulta y de tratamiento. Para el caso de la consulta externa, tales costos son concebidos como buenos tan sólo en un promedio de 35% de la población, observándose más desfavorable el costo de tratamiento que el de la consulta. Importa resaltar que casi la quinta parte de la población (20% aproximadamente) reportan no saber cómo son los costos pues no se enteran o no les cobra la institución. Para el caso de Urgencias pocos casos consideran regulares los costos de consulta y tratamiento y no hay casos que los consideren malos.

En resumen, los índices de accesibilidad interna son buenos en más de la mitad de opiniones sólo en consulta externa, en tanto en urgencias e internos tienden a bajar hasta 20 puntos porcentuales. El caso resulta grave si consideramos que el acceso interno no incluye sólo elementos de arquitectura física sino también de lógica organizacional.

Accesibilidad económica

Por la pobreza de la zona, se ha visto conveniente manejar por separado un rubro de accesibilidad social que es fundamental para los servicios de salud: el elemento económico. Este elemento se cruza con información adicional del último bloque de preguntas. La accesibilidad económica la determinamos con dos elementos: el costo de consulta y el costo de tratamiento. Ello, pues es probable que el usuario tenga cómo solventar la consulta pero no el tratamiento.

Cuadro 5.16 Percepción de la accesibilidad económica
(porcentajes)

C O N S U L T A E X T E R N A					
ASPECTO	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	No Sabe
Costo de Consulta	6.5	44.6	24.9	3.0	21.0
Costo de Tratamiento	4.2	26.9	38.6	11.0	19.3
U R G E N C I A S					
Costo de Consulta	0	52	18	0	30
Costo de Tratamiento	0	32	24	0	44
E N P I S O					
Costo de Consulta	0	20	46.7	33.3	0
Costo de Tratamiento	0	26.6	66.6	6	0

Fuente: Datos propios

Los datos que arroja el cuadro 5.16, no están tan polarizados como otras variables. Dicha distribución en las opiniones está relacionada con el status económico tan diverso que tienen los usuarios. El Seguro Popular, el cual es muy socorrido en la población hidalguense de bajos recursos, divide por estratos económicos a los usuarios.

Trato y no discriminación

Una de las obligaciones o virtudes que la OMS ha señalado a los servicios de salud es la equidad en el trato, la no discriminación y el trato digno (Pons et al, 2006 y Ramírez, 2005). Algunas de estas características son monitoreadas de manera permanente en los servicios públicos de salud en México. Particularmente en el Hospital General de Pachuca el Trato Digno es uno de los indicadores que sustentan las labores de seguimiento a la calidad del servicio (Secretaría de Salud, 2006 y 2007a). En el cuadro 5.17 se señala como datos de trato: la amabilidad, el respeto, la privacidad, el interés del médico y la cantidad de tiempo invertida. Estos rubros serán complementados por los indicadores levantados por la institución.

Trato y no discriminación hacen referencia a un servicio centrado en el cliente. También focalizado en que se erradiquen del servicio problemáticas añejas que se referían a la supuesta superioridad intelectual, moral y humana del médico, con lo cual se establecían relaciones de poder poco recomendables para el buen funcionamiento de los consultorios. Se observa que la comunicación, el trato y la no discriminación son elementos fundamentales de la cultura organizacional de los hospitales que impactan seriamente en el funcionamiento de estos. Los datos que arroja el cuadro 5.17 muestran que se ha ganado mucho en este sentido.

Cuadro 5.17 Percepción de la comunicación, el trato y la no discriminación

C O N S U L T A E X T E R N A					
ASPECTO	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	No Sabe
Amabilidad y Respeto	26.1	72.1	5.0	0	1.3
Privacidad del consultorio	9.2	83.0	6.8	0	1.0
Interés del médico	20.6	74.1	4.6	0	0.7
Cantidad de tiempo que dedica el médico	12.7	81.0	5.0	0	1.3
Explicación e instrucciones del Médico	14.8	81.0	3.6	0	0.6
Confianza en la información y el tratamiento	12.0	82.6	4.2	0.6	0.6
Planeación conjunta del tratamiento	11.1	83.3	3.6	0.7	1.3

U R G E N C I A S					
Amabilidad y Respeto	6	86	0	0	8
Privacidad del consultorio	0	62	32	0	6
Interés del médico	0	100	0	0	0
Cantidad de tiempo que dedica el médico	6	74	14	0	6
Explicación e instrucciones del Médico	0	94	6	0	0
Confianza en información y tratamiento	0	94	6	0	0
Planeación conjunta del tratamiento	0	86	6	0	8
E N P I S O					
Amabilidad y Respeto	0	20	5	0	0
Privacidad del consultorio	0	17	6.7	1.7	0
Interés del médico	0	21	3.3	0	0
Cantidad de tiempo que dedica el médico	0	17	5	3.3	0
Explicación e instrucciones del Médico	10	10	5	0	0
Confianza en información y tratamiento	6.7	10	5	3.3	0
Planeación conjunta del tratamiento	3.3	18.3	3.3	0	0

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta para el Usuario

En cuanto a la población de Consulta Externa, cabe destacar que más del 90% de las opiniones en todos los rubros se concentran en los niveles muy bueno y bueno. Particularmente importa mencionar las altas cifras alcanzadas por *Amabilidad y Respeto* donde más de la cuarta parte de la población la catalogan como muy bueno y casi tres cuartas partes como bueno. Comportamiento similar reporta el rubro *Interés del médico*. Por su parte los rubros de privacidad y cantidad de tiempo de consulta tiene también comportamientos similares: más de 80% de opiniones dicen que son buenos y alrededor del 10% que son muy buenos. Llama la atención los nulos índices de la categoría *Malo* en la calificación del servicio de consultorio.

Respecto a la población de urgencias, el 80.5 % de la población considera el trato bueno en tanto sólo el 11% lo considera regular. Cabe llamar la atención en la ausencia de opiniones malas.

Finalmente, en la población internada se encuentran los niveles más bajos: 75% dice que el trato es bueno y 20.5% que es regular. Aquí sí encontramos opiniones que catalogan como malo el trato: los puntos de conflicto son, por orden de importancia, el tiempo que le dedica el médico al paciente y la privacidad del espacio para hacer la consulta o revisión. Respecto a los espacios, cabe señalar que en entrevista con la coordinadora de Rehabilitación mencionó que para atender la demanda creciente del hospital se ha tenido que subdividir áreas a fin de tener más espacios de atención: todo ello a costa de la privacidad.

Los resultados aquí señalados, y otros que se desprenden del rubro de comunicación y seguridad, coinciden en varios aspectos con los resultados obtenidos en los formatos de Trato Digno que se levantan en la institución. Una de las problemáticas de esta información es que no se tiene por grupos

etéreos y particularmente está enfocada a la consulta externa. En el apartado sobre la metodología del “Aval Ciudadano” ahondaremos en esta problemática.

La comunicación es una variable que puede ser muy ambigua. Por ello la entroncamos con el asunto de la calidad y hablaremos de la calidad de la comunicación. Dicha calidad se observa por el nivel de horizontalidad y consenso entre las propuestas del médico y las respuestas del usuario. La vital importancia del fenómeno comunicacional para la buena relación médico-usuario ha quedado manifiesta por diversos estudiosos de la salud (Coe, 1979; OPHS , 2001; Engelhardt 1995; Olivier et al 2003; Gobierno de Perú, 2008). Esta relación se muestra en el cuadro 5.17.

La comunicación es un factor que está entrelazado con la dignidad en el trato . Sin embargo, el ámbito de la comunicación es más descriptivo y tiene un estatuto un tanto aséptico. En términos generales observamos que de la muestra de Consulta Externa el 82.5% opinan que la comunicación es buena y el 12.2 % señalan que es muy buena. En otras palabras, prácticamente la totalidad asume que es aceptable la relación médico paciente. En Urgencias el 90 % de las opiniones declaran como buena la comunicación paciente médico. En los internos o de piso las cosas mejoran si detectamos que 23.3% la conciben como Muy Buena y 58.4 como Buena.

De los aspectos considerados dentro de la variable comunicación destacamos la gran cantidad de opiniones que considera buenas las explicaciones, instrucciones, flexibilidad y disposición del médico para planear con el paciente el tratamiento a seguir. Asimismo, no pasamos por alto la gran cantidad de opiniones que muestra confianza en el diagnóstico y las prescripciones del médico.

Seguridad y Conocimientos del personal médico

La seguridad del paciente es una de las preocupaciones de los servicios de salud en los últimos años. En congresos internacionales y nacionales, la seguridad es uno de los derechos que los usuarios defienden con más ahínco. En realidad la seguridad es uno de los pilares de la calidad de servicio. Hablar de seguridad es hablar de conocimientos (médicos y administrativos) que evitan iatrogenias, revisiones a destiempo, errores de diagnóstico y de tratamientos innecesarios y añade prudencia y certeza en el manejo de expedientes (Fernández 2004; Muñoz y Maldonado, 2005; Suñol y Bañeres 2003).

En el cuadro 5.18 se especifican los resultados de las preguntas referentes a la seguridad clínica en relación al buen manejo de expedientes y a la flexibilidad del médico para modificar sus prescripciones en función de las características biológicas y culturales de l usuario. Así, ser flexible implica cuidar o asegurar que el paciente confíe en los tratamientos y por tanto renga una mayor adherencia.

Cuadro 5.18 Percepción de Seguridad del usuario (En porcentajes)

C O N S U L T A E X T E R N A					
ASPECTO	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	No Sabe
Seguridad de manejo de expediente y estudios	10.8	63.3	6.2	0	19.7

Flexibilidad del médico	11.1	83.3	2.6	0.7	2.3
U R G E N C I A S					
Seguridad de manejo de expediente y estudios	0	24	6	0	70
Flexibilidad del médico	0	86	6	0	8
E N P I S O					
Seguridad de manejo de expediente y estudios	8.3	15	1.7	0	0
Flexibilidad del médico	3.3	20	1.7	0	0

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta para el Usuario

La seguridad clínica es una preocupación que se ha desarrollado en el mundo médico y que trata también y específicamente de reducir errores, riesgos y eventos adversos de la atención. El problema de la seguridad no es tocado sólo por la medicina sino por otras disciplinas relacionadas particularmente con el transporte. La seguridad, en este sector se plantea bajo dos esquemas: el modelo centrado en la persona y modelo centrado en el sistema. En el primer modelo, el culpable tiene nombre y es un error que radica en la persona. En el modelo sistémico, el error no es causa sino consecuencia de la organización. Aunque esta forma de entender las cosas puede ser aplicada al mundo médico, las unidades de salud han ideado sus propios paradigmas de seguridad clínica.

En particular, la seguridad clínica es abordada según varias ópticas. La primera visión es con enfoque *Clínico, Epidemiológico y de Salud pública*. La segunda visión es de orden *Legal* e involucra el problema de los seguros médicos. La tercera visión es *Ciudadana*, reivindica los derechos y la autonomía del usuario. La visión ciudadana tiende a modificar el contrato social y por tanto las reglas de juego y la institucionalidad de la atención. Como es de observar las tres visiones están relacionadas. En general los ciudadanos tienden a atribuir los errores más a situaciones de negligencia y los profesionales incluyen más las causas organizativas (Suñol y Bañeres, 2003).

En el Hospital General de Pachuca de Soto se asume, como enfoque prioritario y en el contexto del Aval Ciudadano, la visión ciudadana.

Cuadro 5.19 Percepción de Competencias del Médico y de la Enfermera

C O N S U L T A E X T E R N A					
ASPECTO	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	No Sabe
Conocimientos Del Médico	25.2	71.5	2.6	0	0.7
Conocimiento de la enfermera	19.0	77.0	3.0	0	1.0
Calidad de las revisiones	20.3	76.0	2.0	0.7	1.0
Efectividad de diagnóstico y tratamiento	20.3	70.9	6.2	0	2.6
URGENCIAS					
Conocimientos Del Médico	24	70	6	0	0
Conocimiento de la enfermera	25	65	10	0	0
Calidad de las revisiones	18	62	14	0	6

Efectividad de diagnóstico y tratamiento	18	26	24	0	32
EN PISO					
Conocimientos Del Médico	53.3	40	6.6	0	0
Conocimiento de la enfermera	20	65	10	5	0
Calidad de las revisiones	6.6	66.6	26.7	0	0
Efectividad de diagnóstico y tratamiento	0	80	13.3	6.6	0

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta para el Usuario

Según datos globales, en la muestra de consulta externa, la seguridad del paciente es catalogada como buena por el 70.4% y como muy buena en el 19.1 % de las opiniones. Particular valor le otorgan a los conocimientos del médico y a la calidad de las revisiones. Observamos que la quinta parte de la población no conoce con qué seguridad se manejan su expediente y sus estudios. Situación no tan favorable ocurre en la muestra de Urgencias, en la cual tan sólo 15% la consideran muy buena y 45.5% opinan que es buena. Llama la atención que el 27% reconoce no saber con qué seguridad se manejan sus casos. Finalmente, en la población interna al hospital se observa una mejora en las opiniones Muy Buenas, Buenas aunque haya más opiniones regulares (las cuales sustituyen el “no sé” de las opiniones en las otras muestras).

En resumen, podemos observar que la seguridad es una variable muy cuidada en el Hospital General. A pesar de que esta variable sea invisible para un pequeño sector de los usuarios. La invisibilidad de la seguridad es una característica del buen servicio: es notoria sólo cuando existen fallas (Gómez dantes et al, 2004)

Abastecimientos, Amenidades y Calidad de las instalaciones

Amenidades y tiempos de espera son variables que tienden a neutralizarse. Así, ante prolongados tiempos de espera, la calidad de las instalaciones, la temperatura adecuada, el buen aireamiento, las comodidades de la sala y el consultorio entre otras variables, empujan a que el usuario valore la institución. El cuadro 5.20 se refiere a este fenómeno.

Cuadro 5.20 Percepción de Abastecimientos y la calidad de espacios

ASPECTO	CONSULTA EXTERNA				
	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	No Sabe
Comodidad de la sala	5.3	51.5	41.6	1.3	0.3
Comodidad del consultorio	6.2	67.2	25.2	0.7	0.7
Temperatura y ventilación de espacios	5.0	54.4	35.1	5.5	0
Equipamiento e insumos de espacios	6.9	77.3	11.5	1.0	3.3
Surtido de Farmacia	1.6	25.2	31.4	32.0	9.8

URGENCIAS					
Comodidad de la sala	0	30	36	34	0
Comodidad del consultorio	0	30	50	14	6
Temperatura y ventilación de espacios	0	30	32	24	14
Equipamiento e insumos de espacios	0	64	12	0	24
Surtido de Farmacia	0	6	18	6	70
EN PISO					
Comodidad de la sala	0	26.6	60	13.3	0
Comodidad del consultorio	0	33.3	53.3	13.3	0
Temperatura y ventilación de espacios	0	46.6	46.6	6.6	0
Equipamiento e insumos de espacios	0	26.6	53.3	20	0
Surtido de Farmacia	0	13.3	40	46.6	0

Fuente: Datos propios

La calidad de los servicios sanitarios supone unas instalaciones cómodas, funcionales y bien equipadas. El cuadro 5.20 expresa la percepción sobre los aspectos antes mencionados. Respecto a la Consulta Externa la percepción global es buena en su 51.5% de las opiniones en tanto casi el 30% dice que es regular. En urgencias el 30% dice que es buena, el 29% que es regular y sólo el 15% que es mala. Finalmente, el 29% de los internos consideran que es buena y 50% que es Regular y 20% que es mala.

El punto más desprotegido en las tres muestras es el surtido de farmacia: particularmente en los usuarios de consulta externa casi la mitad de la población lo considera malo. Como ya se había mencionado, el abastecimiento de medicamento sigue siendo un punto débil de las unidades de salud.

Participación en la gestión del servicio

La participación ciudadana en la planeación y gestión del servicio puede ser uno de los elementos fundamentales y que por tanto incidirán fuertemente en la calidad percibida (Grupo de Investigación en Rehabilitación, 2005). Menciona Graizbord (1999) que una participación ciudadana eficaz debe atender cuatro dimensiones: la escala territorial, el tiempo (ex- post o ex- ante la planeación), el contexto (de rutina o de crisis) y los motivos de los actores.

Para el caso específico del Hospital General, la escala es de espacio interaccional laboral. En este sentido es más compleja la participación ciudadana en la escala de la ciudad pero aquella que se da en los centros de recreación, trabajo o en barrios puede ser un buen laboratorio. Respecto a la variable tiempo, es evidente que la participación promovida es Ex post, razón por la cual hay desavenencias entre el personal de la institución y el usuario: es frecuente que los servicios médicos se planeen sólo con los puntos de vista del proveedor. También parece claro que el contexto es de rutina, es decir con procedimientos estandarizados y con estructuras ya establecidas que reflejan creencias, valores e intereses. Finalmente, respecto a los motivos de los actores, parece claro que los proveedores tienen motivos de más largo alcance que los usuarios. Éstos últimos los mueve un hecho más coyuntural y utilitario: recuperar la salud. Por ello muestran poco interés en participar en el funcionamiento del

hospital. Por su parte, los proveedores, tienen intereses no sólo pecuniarios, sino de imagen profesional y de bienestar a largo plazo (Arjonilla y Parada, 2005).

Por su parte, Alicia Ziccardi (1996 y 1998) sugiere que es necesario distinguir entre cuatro tipos de participación ciudadana: la participación institucionalizada, la participación no institucionalizada, la participación autónoma, la participación clientelística y la participación incluyente o equitativa. La diferencia entre ellas parece evidente. Está en juego si se reglamenta o no, si está regulada por el Estado o por organizaciones de la sociedad civil, si tiene juegos de poder marcados por los favores y si es extensiva no importando las filiaciones políticas, religiosas o étnicas. Coincidimos con Ziccardi en que la participación institucionalizada y autónoma es la que puede rendir mejores frutos. En el contexto específico del Hospital General de Pachuca, es dable observar una participación que intenta seguir los parámetros de institucionalización y autonomía.

Ahora bien, los instrumentos de participación tradicionales son el consejo consultivo, las audiencias públicas, el referéndum, plebiscito o iniciativa popular. En los últimos tiempos se han abierto cauces en la rendición de cuentas a través de los consejos ciudadanos y otras formas de Contraloría Social (Hevia de la Jara, 2006 y Gobierno del DF, 2003).

Recientemente se ha abierto una modalidad de participación específica en el ámbito sanitario: la ciudadanía en salud. En la construcción de una ciudadanía en salud, la medida de la satisfacción se ha convertido en un útil instrumento de participación de la población en la mejora de los servicios sanitarios (Caminal, 2001). Aunque no existe una concepción única de ciudadanía en general, sí existe un consenso en que, en el entorno de la salud, una ciudadanía activa hace referencia a las formas de relación de los usuarios con las instituciones para cuestionar las relaciones de dominación y para colaborar de distintas formas en la construcción de lo público (Valle et al, 2005). En tal sentido, la visión pasiva de la ciudadanía hace referencia a los derechos y la visión activa enfatiza las responsabilidades (Valdés y Yañez, 2007; Mosquera et al, 2009; UNICEF, 2000).

En el ámbito del Hospital General de Pachuca, y en el Plan Nacional de Salud, es el esquema de SICALIDAD y su estrategia de Aval Ciudadano el meollo de la construcción de Ciudadanía en Salud (Rico, 2007).

El cuadro 5.21 hace referencia a las variables de participación dentro de las tres muestras tomadas en la institución en estudio.

Cuadro 5.21 Percepción sobre la Participación ciudadana (porcentajes)

CONSULTA EXTERNA					
ASPECTO	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	No Sabe
Procedimiento para quejas	2.0	12.8	1.0	2.2	82.0
Disposición para participar	5.0	43.2	22.0	13.4	16.4

Participación efectiva en actividades	5.0	37.3	26.9	14.4	16.4
Opinión sobre Aval Ciudadano	10.2	70.2	13.4	3.6	2.6
URGENCIAS					
Procedimiento para quejas	0	0	0	0	100
Disposición para participar	0	12	32	0	56
Participación efectiva en actividades	0	12	32	0	56
Opinión sobre Aval Ciudadano	0	46	30	0	24
EN PISO					
Procedimiento para quejas	0	6.6	0	13.3	80
Disposición para participar	0	20	26.6	46.6	6.6
Participación efectiva en actividades	0	6.6	13.3	66.6	13.3
Opinión sobre Aval Ciudadano	0	66.6	26.7	0	6.6

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta para el Usuario

El resultado más visible es el alto porcentaje de opiniones (particularmente en Consulta Externa) que declaran no saber o no conocer las variables sobre participación. Esto puede ser una ventaja, por ejemplo al no ser muy usado el procedimiento de quejas. Se recalca que en la muestra poblacional de Piso, casi la tercera parte tiene una mala opinión sobre las variables de participación.

Asimismo es de observar que al menos es bajo el porcentaje de usuarios, en Consulta Externa e internados, que declara no conocer el Órgano de Aval Ciudadano. Incluso, podemos plantear que son elevados los porcentajes (70% y 66%) de las opiniones favorables hacia este órgano de participación ciudadana. Tal vez falte explicar por qué se eleva el porcentaje de “No sé” en urgencias. Una de las razones es que quien llega a urgencias es frecuente que no sea un usuario frecuente del hospital, sino alguien quien coyunturalmente utiliza el servicio.

Sin duda, la participación es uno de los puntos menos atendidos en la institución.

Percepción de la calidad de la institución

En este bloque final, se relacionan las preguntas sobre lo que espera y lo que recibe el usuario. Es un bloque donde se resumen las percepciones sobre la calidad global de la institución.

Cuadro 5.22 Percepción de la calidad de la institución

CONSULTA EXTERNA					
ASPECTO	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	No Sabe
Cumplimiento de expectativas	7.5	84.2	6.6	1.0	0.7
El servicio o la atención es...	1.2	81.6	4.3	1.3	1.6
Comparación con el servicio privado	8.9	72.1	8.6	0.9	9.5

Satisfacción	12.1	82.3	5.0	0.6	0
Calidad de la institución	14.2	82.3	2.3	0.6	0.6
URGENCIAS					
Cumplimiento de expectativas	0	86	14	0	0
El servicio o la atención es...	0	94	6	0	0
Comparación con el servicio privado	0	74	6	0	20
Satisfacción	0	86	14	0	0
Calidad de la institución	0	92	8	0	0
EN PISO					
Cumplimiento de expectativas	0	80	20	0	0
El servicio o la atención es...	0	80	20	0	0
Comparación con el servicio privado	0	26.6	20	0	53.3
Satisfacción	0	66.6	26.6	0	6.6
Calidad de la institución	0	86.6	13.3	0	0

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta para el Usuario

Del cuadro 5.20 observamos que en promedio más del 80% de opiniones creen que la calidad de la institución es buena. En Piso esta opinión baja a 68% aunque aún así es alta. Esto puede hablarnos de que la calidad percibida es muy favorable para la institución. Con toda seguridad, es importante mejorar los indicadores en las áreas de urgencias y Piso.

Fortalezas y Debilidades de la institución

Es evidente que de los rubros antes estudiados, se puede desprender una valoración general. Así, intentando ser más sintéticos, podríamos concentrar las categorías en menos valores. Tales valores son los Satisfactorios (Muy Bien o Bien, según los cuestionarios) y los No satisfactorios (regular o Malo, también según la encuesta). De igual manera, podemos obtener valores agregados por variable, considerando los datos absolutos y el total de opiniones. Por ejemplo, y a fin de obtener datos más agregados, la fórmula de cálculo es:

$$\text{Valor agregado} = \frac{(\text{Suma de opiniones absolutas por calificación})}{(\text{Total de Opiniones en todas las calificaciones})} \times 100$$

El cuadro 5.23 y su gráfica correspondiente (Figura 5.6), representan valores agregados y ponderados en cada una de las variables determinantes de la calidad percibida.

Cuadro 5.23 Resumen de categorías para evaluar la Calidad Percibida
en el Hospital General de Pachuca

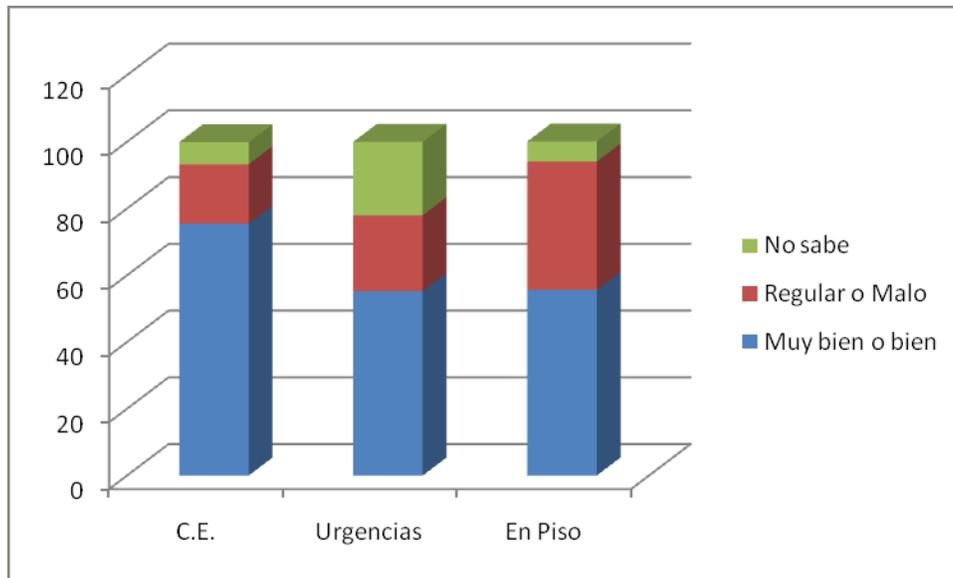
Variable	Consulta Externa			Urgencias			En Piso		
	Muy Bien o Bien	Regular o Malo	No Sabe	Muy Bien o Bien	Regular o Malo	No Sabe	Muy Bien o Bien	Regular o Malo	No Sabe
Accesibilidad física Externa	71.7	24.7	3.6	42.4	27.6	30	48	42.7	9.3
Accesibilidad Interna (física y social)	57.4	36.5	6.1	30	45.4	24.6	32.4	67.6	0
abastecimiento y calidad de espacios	60.1	37.1	2.8	32	45.2	22.8	29.3	70.7	0
Trato y no discriminación	93.6	5.3	1.1	83.5	11.5	5	75	25	0
Comunicación	94.7	4.0	1.3	90	6.0	4.0	81.7	18.3	0
Seguridad	89.5	4.5	6	60.5	12.5	27	85	15	0
Participación Ciudadana	46.5	24.2	29.3	17.5	23.5	59	25	48.4	26.6
Percepción global de calidad	91.2	6.3	2.5	86.4	9.6	4.0	68	20	12
Promedios	75.5	17.8	6.6	55.3	22.7	22	55.5	38.5	6.0

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta para el Usuario

De la tabla 5.23 y del gráfico correspondiente (figura 5.6) se observa que es el área de consulta externa la que cuenta con índices más altos en calidad percibida (75.5%) en tanto el área de urgencias y los internos tienen valores menores y similares entre sí (55%). Los índices recabados para consulta externa son similares con las cifras que se han recabado en la institución a través del formato de Trato Digno⁵.

Figura 5.7 Comparativo de muestras sobre calidad percibida en el Hospital General de la ZMCP

⁵ *Trato Digno* es una variable que se mide mes con mes en el Hospital General con un formato especial. Una de las deficiencias en su metodología de levantamiento es que no hace distinción entre consulta externa, urgencias o internos y tampoco entre poblaciones por grupos étnicos.



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta para el Usuario de Consulta Externa

Percepción global de la calidad

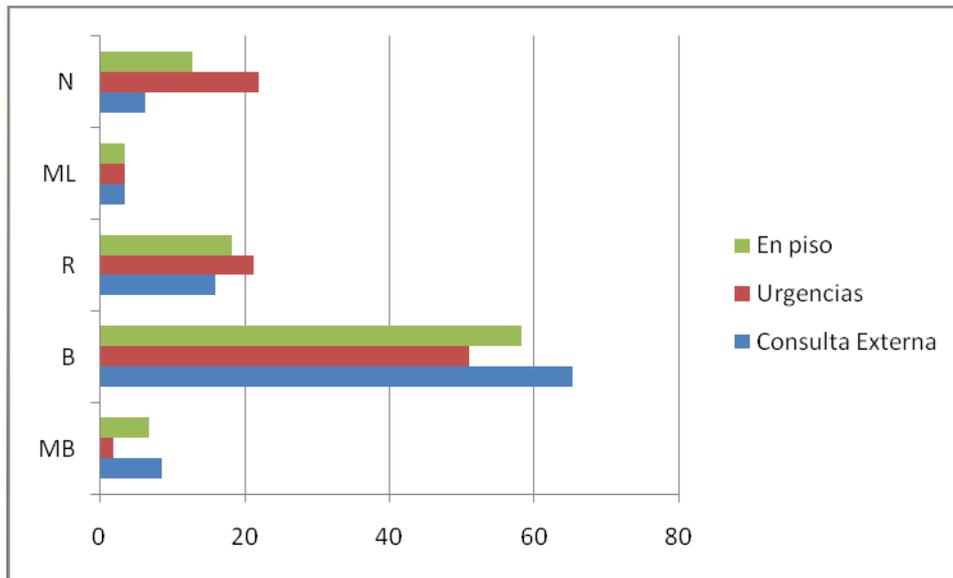
Presentamos a continuación en el cuadro 5.24 y en la figura 5.7 otra interpretación de los mismos indicadores de calidad percibida pero desagregados según la escala de valoración de los instrumentos aplicados. Como ya se dijo, constatamos que las opiniones se concentran en el nivel de “Buena” y que los extremos de muy bueno o malo son los que menos se presentan.

Cuadro 5.24 Percepción global de la calidad (en porcentajes)

Valor	Consulta Externa	Urgencias	En Piso
MB	8.6	2.0	8.3
B	65.4	51.1	49.6
R	16.1	21.4	25.3
ML	3.6	3.5	11.8
N	6.3	22.0	5
	100	100	100

Fuente: Elaboración propia

Figura 5.8 Comparativo de Muestras



Claves: MB=Muy Bien B=Bien R=Regular ML=Malo N=No sabe
Fuente: Elaboración con datos propios

5.1.4 Modelo de Correlación Estadística

Hasta ahora hemos venido trabajando los datos de una manera descriptiva. Por ello se han presentado básicamente tablas de frecuencias con datos porcentuales. Sin embargo, es preciso entrar a una visión más explicativa a través de modelos estadísticos de correlación de datos. Con estos modelos las preguntas que se intentarán responder son ¿fueron bien elegidas las variables? ¿cuáles son las variables más correlacionadas? ¿Cómo construir un índice de calidad percibida? ¿Cuáles son los escenarios posibles y qué conviene hacer para elevar el índice de calidad percibida dado un presupuesto limitado?

Respecto a la selección de variables, el punto de partida fueron los instrumentos ya validados en otras investigaciones, particularmente aquellos que Parasuraman y Berry (Rodríguez, 2006) ya habían construido para el modelo SERVQUAL. Diversas fuentes sugieren que la calidad del servicio es una percepción del usuario (Acosta, 2000; Cabrera et al, 2008; Capella y Jiménez 1995), en este sentido, lo primero que determinamos es el KMO (Kaiser–Meyer–Olkin) a fin de determinar la validez o representatividad de la selección de variables. Según esta metodología, aquellos valores que se encuentran desde 50 (0.5) o más son las adecuadas para aplicar estudios factoriales y de correlación (Hernández et al, 2007). Según la tabla 5.25, los valores se elevan de 50 a 76.1, lo cual nos habla que las variables seleccionadas son las adecuadas. Al respecto, también se calculó el total de la varianza esperada (TVE), la cual nos define la dispersión en cada variable. Evidentemente las variables que más pesarán son aquellas de un alto KMO y una baja TVE.

Cuadro 5.25 Variables determinantes de la Calidad Percibida en el HG de Pachuca de Soto

Variables Consideradas	KMO	Total de Varianza Esperada (TVE)
Comunicación, trato y no discriminación (CTND)	76.7	58.9
Accesibilidad Física (AF)	76.4	58.8
Accesibilidad Social (AS)	73.8	66.9
Preparación de Médicos y Enfermeras (PME)	66.1	60.2
Seguridad (SE)	63.9	65.7
Abastecimiento y Calidad de Espacios (ACE)	62.6	56.7
Participación Ciudadana (PC)	59.0	56.8
Accesibilidad Económica (AE)	50.0	80.3
Percepción Global de la calidad (PGC)	84.1	65.7

Fuente: Datos propios procesados por SPSS

Del cuadro 5.25 interesa observar que la variable con más alta puntuación en KMO es la comunicación y el trato. Seguramente el problema comunicacional ha sido un fenómeno que ha afectado constantemente a los sistemas de salud, particularmente en aquellos que brindan atención a población abierta (Gómez y Ruíz, 2008).

Por mucho tiempo, en México, el trato hacia el usuario fue impersonal, cuando no despótico. Su raíz está, tal vez, en el origen mismo de los hospitales: nacen en la Roma esclavista como apoyo a los heridos de las guerras y como apoyo a los indigentes. Posteriormente, en la edad media, los hospitales se convierten en instituciones de caridad en donde se da cobijo y hospedaje a los indigentes. Estos orígenes, que vienen del esclavismo y de la edad media, le dieron a la institución hospitalaria y a los que trabajan allí (médicos, enfermeras y administradores) la convicción de que quien asiste al hospital es realmente un paciente y debe sujetarse pasivamente a la prescripción médica: todo intento de reclamo, protesta, discrepancia o corrección al personal médico es improcedente o al menos osado. Esta situación se vuelve aún más grave con usuarios con altos grados de vulnerabilidad (particularmente ancianos de la cuarta edad y niños pequeños). En México, y en Pachuca en particular, el trato ha sido un reclamo por años de las familias y de los ancianos mismos. Existe por esto un programa específico a nivel nacional y local que se preocupa por el desempeño de las unidades de salud levantando índices de Trato (SICALIDAD,2001).

La accesibilidad física y social se mueven también con altos valores de KMO (lo cual hace ver que las variables de accesibilidad son elementos claves en la calidad), aunque en lo social la varianza se dispara. Confirmamos la importancia de las localizaciones geográficas de los servicios de salud así como de una lógica y cultura organizacional que permitan al adulto mayor y/o a su familia una movilidad o una estancia más ágil y cómoda al interior. Llama la atención la menor importancia que presentan las variables referidas a la preparación del personal médico, al abastecimiento de farmacia y a la calidad del espacio (en donde nos encontramos con KMO más bajos y varianzas más altas). Tal vez ello se deba a que al tratarse de personas sin seguridad social, y en ocasiones sin red familiar de apoyo, sus expectativas respecto a comodidad son más ambiguas o al menos más dispersas. Finalmente, interesa resaltar el bajo peso en KMO y la altísima varianza del factor económico. Ello seguramente es debido a que cuentan en su mayoría con el seguro popular, lo cual hace que no sea significativo el pago del

servicio o el costo de los tratamientos. Pero también es de observar que no consideran la participación social como un elemento importante en el servicio. Más adelante ahondaremos en el aspecto de la participación social como una forma de sanear el funcionamiento de las lógicas de poder que se dan al interior de la unidad de salud, pues como lo planteamos en el primer capítulo, los servicios públicos tienen un componente político básico y en determinadas coyunturas pueden ser instrumentos de control social. Una vez ratificada la selección correcta de variables, aún es importante ubicar la correlación de las mismas. La elevada cifra del KMO para la variable *percepción global de la calidad* (84.1) se explica porque es la variable más directa sobre lo que interesa medir.

El cuadro 5.26 y su correspondiente figura 5.25 nos presentan un resumen de la correlación que hay de las variables entre sí y la correlación de cada variable con la calidad percibida total. De manera general podemos ver que hay cuatro grupos de variables con grados distintos de influencia en la calidad percibida total.

En el primer grupo se encuentran las variables con más alta correlación con la calidad percibida: son la *Comunicación* y los *Conocimientos del Médico*. Ambas (que involucran la dinámica interna del consultorio) influyen en la calidad percibida en más de 75 puntos porcentuales, por lo que es dable suponer que la construcción de un índice de calidad percibida para el caso del Hospital General de Pachuca contará con estos rubros dentro de su formulación final.

El siguiente rubro de mayor peso en la calidad percibida es la comparación que hacen los usuarios respecto al servicio privado (*la calidad comparada*). De esta manera, en la perspectiva del usuario adulto mayor, es de fundamental importancia lo que pasa en el consultorio y además que el servicio sea mejor o igual en comparación con un servicio privado. La importancia que se le otorga a la comparación, según lo afirma un usuario, está en la convicción de que “no se está marginado de los servicios que se brindan a otras clases sociales”.

Con menor valor pero aún con un significativo 58.57, 60.45 y 60.40 se encuentran las variables de *Abastecimiento de medicamento*, *Seguridad del paciente* y *Accesibilidad Física*. Cabe observar que tales aspectos se refieren a la organización de la unidad de salud, aunque unas responden a la organización interna y otra a la organización del sistema de salud como tal.

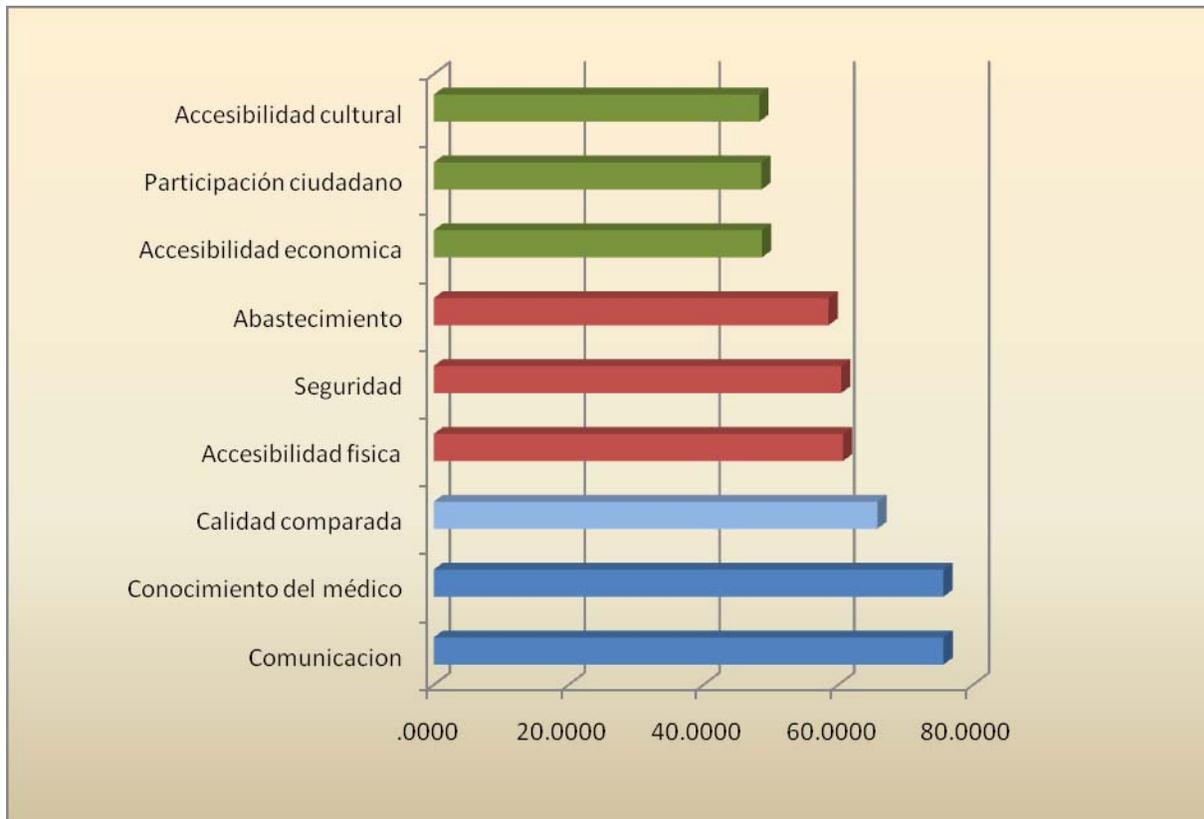
Finalmente, un cuarto grupo de variables (que oscilan entre el 48.3 y el 48.7) son las que menos aportan a localización percibida y curiosamente se encuentran en el ámbito propiamente relacional: nos referimos a la *Accesibilidad cultural*, la *Accesibilidad económica* y la *Participación Ciudadana*.

Cuadro 5.26 Correlación de variables con la calidad percibida

	Accesibilidad física	Accesibilidad cultural	Accesibilidad económica	Comunicación	Seguridad	Abastecimiento	Conocimiento del médico	Participación ciudadano	Calidad comparada	Calidad Percibida
Accesibilidad Física	1	0.525	0.132	0.207	0.35	0.42	0.316	0.324	0.228	60.4
Accesibilidad Cultural	0.525	1	0.023	0.22	0.443	0.519	0.299	0.246	0.33	48.3
Accesibilidad económica	0.132	0.023	1	0.093	-0.4	0.094	0.197	0.261	0.085	48.7
Comunicación	0.207	0.22	0.093	1	0.585	0.446	0.704	0.338	0.735	75.64
Seguridad	0.35	0.443	-0.4	0.585	1	0.673	0.54	0.309	0.563	60.45
Abastecimiento	0.42	0.519	0.094	0.446	0.673	1	0.536	0.356	0.38	58.57
Conocimiento del médico	0.316	0.299	0.197	0.704	0.54	0.536	1	0.358	0.564	75.63
Participación ciudadano	0.324	0.246	0.261	0.338	0.309	0.356	0.358	1	0.382	48.64
Calidad comparada	0.228	0.33	0.085	0.735	0.563	0.38	0.564	0.382	1	65.82
Calidad Percibida	60.4	48.3	48.7	75.64	60.45	58.57	75.63	48.64	65.82	1

Fuente: Elaboración propia con los datos procesados de los datos del cuestionario del usuario

Figura 5.9 Peso de las variables en la calidad Percibida del Hospital General de Pachuca



Fuente: Elaboración propia con datos de los cuestionarios levantados

La figura 5.25 hace referencia a la correlación de una variable determinada con la calidad percibida. Sin embargo también es de interés en este trabajo encontrar las correlaciones de las variables entre sí para saber cómo se influyen entre ellas. El cuadro 5.27 nos muestra la relación más significativa entre pares de variables:

CUADRO 5.27 Índice de correlación entre parejas de variables

VARIABLES	VALORES
Calidad Comparada y Comunicación	0.735
Conocimiento Médico y Comunicación	0.704
Abastecimiento y Seguridad	0.673
Accesibilidad Fisica y Accesibilidad Cultural	0.525
Participacion Ciudadana y Calidad Comparada	0.382
Accesibilidad Económica y Participación Ciudadana	0.246

Fuente: Base de datos recabada en trabajo de campo

En el cuadro queda de manifiesto la fuerte relación entre la *Calidad Comparada* y la *Comunicación con el médico*. Las variables se vinculan positivamente y en una alta escala. Dicha relación es lógica si consideramos que las experiencias que tienen los usuarios es que en el servicio privado se tiene más

libertad para hablar, señalar y tener divergencias. Así, el que en últimas fechas la comunicación sea más abierta en el Hospital General los hace equiparar o superar al servicio particular.

La otra pareja de variables con relación fuerte es el la *preparación profesional del médico* y la *comunicación*. Siendo muy esquemáticos, podemos decir que a mayor preparación profesional más capacidades comunicativas. La siguiente pareja de variables fuertemente relacionadas es el *abastecimiento de medicamentos* y la *seguridad del usuario*. También dicha relación es lógica, si consideramos que para los usuarios la seguridad es fundamentalmente eficacia en los diagnósticos, los estudios y los tratamientos. Y en este sentido un punto de inflexión es que la clínica cuente con el abastecimiento de medicamentos. El desabasto que sufren las unidades públicas de salud es causa de que los indicadores de seguridad del usuario se vayan hacia abajo.

Las siguientes parejas de variables (accesibilidad económica y participación ciudadana; participación ciudadana y calidad comparada), a nuestra consideración están ligeramente relacionadas pero no creemos que dicha relación pueda representar una oportunidad de mejora si se actúa sobre ellas. Por su parte la *Accesibilidad física* y *Accesibilidad Cultural* están medianamente relacionadas (0.525) y esto nos permite identificar que la dificultad o facilidad para remontar la lejanía y el costo de transporte que lleva a las unidades de salud están vinculadas con las formas de vida de los usuarios.

FIGURA 5.10 Parejas de variables correlacionadas



Fuente: Elaboración propia con datos de los cuestionarios levantados

Una vez que se han establecido los índices de correlación, estamos en posibilidad de diseñar un índice de calidad percibida que nos permita por un lado encontrar un modelo matemático de medición y por otro lado plantear un mecanismo de simulación para apoyar futuras políticas de mejora de la calidad en el servicio. Para efectos de calcular el índice, retomamos los datos ya procesados en SPSS según la siguiente tabla:

Cuadro 5.28 Coeficientes de Correlación

Factor	Coeficientes <i>Unstandardized</i>		Coeficientes Estandarizados	1	Sig.
	B	Error Estándar	Beta		
Constante	5.141	0.774		6.645	0.000
Accesibilidad Física	0.007	0.007	0.010	1.061	0.290
Accesibilidad Cultural	-0.003	0.006	-0.004	-0.384	0.697
Accesibilidad Económica	-0.003	0.004	-0.007	-0.861	0.390
Comunicación	0.895	0.017	0.936	7.51	0.000
Seguridad	-0.008	0.009	-0.011	-0.896	0.371
Abastecimiento	0.014	0.009	0.018	1.547	0.123
Conocimientos del Médico	0.832	0.011	0.770	5.580	0.009
Participación Ciudadana	-0.005	0.005	-0.008	-0.868	0.389
Calidad Comparada	0.763	0.11	0.738	7.51	0.000

Fuente: Datos procesados en SPSS según los cuestionarios levantados en el trabajo de campo

Así, la construcción de la fórmula del Índice de Calidad Percibida (ICP) queda de la siguiente manera:

$$ICP = \beta_0 + \beta_1 AF + \beta_2 AC + \beta_3 AE + \beta_4 CO + \beta_5 SE + \beta_6 AB + \beta_7 CM + \beta_8 PC + \beta_9 CC$$

Donde:

- β_0 = Es el valor del coeficiente de la variable Constante
 - $\beta_1 AF$ = Es el valor del coeficiente de la variable Accesibilidad Física
 - $\beta_2 AC$ = Es el valor del coeficiente de la variable Accesibilidad Cultural
 - $\beta_3 AE$ = Es el valor del coeficiente de la variable Accesibilidad Económica
 - $\beta_4 CO$ = Es el valor del coeficiente de la variable Comunicación
 - $\beta_5 SE$ = Es el valor del coeficiente de la variable Seguridad
 - $\beta_6 AB$ = Es el valor del coeficiente de la variable Abastecimiento
 - $\beta_7 CM$ = Es el valor del coeficiente de la variable Conocimientos Médico
 - $\beta_8 PC$ = Es el valor del coeficiente de la variable Participación Ciudadana
 - $\beta_9 CC$ = Es el valor del coeficiente de la variable Calidad Comparada
- $r^2 = 0.979$

En términos matemáticos el ICP es:

$$ICP = 5.141 + 0.007 AF - 0.003AC - 0.003AE + 0.895CO - 0.008 SE + 0.014AB + 0.832 CM - 0.005 PC + 0.763 CC$$

$$ICP = 7.652$$

Este índice se acerca mucho al dato de la variable percepción global de la calidad. Bajó un poco más en razón de que se consideraron todos los grupos de variables.

5.1.5 Análisis de sensibilidad

Intentar establecer políticas y acciones de mejora implica en un gran sentido plantearse escenarios. Los análisis de sensibilidad son precisamente esquemas donde se simula una realidad deseable o no deseable, pero de la cual se obtendrán puntos de referencia para la acción. Estos análisis pueden realizarse ex ante o ex post, es decir, cuando aún estamos planeando el proyecto o cuando una vez que ya está funcionando queremos mejorar o corregir las fallas. Los análisis de sensibilidad han estado comúnmente ligados a la toma de decisiones en proyectos y a estudios de costo y beneficio. Para este caso, se ha considerado pertinente plantear tres escenarios según lo señala Arroyave et al (1994): el probable, el posible y el preferible. Asimismo en estos tres escenarios se calcula la sensibilidad de la calidad percibida como consecuencia de variaciones en los rubros más significativos ya vistos anteriormente. En particular hablamos de los rubros de comunicación, accesibilidad física, abastecimiento y calidad de espacios, preparación en médicos y enfermeras, seguridad del usuario y en el rubro de participación ciudadana.

a) El Escenario probable

Lo que pudiéramos llamar el “escenario probable” es aquella situación en la cual no se imagina nada. Es decir, todo pasa con la tendencia natural con la cual uno encuentra al fenómeno. En términos más coloquiales, se trata de intentar predecir lo que puede pasar dadas las tendencias actuales. Para el caso que nos ocupa, la tendencia esperada según los indicadores señala que los rubros de comunicación y conocimientos del médico seguirán siendo los pilares de la calidad percibida. Ello por las mismas políticas de la institución: al tener como base el índice de trato como un fundamento para medir el desempeño, es lógico que el ámbito comunicativo sea cada vez más y más cuidado. Asimismo, el Hospital General ha iniciado desde algunos años atrás programas de capacitación médica en el terreno de la atención al paciente. Dado esto decíamos el escenario probable es que el índice se estanque o se eleve ligeramente a consecuencia de la comunicación y la preparación médica. Viéndolo en términos matemáticos:

Cuadro 5.29 Sensibilidad ante cambio de variables líderes

RUBROS	TENDENCIA ACTUAL	MEJORA PREVISTA
Constante	5.141	5.141
Accesibilidad Física	0.007	0.007
Accesibilidad Cultural	-0.003	-0.003
Accesibilidad Económica	-0.003	-0.003
Comunicación	0.895	0.900
Seguridad	-0.008	-0.008
Abastecimiento	0.014	0.014
Conocimientos del Médico	0.832	0.845
Participación Ciudadana	-0.005	-0.005
Calidad Comparada	0.763	0.863
Índice Calidad Percibida	7.652	7.670

Fuente: Elaboración propia

En Cuadro 5.29, es de observar que aunque haya una mejoría en los rubros líderes de comunicación y conocimientos del médico el índice no crece de manera significativa, pues tal vez ya estas variables han dado todo su impacto.

b) El escenario posible

El escenario posible implica la imaginación de aquello que dadas las tendencias descubiertas en la realidad, puede ser factible mejorar consiguiendo impactos importantes. Lo posible es el “escenario medio”, es decir, aquel que nos permite potenciar las variables que, sin estar totalmente deprimidas, no pueden despegar. Tomando el mismo caso, realizaremos el experimento considerando mejoras importantes en rubros tales como el abastecimiento y la accesibilidad física

Cuadro 5.30 Sensibilidad ante el cambio de variables con potencialidad de mejoramiento

RUBROS	TENDENCIA ACTUAL	MEJORA PROYECTADA
Constante	5.141	5.141
Accesibilidad Física	0.007	0.135
Accesibilidad Cultural	-0.003	-0.003
Accesibilidad Económica	-0.003	-0.003
Comunicación	0.895	0.895
Seguridad	-0.008	-0.008
Abastecimiento	0.014	0.136
Conocimientos del Médico	0.832	0.832
Participación Ciudadana	-0.005	-0.005
Calidad Comparada	0.763	0.763
Índice Calidad Percibida	7.652	7.802

Fuente: Elaboración propia

Al parecer, el comportamiento del índice es más sensible a las variables de la ubicación física y el abastecimiento de medicamentos. Ello puede resultar lógico si consideramos que el Hospital al dar un servicio metropolitano, una mejora en su accesibilidad física (producto de un mejor transporte o reubicando la unidad de salud) mejora sensiblemente la opinión que tienen los usuarios particularmente aquellos que vienen de lugares lejanos. Asimismo, el empezar a resolver el problema del abastecimiento de medicamento puede ser una de las alternativas importantes a fin de elevar los índices de calidad percibida en la institución.

c) El escenario preferible

El escenario preferible plantea abiertamente una realidad que no existe pero que , dadas ciertas premisas de mejoramiento de calidad de vida urbana, relaciones sociales y políticas, nos parecen deseables. En particular lo que queremos simular aquí, es una realidad donde variables tales como la Participación Ciudadana o la Accesibilidad cultural están bien posicionadas y saber si esto eleva los índices de calidad percibida.

Cuadro 5.31 Sensibilidad ante cambio de variables actualmente deprimidas

RUBROS	TENDENCIA ACTUAL	MEJORA PROYECTADA
--------	------------------	-------------------

Constante	5.141	5.141
Accesibilidad Física	0.007	0.007
Accesibilidad Cultural	-0.003	0.126
Accesibilidad Económica	-0.003	-0.003
Comunicación	0.895	0.895
Seguridad	-0.008	-0.008
Abastecimiento	0.014	0.014
Conocimientos del Médico	0.832	0.832
Participación Ciudadana	-0.005	0.131
Calidad Comparada	0.763	0.763
Índice Calidad Percibida	7.652	7.917

Fuente: Elaboración propia

Se ha insistido en que la calidad es una variable cultural. Esta afirmación, que comparten diversos teóricos que han tratado la calidad como dimensión de la vida urbana y de sus servicios públicos, parece confirmarse al alterar los valores de las dimensiones de participación ciudadana y accesibilidad cultural. Los resultados parecen mejorar el índice de calidad percibida. Esto puede representar una oportunidad de mejora para el Hospital General de Pachuca de Soto. Al respecto es necesario remontar la cultura organizacional tan rígida de la institución y llegar más a fondo en su implementación de la estrategia de Trato Digno, no sólo como un diagnóstico de que tan bien es tratada la gente sino como las posibilidades de que esta gente se introduzca en la dinámica de aval ciudadano como fenómeno de contraloría social.

Una Política Pública, favorable a la población de la tercera y la cuarta edad, que se puede derivar de estos análisis de sensibilidad implicaría no bajar la guardia respecto a la mejora comunicacional y de preparación profesional de médicos y enfermeras, pero hay que complementarla con algunas acciones para la mejora de la accesibilidad física. Particularmente hablamos de desconcentrar los servicios médicos geriátricos y acercar las unidades de salud a los espacios donde se concentran los ancianos. Al respecto habría que considerar abrir clínicas geriátricas en la zona norte del centro histórico de Pachuca o al menos dotar a las que ya existen del personal y el equipamiento necesario para dar el servicio. Paralelamente, la mejora en el abastecimiento de medicamentos parece una medida urgente no sólo para los ancianos sino para otras cohortes que hacen uso de los servicios sanitarios.

Asimismo, es importante reforzar el departamento de *Medicina Intercultural* como una instancia importante del Hospital General a fin de brindar un mejor servicio fundamentalmente a toda la población indígena que llega de los municipios lejanos a la capital y a la población indígena que está en la capital y asiste al Hospital General tanto en consulta externa como en urgencias (muy pocos indígenas aceptan ser internados). Una tarea importante de *Medicina Intercultural* puede ser el llevar a cabo reuniones con los usuarios para implementar educación para Cuidadores y Cuidadoras. Tal programa educativo permite que las familias estén preparadas para atender a sus ancianos en sus hogares a través de los llamados *cuidados profanos*. Paralelamente, el programa puede servir para la investigación más a fondo de la medicina tradicional que es muy usada por las familias ante una percepción de falla de los tratamientos que se prescriben en el hospital.

También puede ser significativo fortalecer la política de participación ciudadana como un elemento de orden sociológico que no sólo puede ampliar los márgenes de legitimidad del servicio, sino marcar una diferencia importante respecto a las formas de gestión de los servicios en la región. Según lo refieren

algunos médicos entrevistados y algunos usuarios, la Ciudadanía en Salud, como particularmente le llaman quienes participan en el Aval Ciudadano de la institución, puede posibilitar reducir las quejas encontrando espacios de diálogo entre usuarios y prestadores del servicio.

5.1.6 Percepción del proveedor del servicio

Con toda seguridad, una evaluación de la calidad de la atención médica no estaría completa si no se tomaran las visiones de los actores esenciales: y los actores son el usuario y el proveedor, sea éste último el médico, la enfermera, el psicólogo, el trabajador social o el administrador del hospital.

Desde nuestra perspectiva, una de las fallas del sistema de calidad es que se toma sólo la visión del usuario lo cual puede sesgar los resultados ya que no se consideran las condiciones en la cuales trabaja el proveedor del servicio. En este apartado se presentan los resultados de las entrevistas a médicos⁶, las guías de observación y la visión del arbitraje médico. Los instrumentos se encuentran en los anexos. Se aplicaron 10 encuestas a médicos de diversas jerarquías. Recuperando las opiniones de los proveedores del servicio, nos interesa señalar que éstos (particularmente los directivos y los encargados del departamento de calidad) están convencidos de que los sistemas de calidad son importantes a fin de mejorar el servicio de las unidades públicas de salud. Su original incredulidad e incluso hostilidad hacia la implantación de sistemas de gestión de la calidad se vio opacada por las mejoras obtenidas en cuanto a la organización del servicio.

Así, a los directivos del Hospital General les ha cambiado la opinión. En particular ellos, se encuentran muy satisfechos con los avances conseguidos en la calidad percibida. Según lo registra la SS en su sistema estadístico INDICA (Secretaría de Salud, 2006), el Hospital General reporta los mejores niveles de calidad percibida tanto en el primer nivel como en el segundo y tercer nivel. Todo ello ha llevado a que el equipo de trabajo en este hospital se sienta confiado y con buen clima de trabajo (Enciso, 2010). Sin embargo encontramos una opinión un tanto más escéptica respecto al médico de consultorio, el cual se ve sujeto a una cuota diaria de entre 20 y 25 pacientes. Uno de los motivos de molestia es que las cuotas de consulta han subido en gran medida debido al seguro popular: hay más demanda pero no se han abierto nuevas plazas, por lo que los usuarios extras se reparten entre los consultorios existentes. Estas demandas extras impactan, nos dicen, directamente en los tiempos de espera, en los tiempos de atención al usuario, en la saturación e la sala de espera y en gran medida en la distribución de medicamentos. Y es que tratando de cumplir la cuota y además dar un buen servicio de consulta, es común que el médico tenga algunos conflictos con el usuario (por atenderlo con cierta rapidez) y con la administración (pues puede tardar más allá de su jornada).

No deja de ser importante el que el médico en el Hospital General de Pachuca encuentra más incentivos profesionales. Esto por un programa paralelo a Aval Ciudadano en el cual se le reconoce al médico su labor. Para las enfermeras al parecer, también resulta polémico el sistema de calidad, sobre todo porque ellas también se enfrentan a la sobredemanda. Al ser la enfermera el primer contacto, desde la sala de espera, ésta es la que recibe las presiones inmediatas. Se cree importante que se estudie más a fondo el papel del a enfermera en el hospital, pues puede ser un actor crucial en el proceso de la

⁶ Entrevistas levantadas entre el mes de enero y junio del 2010.

atención. De ahí que en la provisión de recursos humanos se piense siempre en una proporción que va de 2:1 hasta 5:1 entre enfermeras y médicos.

Según algunos autores (Ramos, 2002) las comisiones de arbitraje médico pueden fungir como instancias de calidad. Y es que a las comisiones les llegan los casos de eventos adversos, particularmente, producto de una diferencia de percepciones sobre trato (o maltrato), discriminación, iatrogenias y negligencia. El siguiente cuadro muestra esta situación comparativamente con otros hospitales:

CUADRO 5.32 Quejas ante la CONAMED a nivel nacional
Período 2008-2010

Tipo de queja	IMSS		ISSSTE		SS	
	total	Solución 1 ^a Instancia (%)	total	Solución 1 ^a Instancia (%)	total	Solución 1 ^a Instancia (%)
Maltrato	400	70	200	70	130	97
Discriminación	300	80	100	80	100	95
Iatrogenia	1300	75	1200	75	220	93
Negligencia	1000	73	900	73	200	94
Total	3000	74	2400	74	650	95

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema estadístico del CONAMED 2010

Del cuadro 5.32 es de destacar el notablemente menor número de quejas de las unidades médicas de la Secretaría de salud. Ello puede deberse a varias circunstancias, entre las que destacan las mejores condiciones laborales, los programas más transparentes de control y la presencia del comité de Aval Ciudadano el cual funciona como una primer instancia de conciliación al interior del hospital.

5.2 Calidad percibida y participación ciudadana en salud : una discusión y un intento de interpretación desde la sociología urbana

La calidad percibida puede ser un elemento muy útil para medir y explicar la participación ciudadana. La liga es obvia: se trata del rescate de lo que la gente piensa e interpreta. Recordemos que la percepción es, según diversos autores (Delgado Gallego et al,2005; Brunner, 1986), captación y selección de hechos; darse cuenta y tomar posturas; interpretar y confrontar con las expectativas. En otras palabras, la percepción es una categoría cognoscitiva, de un saber estructurado que no viene de una fuente escrita o académica sino de la vivencia. En tal sentido, la percepción es la raíz de la intuición y del conocimiento espontáneo. Con seguridad quien ha cultivado el estudio de este fenómeno en el ámbito urbano es la psicología ambiental (Hollahan 2000, Hesselgren ,1975 y Mercado, 1995). En este estudio se ha retomado y superado el ámbito de lo ambiental para introducimos en lo político participativo.

Como ya se mencionaba en su momento, la medición de la calidad y de la satisfacción es un instrumento que promueve la participación ciudadana en diversas escalas, contextos y motivaciones. Al respecto queremos citar la idea de Ziccardi (1998) acerca de la diferencia fundamental entre la gobernabilidad y la gobernanza. En su perspectiva, y con la cual estamos de acuerdo, la noción de gobernanza hace

referencia a la una cierta capacidad de gobernar que es medida con indicadores de eficiencia, eficacia, honestidad, transparencia y responsabilidad con que debe operar la administración pública para mejorar su actuación y en consecuencia para mejorar la calidad de vida de las ciudades. En consonancia, la gobernabilidad enfatiza esa misma capacidad en un sentido más amplio: incorpora, *además de lo visto anteriormente*, todo aquello que surge del ámbito de las relaciones sociales, del ejercicio de la democracia, de las formas de participación y representación social y de la legitimidad que deben generar las acciones institucionales. En este sentido la participación ciudadana se liga con la participación política.

5.2.1 Redimensionamiento de la calidad percibida como categoría de análisis Urbano

Aunque ya ha quedado de manifiesto que se habla de calidad como una categoría del análisis urbano, ésta se ha estudiado como “calidad real” del servicio público, como calidad de vida urbana, como calidad de vida relacionada con la salud o como calidad urbana en referencia al desempeño de la ciudad. Queda aún darle su papel a la calidad percibida como una variable que es subjetiva pero que impacta directamente en la participación ciudadana y en la gobernabilidad de la ciudad. En este sentido, la calidad percibida rescata el fenómeno de lo que el usuario siente y piensa. Aunque se puede considerar que es una variable totalmente cualitativa, en esta tesis se ha sostenido que es posible cuantificarla y medirla. Ello nos permitirá considerarla como una variable para la planeación urbana.

Como variable, la calidad percibida impacta también en el desarrollo económico de los asentamientos. El desarrollo de una región o de una nación tiene, al igual que la salud, una componente objetiva y otra subjetiva. En términos objetivos el desarrollo es patente en variables tales como el empleo, la nueva tecnología, el ingreso, la mayor inversión, el crecimiento del PIB o el nivel de urbanización física de las ciudades. Sin embargo, según lo señala la teoría económica formal (Mattik,1981) el desarrollo exige también cambios en las actitudes sociales y en las instituciones. Basta señalar que el proceso económico, por el cual la producción pasa al consumo por la vía de una esfera circulatoria, tiene como base un marco institucional que permite que las relaciones económicas entre los agentes se den de manera ágil y sin interrupciones. Es en este ámbito de lo subjetivo, de la actitud social y la institucionalidad que la calidad percibida y la satisfacción del ciudadano son elementos claves de reproducción social. Rescatar la calidad percibida para efectos de planeación espacial y no espacial de la ciudad implica además considerar que puede ser el punto de partida para educar al ciudadano en el ejercicio del derecho a la ciudad. Así, la percepción se debe educar a fin de que se transforme en un insumo de la ciudadanía (Guarisma,2008).

5.2.2 Esfuerzos de consolidar una ciudadanía en salud en el Hospital General de Pachuca

Una de las maneras de legitimar los gobiernos es implementar mecanismos participativos. En este sentido, en la Zona metropolitana de Pachuca de Soto se ha intentado llevar a cabo estas estrategias. Sin embargo, en el caso de la salud, lo participativo viene de una iniciativa a nivel Federal: la Cruzada Nacional por la Calidad en Salud. Por qué se planeó y con qué resultados hasta la fecha es el contenido de este apartado.

5.2.2.1 El Programa Nacional para la calidad en salud: sus objetivos

El contexto institucional en el cual se inserta la actuación del Hospital General de la ZM de Pachuca de Soto es la gestión que el Gobierno Federal de línea panista ha venido impulsando desde que llegó al poder en el año 2000. En efecto, desde la etapa foxista, uno de los criterios de gobierno era el acabar con “los populismos” que, desde su punto de vista, había venido haciendo tanto mal al país. Para ello, y en consonancia con los tiempos de la globalización, había que impulsar criterios cuasi empresariales en los servicios públicos. Esto y no otra cosa es la administración pública de la nueva generación. Así, observamos una disminución de la inversión a programas de salud y educación y una paralela implementación de sistemas de calidad en estos dos sectores. Es decir, el ya común “hacer más con menos” característico de las empresas que imponen criterios de austeridad.

En términos de salud, el programa a nivel nacional que implementa Calderón es la *Cruzada Nacional Por la Calidad en Salud* que evidentemente se desprende del Plan Nacional de Salud 2007-2012. Dicho plan ya establece las bases para implantar criterios como calidad, eficiencia, participación ciudadana, buen trato y perspectiva de género (Presidencia de la República, 2007). Estos criterios en mucho son una conciliación entre las profundas creencias en las bondades del mercado y el gran apoyo popular que llevó al poder al panismo⁷. Sin embargo no será sino hasta la formulación de la Cruzada que a estos criterios se les podrá aterrizar a través de mecanismos concretos.

Según lo refiere María del Carmen Castro en su estudio (2004) la Cruzada Nacional es un intento por establecer criterios gerenciales en los sistemas públicos a fin de impulsar los valores, el discurso y la forma de funcionar de la empresa privada en el sector público. Implementan así, un discurso de poder (la calidad) que, sin demeritar sus logros, engancha la responsabilidad del funcionamiento no al sistema sino a la comunidad que integra las unidades de salud: personal médico, administrativo y usuarios.

A fin de enlazar la función de mercado con la de legitimación, se establecen una serie de mecanismos de participación ciudadana que le darían funcionalidad y consenso a los criterios gerenciales: hablamos fundamentalmente de la estrategia del Aval Ciudadano, principal mecanismo de participación ciudadana en las formas de gestión.

Las novedades del Plan Nacional son precisamente su propuesta de ampliación del seguro popular, los mecanismos de participación ciudadana y sus estrategias para implementar sistemas de calidad. Aunque sus debilidades son por un lado el incremento de costos, (una sospecha de privatización o al menos ataque a la pureza del servicio público) y el abandono de la estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS).

5.2.2.2 Papel de la calidad percibida en el programa nacional

La calidad fue uno de los pilares de la gestión en salud que el gobierno panista impulsó en sus propuestas. En su plan de 2001 lo establece Fox y en el de 2007 lo establece Calderón. Su visión de la calidad se establece según los criterios más ortodoxos: los gerenciales. El usuario pasa a ser un cliente y como en la dinámica empresarial, él es el que manda. Esta visión no deja de ser parcial y contraria a la

⁷ Respecto a la explicación teórica de este fenómeno nos aliamos a la explicación de James O’Connors (1978) respecto a la crisis del Estado debido al desarrollo de dos funciones simultáneas y contrarias: la acumulación y la legitimación.

metodología participativa: no se toman en cuenta la calidad percibida desde el proveedor. Ya en su versión de 2001-2006 se plantea que la calidad será el meollo a buscar. Aquí aún la visión es la calidad técnica y no la percibida. Sin embargo en el plan de 2007-2012 ya se plantea que se analizarán las tres dimensiones de la calidad: la calidad técnica, la percibida y la calidad del trato (Documentos de SICALIDAD) . Aunque importa señalar que estas tres dimensiones no están bien definidas de acuerdo a la teoría ortodoxa. Lo interesante a señalar aquí es que la visión que dan de calidad percibida es muy empírica: en ningún momento la definen y en sus documentos tampoco la hacen operativa. Esto lleva a pensar que su forma de actuar está basada en un discurso de poder pero no en una intención de mejora real de los servicios.

5.2.2.3 La estrategia del Aval Ciudadano: filosofía y herramientas

Ya se ha dicho que Aval Ciudadano es la estrategia principal o programa estrella del gobierno foxista y del actual gobierno a fin de desarrollar su función de legitimación en consonancia con la de acumulación (O'Connors 1978). Esta función de legitimación es llamada por el Gobierno Federal *construir Ciudadanía en Salud*. Vale preguntarse cuál es su filosofía y su metodología.

En varios de sus documentos internos (SSA 2007) se plantea que *Aval Ciudadano* , como estrategia de participación y de contraloría social, se origina en la necesidad de dar respuesta a la pregunta de cómo recuperar la confianza una población que no confía en sus instituciones. Con este mecanismo que faculta a ciertos grupos y organizaciones civiles con representatividad social, prestigio y credibilidad entre la población, a visitar unidades de salud para avalar las acciones en favor del trato digno que en ellas se llevan a cabo, y garantizar que los informes emitidos por las instituciones de salud se apeguen a la realidad.

La característica más notable de los Avaes Ciudadanos es que están formados no por trabajadores del Sector Salud sino personas comprometidas con su sociedad, que dedican parte de su tiempo y esfuerzo de manera individual o grupal, comprobando la existencia de algunos avances o retrocesos en los servicios de salud y aportando sugerencias y opiniones para mejorarlos. Así, según lo plantean los mismos documentos de SICALIDAD (2001), mecanismos como el Aval Ciudadano representan una oportunidad más amplia (aunque incompleta) para abordar distintos aspectos de la gestión del servicio público, la determinación de prioridades, la evaluación de la eficiencia de los servicios de salud y, en un futuro cercano, la fiscalización de los recursos financieros aplicados en los programas de salud, como lo marca el Programa Nacional de Salud. Sugieren además que todo ello deberá contribuir para que en nuestro país el ejercicio del derecho a la salud sea una realidad para todos los mexicanos y el derecho a la participación democrática se amplíe a una mayor expresión colectiva.

Según lo plantean otros documentos metodológicos de *formación de líderes* de la Secretaría de Salud (2007), cuando la población participa y las acciones responden a planteamientos y demandas reales que se formulan, es posible observar una mayor eficiencia de los sistemas de salud. Paulatinamente el propio trabajo de los integrantes del Aval Ciudadano, su interés y sus experiencias han permitido consolidar su funcionamiento y sus actividades, cada vez con perspectivas más amplias en cuanto a su participación coordinada con las instituciones de salud, para adquirir el compromiso mutuo de lograr avances sustantivos en la calidad de los servicios de salud.

Se aclara que Aval Ciudadano es el representante de la sociedad civil en el Sistema Integral de Calidad SICALIDAD, con el fin de avalar las acciones que realizan las instituciones del Sector, para ayudar a mejorar el trato digno en los servicios que se brinda a los usuarios, el Aval Ciudadano en forma independiente y responsable contribuye a evaluar los servicios de salud, ayudando a las Instituciones a obtener la confianza de la sociedad civil en cuanto a la calidad de los servicios de salud que se brindan. Tiene el propósito de ser un enlace entre las instituciones y los usuarios de los servicios de salud a través de la creación de un espacio democrático donde las organizaciones de la sociedad civil puedan mostrar su voz y opinión respecto a la calidad percibida de la atención. Según lo señalan los documentos de divulgación sobre lo que es el Aval Ciudadano, los integrantes del Aval, por sus características de honorabilidad, por representar a una agrupación de servicio y actuando siempre de buena fe y con alto sentido de responsabilidad, tienen el propósito de colaborar con acciones positivas que buscan mejorar la calidad de los servicios de salud. Asimismo, en los documentos de información a los usuarios (SSA, 2007) se le define como “ una experiencia de participación de grupos organizados de la sociedad civil, ONG’s, Universidades, Centros académicos, Asociaciones profesionales y otras instituciones, en la evaluación de los componentes de calidad percibida en la prestación de servicios de salud. Son el enlace entre las instituciones y los usuarios de los servicios de salud y sus voceros” .

Aval Ciudadano tiene la obligación de velar por los derechos de los usuarios. Estos derechos según los documentos de divulgación y según la SSA (2006) son

- 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 su expediente clínico.
- 10.- Ser atendido cuando se inconforme por la atención recibida.

Una de las preguntas clave a responder es si estos derechos coinciden, están reducidos o aumentados en relación a los derechos de los usuarios de salud según leyes del país. Al Respecto, Gonzalo Moctezuma (2002) describe en su libro, en concordancia con la Ley General de Salud, derechos más amplios y referidos a mecanismos de participación, aunque no los detalla en términos operativos.

Cabe observar que las funciones del Aval Ciudadano han sido las de realizar encuestas a los usuarios de las unidades médicas y a los profesionales de la salud, para conocer la opinión de los usuarios en relación a la calidad percibida. Su misión es escuchar a los pacientes y las familias. El Aval Ciudadano difunde los Derechos Generales de los Pacientes, promoviendo su exigibilidad y su tutela, procurando que las organizaciones de salud aprendan a escuchar la voz de los usuarios. También, la comisión de Aval Ciudadano realiza propuestas de mejora y establece compromisos con los responsables de la unidad y su personal para mejorar la calidad en la atención de los servicios de salud a través de la Carta Compromiso y efectúa el seguimiento de los compromisos hasta lograr su cumplimiento. De tal manera, el Aval Ciudadano participará en el Comité Estatal de Calidad en Salud (CECAS) cuando se incluyan en el orden del día de éste aspectos que afecten la participación ciudadana en salud. Adicionalmente podrá

ser convocado al Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) de las unidades médicas en las que realice su función. También es de observar que según los acuerdos establecidos con el gobierno estatal y federal, las unidades de salud que prestan servicios al Seguro Popular, deberán contar Aval ciudadano para su acreditación. Las herramientas que operativizan el Aval Ciudadano están incluidas en una guía (SSA, 2004) diseñada por las mismas instancias federales .

Las herramientas estratégicas son:

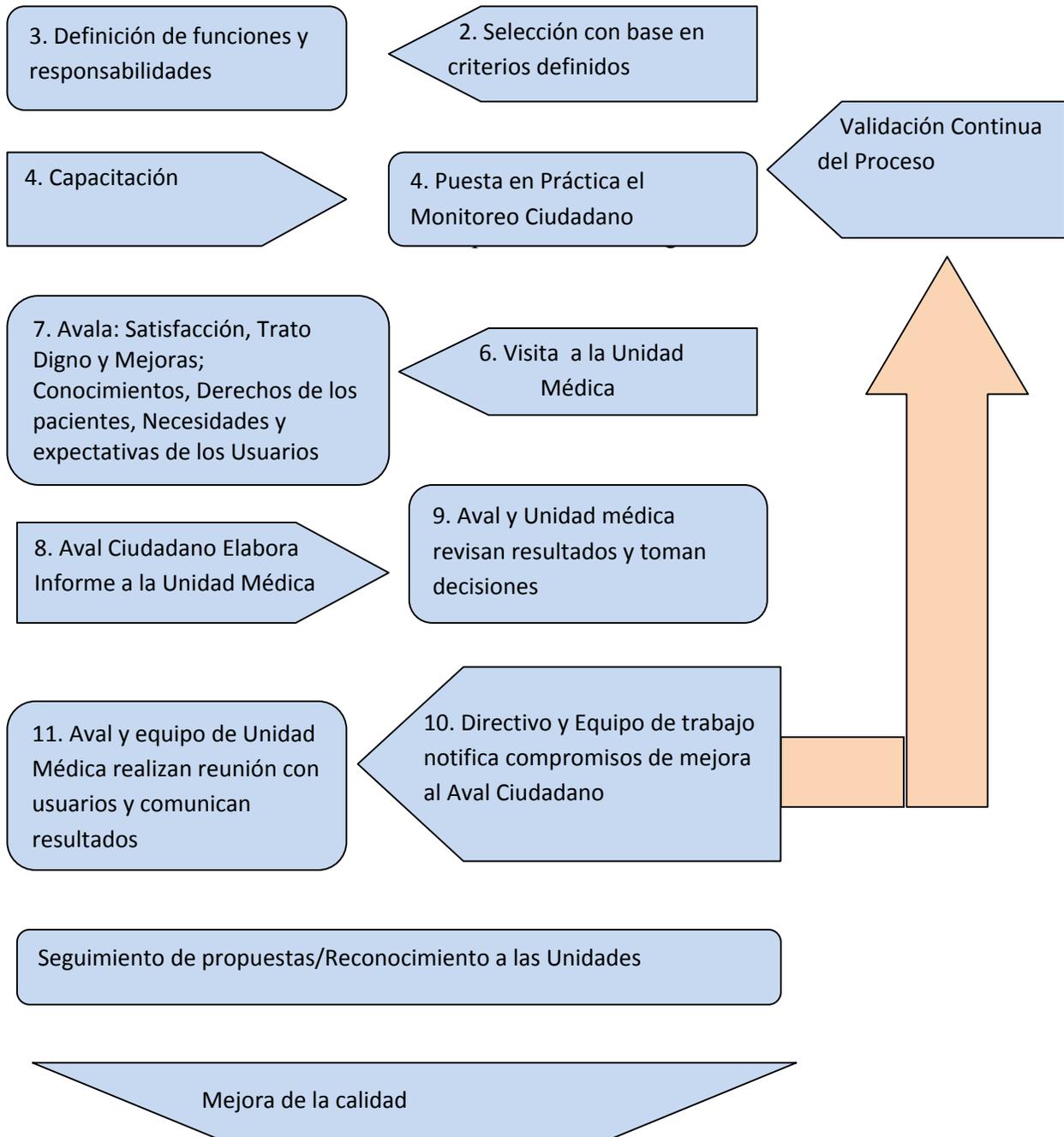
- a) Estrategia 1. Diseño conjunto entre las autoridades federales y funcionarios estatales de salud del Modelo Sectorial Aval Ciudadano para la Transparencia del Trato Digno
- b) Estrategia 2. Selección, de organizaciones de la sociedad civil de acuerdo con los criterios establecidos por la Cruzada Nacional
- c) Estrategia 3. Capacitación en el servicio sobre la operación del método de monitoreo ciudadano para la transparencia del trato digno
- d) Estrategia 4. Aplicación del método de monitoreo ciudadano para avalar la transparencia y participar en la mejora del trato digno
- e) Estrategia 5. Comunicación de resultados para establecer el diálogo y la formulación de propuestas de mejora del Aval Ciudadano
- f) Estrategia 6. Gestión de la información para el seguimiento, control, evaluación de resultados y retroalimentación del Aval Ciudadano

Estas seis estrategias nos señalan que el gobierno federal inicia con un plan articulado a fin de correlacionar sus funciones de legitimación con la mejora el servicio sanitario. La metodología de instalación y funcionamiento del Aval Ciudadano se presenta en la figura 5.25.

El punto de partida es la convocatoria a las organizaciones ciudadanas. Aquí, cabe hacer mención que se habla de individuos que tienen ya una experiencia organizativa. Aunque esto no es una condicionante. Los Avales Ciudadanos deben ser, al menos, personas mayores de 18 años, que cuenten con honorabilidad reconocida, sin fines de lucro, que no sean servidores públicos o directivos de los servicios de salud, que cuenten con conocimientos que permitan desempeñar su tarea y garantizar una participación activa y un compromiso a favor de la calidad en las unidades de salud. Así, pueden ser avales tanto representantes de las organizaciones como ciudadanos independientes en las comunidades rurales.

Figura 5.11 Proceso aval ciudadano y monitoreo Trato Digno

1. Convocatoria a las Organizaciones Ciudadanas



Fuente: SICALIDAD,2001

El siguiente paso es la selección de la comisión del Aval, tomando como criterios los ya definidos anteriormente. Dicha selección corre a cargo de los directivos de la institución y los antiguos consejos consultivos. Una vez instalado el Aval se les convoca a una primera reunión de trabajo a fin de definir funciones y responsabilidades. En tal reunión se establece con las autoridades la Carta

de compromiso de logro de estándares de mejora. Al respecto, la etapa de capacitación es vital para el buen desempeño de la comisión. Parte esencial de la capacitación es discutir el concepto de ciudadanía en salud, reconocer el sentido del Plan Nacional de salud, manejar el INDICA o sistema de información y finalmente analizar el contenido y las formas de llenado de los formatos de trato digno.

Concluida la etapa de capacitación, que dependiendo de las personas seleccionadas puede tener tiempos variables, se considera instalado el Aval Ciudadano. La siguiente etapa se inserta en la puesta en práctica del monitoreo ciudadano. La primera acción es la visita a la unidad médica en donde se revisará cuál es el status de la satisfacción del usuario respecto al desempeño de la unidad y el trato, así como si se reconocen y respetan los derechos de los usuarios. Resultado de esta visita es la elaboración de un informe.

El informe levantado servirá para avanzar a otro momento de compromiso con las autoridades de la unidad médica. De la revisión de este informe, de manera conjunta se toman decisiones, se valida la certeza de los diagnósticos o se corrigen los mismos y se establecen nuevos compromisos los cuales posteriormente se les harán saber a los usuarios.

Finalmente, y a partir del seguimiento de las propuestas y del reconocimiento de los compromisos por parte de las unidades se logra un mejoramiento de la calidad de la unidad. En todo este proceso, cabe señalar que el punto crucial, el insumo básico es la percepción del usuario.

5.3.2.1 Evaluación del Aval ciudadano en la ZM de Pachuca de Soto

Ya en la misma guía del Aval Ciudadano (Secretaría de Salud, 2007) se detecta que una de las fallas importantes es que no se hace la suficiente promoción al sistema. Sin embargo esto no ha sido un obstáculo para que la metodología se haya difundido como estrategia Nacional para generar una ciudadanía en Salud. Los datos que se muestran en el cuadro 4.27 y en la figura 4.26 así lo ilustran.

No olvidemos que Aval Ciudadano es una estrategia plasmada en el Plan Nacional de Salud. En este sentido su extensión se explaya a lo largo y ancho del país. Sin embargo, no en todos los estados se realiza su instalación con los mismos resultados. En el mapa 5.26 observamos que a casi seis años de haberse implantado la estrategia, sólo 5 estados se colocan entre 86 y 100% de avance en instalación y funcionamiento. La gran mayoría de estados se encuentra entre el 51% y el 85% y muy pocos (4 estados) con menos de 50% de avance.

En el caso particular de Hidalgo, se cuenta con 486 unidades con Aval Ciudadano instalado muchas de ellas (50% pertenecen a la Secretaría de Salud de Hidalgo) más del sector de Asistencia Social que de Seguridad Social. Con toda seguridad, uno de los motivos fundamentales del bajo rendimiento en el cumplimiento de mediciones y en instalación de Avaes es la cultura política conservadora de la entidad. La ciudadanía en salud es difícil de lograr cuando el estado en su totalidad carece del ejercicio político de derechos elementales (voto libre y secreto) de sus habitantes.

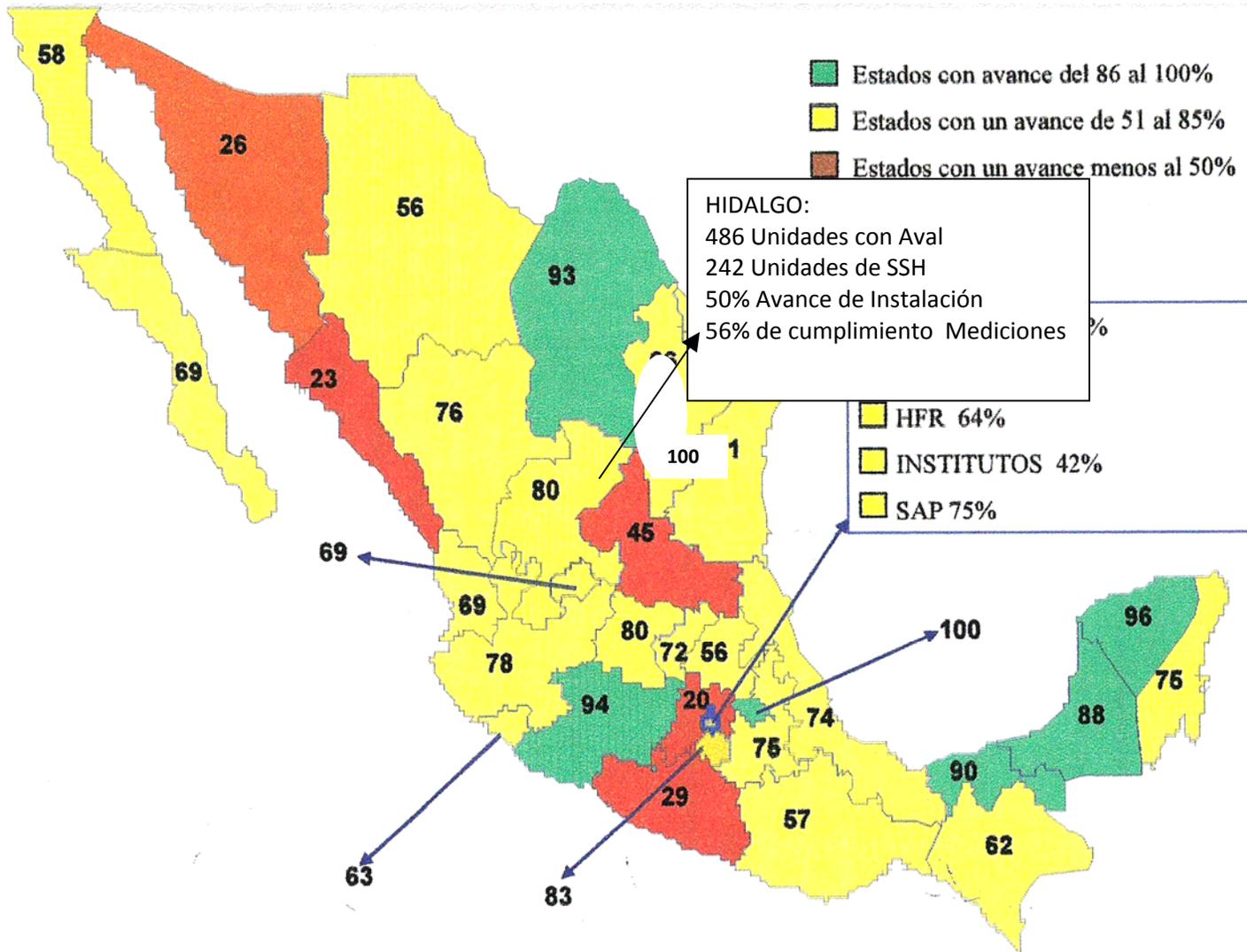
Cuadro 5.33 Porcentajes de Avance de Instalación y Medición

de Avals Ciudadanos en México (Enero Diciembre 2009)

	Estados con Aval Ciudadano Instalado	Unidades en la Entidad (excepto Caravanas)	Caravanas con Aval Ciudadano	Unidades con Aval Ciudadano SAA Todos los Niveles	Unidades con Aval Ciudadano IMSS, ISSSTE, etc.	Porcentaje de Avance de Instalación	Porcentaje de Avance de Medición Ene-Dic 2009
1	Aguascalientes	86	0	86	12	100	69
2	Baja California	123	0	119	0	97	58
3	Baja California sur	73	0	57	0	78	69
4	Campeche	110	0	97	0	88	88
5	Coahuila	115	0	111	0	97	93
6	Colima	122	0	99	0	81	63
7	Chiapas	404	0	315	0	78	62
8	Chihuahua	194	0	136	0	70	56
9	DF 1er Nivel	116	0	116	0	100	98
10	DF 2do Nivel	28	0	22	0	79	52
11	HFR	5	0	5	0	100	64
12	Institutos DF	10	0	4	0	40	34
13	SAP	6	0	6	0	100	83
14	ISSSTE	1121	0	0	18	2	18
15	Durango	197	0	161	0	82	76
16	Guanajuato	520	2	473	0	91	80
17	Guerrero	941	0	459	0	49	29
18	Hidalgo	486	0	242	0	50	56
19	Jalisco	640	6	579	0	90	78
20	México	1148	7	431	3	38	20
21	Michoacán	364	0	343	0	94	94
22	Morelos	211	0	211	0	100	83
23	Nayarit	210	7	205	0	98	69
24	Nuevo León	393	1	282	0	72	66
25	Oaxaca	682	0	323	0	47	57
26	Puebla	587	0	556	0	95	75
27	Querétaro	199	0	142	0	71	72
28	Quintana Roo	174	4	158	0	91	75
29	San Luis Potosí	188	0	137	12	73	45
30	Sinaloa	219	0	71	2	32	23
31	Sonora	245	0	126	0	51	26
32	Tabasco	523	0	477	1	91	90
33	Tamaulipas	272	1	182	0	67	51
34	Tlaxcala	173	5	173	0	100	100
35	Veracruz	359	0	325	0	91	74
36	Yucatán	147	0	146	1	99	96
37	Zacatecas	158	0	155	3	98	80
	Total	11549	34	7530	52	65	60

Fuente: SICALIDAD, Resultados Enero Diciembre 2009

Figura 5.12 Porcentaje de Avance en Instalación y Medición de Avals Ciudadanos Enero-Diciembre 2009



Fuente. SICALIDAD Resultados Enero-Diciembre 2009

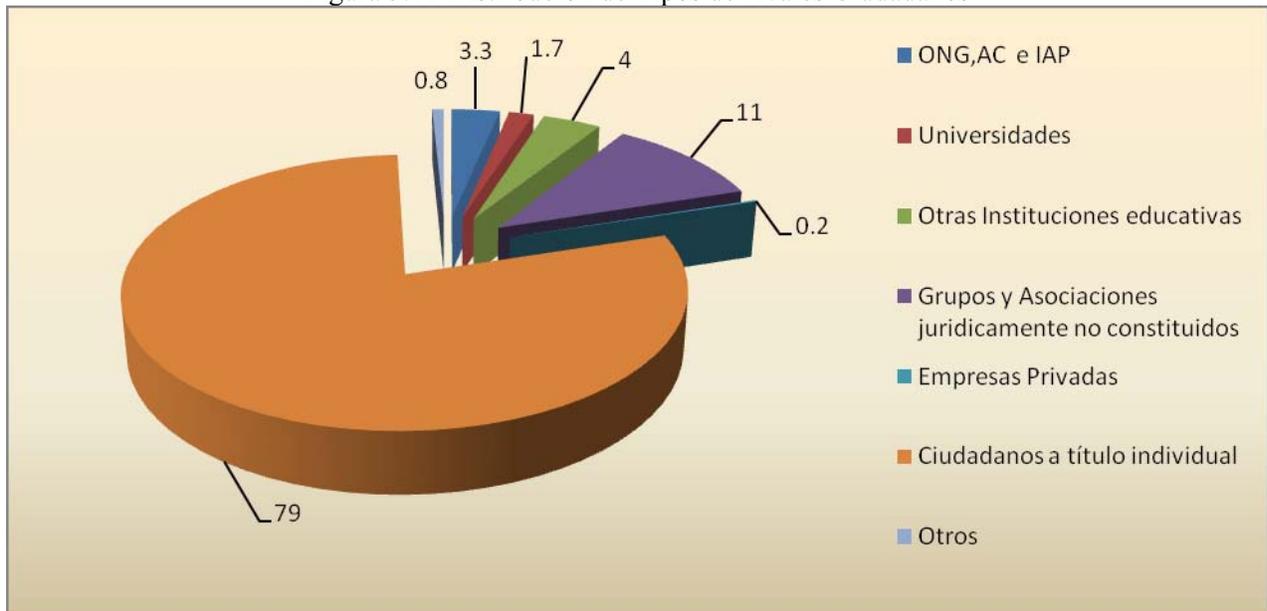
Ahora bien, también es cierto que los Avales Ciudadanos que se han instalado y que funcionan en el país no son del mismo tipo en su composición. A nivel nacional, y esto se reproduce en el Estado de Hidalgo, en un 79% están encabezados por ciudadanos independientes, lo cual les resta fuerza organizativa y eficacia de movilización. El otro 20% se compone de asociaciones que pueden tener motivaciones distintas a las estrictamente cívicas: 1.7% son universidades, 4% son educativas de otros niveles, 0.2 % es empresa privada y el 11% son asociaciones sin personalidad jurídica. Así, tan sólo 3.3% son sociedades con estatuto jurídico y tal vez con una finalidad no coyuntural y una estructura organizativa más eficaz.

Cuadro 5.34 Tipología de Avales Ciudadanos en México

Tipo	Avales	Porcentaje
ONG,AC e IAP	290	3.3
Universidades	147	1.7
Otras Instituciones educativas	342	4
Grupos y Asociaciones jurídicamente no constituidos	952	11
Empresas Privadas	16	0.2
Ciudadanos a título individual	6829	79
Otros	66	0.8
TOTALES	8642	100

Fuente. SICALIDAD (2010)

Figura 5.11 Distribución de Tipos de Avales Ciudadanos



Fuente: Elaboración propia con datos de SICALIDAD (2010)

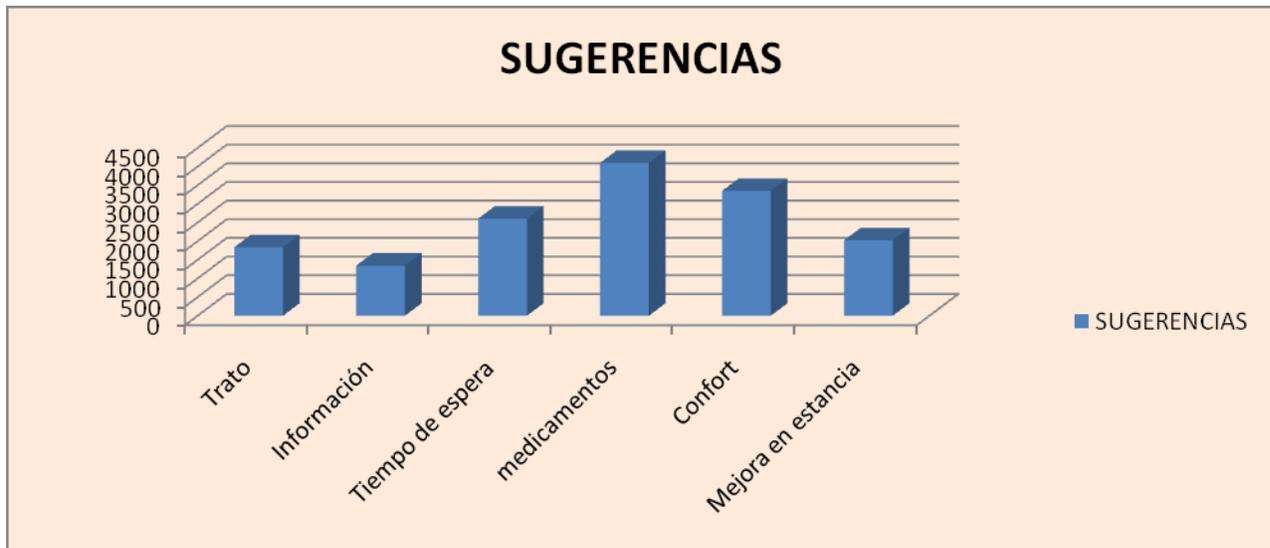
De igual manera, una realidad nacional reflejada en las provincias, es que es el desabasto en medicamento la demanda más sentida de la población y por tanto la queja más frecuente en los Avales Ciudadanos. El cuadro 5.29 y la figura 5.28 son ilustrativos al respecto. Cabe señalar que aunque el programa se ha enfocado al problema del trato, aún en este rubro es notorio que las quejas se siguen presentando.

Cuadro 5.35 Sugerencias surgidas del Aval Ciudadano

TIPO	SUGERENCIAS	Porcentaje
Trato	1836	12
Información	1344	8.8
Tiempo de espera	2604	17.1
Medicamentos	4099	26.9
Confort	3348	22
Mejora en estancia	2021	13.2
TOTALES	15252	100

Fuente. SICALIDAD (2010)

Figura 5.12 Tipo de Sugerencias surgidas del Aval Ciudadano



Fuente. SICALIDAD (2010)

5.3.3 Desigualdad Socioespacial, cultura política y gestión de servicios urbanos de salud

Diferentes investigadores, en textos como *Urbanizar la vejez* (Beuys, 2009), *La vejez una discriminación múltiple* (Hernández y Mendiola 2009), *La marginalidad en la vejez* (Gazzotti, 2006) y en otros tantos textos sobre segregación socioespacial (Luppi y Hachuel, 2005; Sánchez González, 2007 y Silva 2010), han indagado en un fenómeno antiguo aunque con agravaciones recientes: las desigualdades sociales siempre aparecen ligadas a desigualdades espaciales. Este fenómeno ha sido registrado por la sociología desde el siglo XIX en EU y en toda Europa. Los

estudios urbanos no han dejado de señalar que las poblaciones vulnerables lo son en términos de sus relaciones sociales y en términos del goce de las ventajas de la ciudad. Parece que lograr una igualdad espacial pasa primero por construir una cultura política o una conciencia colectiva y del derecho a la ciudad o al territorio. Tal conciencia llevará a un involucramiento en la gestión del territorio y de lo que allí pasa incluyendo los servicios sanitarios.

Iniciativas actuales para atacar el problema de la segregación socioespacial de las poblaciones de adultos mayores se encuentran en lo que se ha llamado Planeación Gerontológica, que en términos generales se refiere a la inclusión de las necesidades y percepciones específicas del grupo de ancianos dentro de las políticas de planeación física y socioeconómica de la ciudad. Es notorio, según varios autores (Sánchez González 2007 y 2007a; Méndez y Aparicio, 2009) que no existe en México políticas precisas de planeación gerontológica.

Tal falta de planeación gerontológica es patente en la ZMCP, donde el diseño espacial enfatiza la preferencia por el automóvil, se restringen los espacios peatonales e incluso las zonas de recreación y vivienda son pensadas para gente joven y con gran movilidad.

5.3.2.1 Desigualdades sociales y desigualdades territoriales en salud

Particularmente en el área de la salud, la territorialidad es un aspecto crítico. La ubicación o localización de los servicios de salud tiene como base una valoración de la territorialidad. En tal sentido, el reconocimiento del territorio es un insumo específico de los sistemas de salud. La ubicación de los servicios se hace más por consideraciones éticas que por las propiamente espaciales o territoriales. Así, una vez establecidos los servicios públicos y los de salud en lo particular el problema del espacio y su medición en distancia o en dinero (a través de variables de accesibilidad particularmente) será uno de los puntos de valoración de la calidad de tales servicios.

5.3.2.2 Calidad percibida y conformación de un discurso crítico

Como adecuadamente menciona Rubio Vidal y Reyes Santías (200), la finalidad de los servicios públicos es la universalidad del bienestar. Y el valor de los servicios públicos lo asigna el ciudadano por medio de la calidad percibida, de la utilidad que recibe o del nivel de satisfacción al ver sus expectativas cubiertas.

Ahora bien, si la calidad es una categoría compleja, la percepción de la calidad implica también un multifactorial proceso de reflexión. Así, la calidad percibida y su proceso de medición puede ser la raíz de un discurso crítico que hace mucha falta en el ámbito de los servicios de salud. Este discurso crítico, puede iniciar en un simple darse cuenta de todos los elementos que implican un servicio sanitario de calidad (lo físico, el trato, o la triada estructura-proceso-resultado) y atraviesa por un aspecto que supera la pasividad de la percepción y se inserta en la acción: la ciudadanía en salud. Así, la Ciudadanía en Salud es la dimensión praxiológica del discurso crítico.

En la ZMCP, aún esta Ciudadanía en salud está en su fase embrionaria. Se empieza a romper, a través de la aparición de grupos políticos de oposición y a través de organizaciones ciudadanas, relaciones de poder que van desde el ejecutivo estatal hasta los puestos directivos de instituciones

de la administración pública. Estos grupos ciudadanos y organizaciones de oposición tienen como reivindicaciones la apertura de los consejos ciudadanos, la ley de participación y en particular la democratización del uso de los servicios públicos.

5.3.2.3 Conformación de una cultura política en salud

Como comenta López Acuña (1993) la cultura política en salud implica como punto de partida la superación de valores o antivalores como la reverencia jerárquica a los médicos, las relaciones de poder entre institución y usuario, la identificación medicina salud o la incapacidad de autocuidar de la salud propia. Es precisamente estos valores lastre los que son punto de inicio de una cultura política en salud. Pero a la conformación de esta cultura siguen, además de los puntos de partida valorales o axiológicos, los legales. Al respecto habrá que conocer e instrumentar instancias que ante las oleadas democráticas del país se han abierto. En particular hablamos de la apertura que la Ley General de Salud da a la participación Comunitaria en su capítulo IV, de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de los Derechos Humanos en Salud, y del el Aval Ciudadano como una de las herramientas actuales al menos en la ZMCP.

Respecto a la Ley General de Salud, se mencionan derechos de los usuarios como por ejemplo elegir al médico, recibir información suficiente, clara, veraz y oportuna, decidir sobre aplicación de diagnósticos y terapias ofrecidas o acceso a segundas opiniones. También señala los criterios de participación de la comunidad: promoción e intervención en programas de mejoramiento y prevención de la salud o del ambiente, incorporación como auxiliares voluntarios, notificación de personas que requieran servicio de salud, formulación de sugerencias, información a las autoridades sobre medicamento que generan reacciones adversas, información a las autoridades sobre irregularidades o deficiencias en la prestación del servicio.

Respecto a estos derechos que se conceden desde la Ley General, importa mencionar que el avance en lo que es mecanismos de participación ciudadana tales como el plebiscito, el referendun, la iniciativa popular, la consulta vecinal, colaboración vecinal, la unidad de quejas y denuncias, difusión pública, la audiencia pública y los recorridos del titular del órgano político administrativo de la demarcación territorial.

Evidentemente, para cumplir con todos estos instrumentos se han abierto otros cauces como la CONAMED o Derechos Humanos. Al respecto, y desde la perspectiva de algunos autores (Ramos 2002) la CONAMED se puede erigir como un recurso para la calidad de la atención.

Ya anteriormente, y desde 1978, se había establecido la estrategia de la Atención Primaria a la Salud (APS), en la cual se utilizaban promotores o promotoras en salud y no precisamente médicos o enfermeras de profesión. Tales promotoras eran personas de la comunidad preparadas para dar atención y orientación médica: era frecuente que la politización se diera de manera natural y que tal orientación fuera también de carácter organizativo y no sólo en salud. Así, se determinó, por parte de las autoridades sanitarias que la APS con promoción en comunidad era muy costoso (seguramente en términos económicos pero más en términos políticos). Por ello, iniciado el gobierno

foxista se decide dejar los canales abiertos a la participación social pero más controlada y regulada por la misma institución (Hevia de la Jara, 2006).

5.3.2.3 Hacia una política sanitaria participativa

Retomamos la discusión sobre la seguridad clínica a fin de dilucidar hacia dónde debe ir la estrategia de participación ciudadana en salud. Veíamos al analizar el problema de la seguridad, que para los usuarios el problema de la calidad es la negligencia del médico y para los médicos el problema es estructural o al menos institucional. En este sentido, y en el caso específico de Pachuca de Soto, los enfrentamientos usuario médico se han presentado con cierta frecuencia. Al respecto la estrategia del Aval Ciudadano ha sido un elemento de arbitraje interno. Sin embargo, lo importante es que el problema no se quede en la institución y como resolución de un problema coyuntural, sino que se avance hacia la conformación de una política pública aún y cuando sea local.

Estamos por tanto a favor de que la participación ciudadana en salud pueda ser entendida como contexto e insumo en la elaboración y desarrollo de políticas públicas a diversas escalas territoriales. En tal sentido reivindicamos el modelo estructural de Donabedian, el cual sugiere que la calidad asistencial sólo es posible ligarla cuando se actúa sobre la cadena de estructura-proceso-resultado. El aval ciudadano es un instrumento participativo que coadyuva a dar claridad sobre si un problema tienen raíces de estructura o de proceso. Así, la participación o ciudadanía en salud tiene una oportunidad importante si se aboca a lo estructural y no sólo a la coyuntura institucional.

5.4 A modo de conclusiones: la cultura sanitaria político-técnica de la población como garantía de efectividad al esquema administrativo de la calidad

La calidad aparece en el mundo sanitario como una herramienta administrativa para mejorar el servicio. Es una herramienta que por cierto parte de un paradigma internacional de la salud global y que es retomado por el gobierno mexicano para llevarlo como medida de competitividad en el ámbito del sector público. En el actual Plan Nacional de Salud se asume esta situación pero también se rescatan los canales de participación ciudadana que se habían abierto cuando era hegemónico el modelo de la medicina social de la APS. Sin embargo, si la calidad se queda en su ámbito técnico, como cobertura de normas (es decir, como gobernanza) y no se avanza hacia la calidad percibida y hacia la ciudadanía en salud, o sea si la calidad no asume una postura política, la herramienta pierde eficacia. Es decir, se queda en el ámbito de los que marcan las reglas, en lo privado y no en lo público.

Hidalgo ha iniciado el proceso de diagnóstico de su proceso de envejecimiento. Hasta el año de 2005 la entidad contaba con una población mayoritariamente joven, ya que el 58% tenía menos de 30 años. Sin embargo, la dinámica natural del crecimiento poblacional aunado a las migraciones (se van los jóvenes y se quedan los adultos aparejado el fenómeno de que ya es común la inmigración “de retiro”, es decir de ancianos) están orientando a la ciudad hacia un paulatino y acelerado envejecimiento de su población. La problemática para los próximos años es que las autoridades de la zona no se han planteado una estrategia de planeación gerontológica que incluya variables de planeación espacial y no espacial de la ciudad.

El envejecimiento impacta directamente en los servicios de salud. Aunque es notoria una preocupación de las autoridades sanitarias por mejorar la atención, aún actúan sobre variables que les son rentables políticamente: la percepción del habitante sobre el trato digno, lo cual en el contexto de las condiciones políticas del Estado ya es un avance. Sin embargo siguen predominando problemas referidos a la calidad real o técnica: el desabasto de medicamento, los prolongados tiempos de espera, los costos de la atención (agravados por una población abierta con escasos ingresos para sortear los precios del seguro popular), los excesivos pacientes por jornada para los médicos y la escasa promoción de la participación ciudadana. Contrasta con estos resultados la percepción de la población respecto a su salud personal, la cual la consideran buena, y la buena percepción acerca del servicio que se brinda en el Hospital General de la SSAH del Pachuca. La percepción no es engañosa: en el Hospital General se hace un esfuerzo importante por cumplir con las normas de calidad, atender la población y llegar a los estándares acordados con el Aval Ciudadano. Sin embargo, esta es una exigencia para las instituciones que apoyan población abierta. Población que ante la desprotección total que le han dado las políticas públicas estatales y federales, se siente agradecida con el esfuerzo hecho por la SSAH o la Cruz Roja. Para las instituciones que trabajan bajo el sistema de seguridad social, la situación es otra: no sólo son las instituciones que cuentan con mayores quejas ante la CONAMED, también son las que reportan menos información sobre variables de calidad a la Secretaría de Salud.

Todo ello nos habla de que en la medida en que se tenga un sistema de salud dividido, de derechohabientes y no derechohabientes (aunque la constitución consagre el derecho a la salud), de que sea el factor económico o el empleo un criterio para gozar los servicios públicos, mientras siga esto decíamos, será difícil seguir hablando de que se tiene un real acceso a la ciudad y a sus beneficios.

CAPÍTULO 6 CONCLUSIONES, HALLAZGOS E IMPLICACIONES PARA LA PLANEACIÓN URBANA

Introducción

Concluir un trabajo es siempre una tarea compleja, pues en urbanismo y en la ciencia en general no existen ideas acabadas sino ideas en movimiento. Las conclusiones son la fotografía de un momento en la construcción del objeto de estudio. Mientras elaboramos estas consideraciones finales, se siguen escribiendo y publicando nuevas teorías y nuevos escritos sobre calidad percibida, salud, servicios públicos y envejecimiento. Así pues, paradójicamente, esta conclusión es también preliminar y refleja tan sólo el avance más acabado de esta investigación.

En el lenguaje clásico de los estudios de calidad, las conclusiones se presentan en forma de hallazgos. Así, en un intento por concluir, nos referiremos a lo encontrado respecto al cumplimiento de los objetivos propuestos, a la respuesta a las preguntas planteadas, a la definición del grado en que las hipótesis de trabajo se comprobaron o se refutaron, a la ubicación de las fortalezas y debilidades de la tesis así como a plantear una agenda de investigación para trabajos futuros.

6.1 Conclusiones y hallazgos de la investigación.

6.1.1 Objetivos, preguntas, e hipótesis: su cumplimiento.

El diseño de la presente investigación tuvo como líneas generales objetivos definidos: por esto partimos de ellos. Cada objetivo planteado dio paso a un desarrollo in extenso en la forma de capítulo.

Un primer propósito fue presentar una aproximación al estado del arte sobre la calidad de atención médica y sus formas de medición. Las pesquisas documentales realizadas nos llevaron a determinar que cada vez con mayor fuerza está en la mesa de debates el problema de la calidad percibida y no tanto la calidad técnica, donde por cierto ya hay estándares y controles vía certificaciones institucionales. En el lenguaje de la economía política, se habla de que la lógica capitalista había podido subsumir o controlar la esfera de la producción o la generación de servicios aunque no la del consumo. Por ello, la centralidad de los clientes o usuarios es en realidad consecuencia de una economía donde los valores del mercado y la “soberanía y lealtad del consumidor” se han vuelto una necesidad de superación de las crisis de realización del régimen social y económico.

También pudimos encontrar las raíces históricas y epistemológicas del fenómeno de la calidad objetiva y subjetiva de la atención médica. Articular este discurso, a la vez histórico y epistemológico, llevó a comprender la percepción como punto de partida de una cadena que puede tener como contrapartes el imaginario colectivo y la construcción racional científica o política (Lindón et al, 2006). También implicó interpretar la calidad (técnica y percibida) como el eslabón de un modelo de funcionamiento económico y político de la sociedad contemporánea: el de la globalización. Sacar a la calidad de su ámbito apologético,

pragmático o puramente procedimental, significó enrolar el fenómeno con aspectos esenciales del análisis urbano como el contextualizar en una teoría del desarrollo capitalista (más cercana a la idea de regulación que a la de neoliberalismo), una conceptualización más amplia de los servicios públicos como centro de la acción estatal, una reflexión de las políticas públicas, de la gobernabilidad de las ciudades y de la reproducción social. Por ello, la calidad es modelo dominante, ideología y aspirante a problema científico.

Las preguntas direccionales que se responden, y que están correlacionadas a este primer objetivo, se refieren a mostrar qué es la calidad y como se mide. Los diversos enfoques, modelos y herramientas con las cuales se le ha querido definir y medir reflejan, curiosamente, un problema de percepción científica. También se concluye que estas percepciones pueden variar por cuestiones de orden cultural, de clase social de quien hace el estudio y de condiciones socioeconómicas según regiones donde se hagan las investigaciones.

En referencia al problema de la definición, se mostró que la calidad, aún siendo una categoría compleja y polisémica, puede ser entendida operativamente como el grado de cobertura de las expectativas del usuario o del proveedor y también como la correcta aplicación de procedimientos y conocimientos a fin de lograr el máximo de beneficios y disminuir los riesgos. Se encontró también que la calidad, en su acepción urbana, es una categoría compleja cuya definición más acertada tendría que ceñirse a la concepción sistémica o unificadora de Avedís Donabedian. En tal concepción, atender los ámbitos de la estructura, el proceso y los resultados implica incluir en la definición de calidad los enfoques tradicionales de cobertura, accesibilidad, utilización e integrar otros no tradicionales como las variables de percepción.

También mostramos que existe una amplia gama de formas de medición de la calidad. Tales métodos de medición se amarran con la concepción de calidad, demostrando con ello que teoría y metodología conforman una unidad. Propusimos tres bloques donde se clasifican las concepciones teórico metodológicas de la calidad: la visión sistémica (que desde nuestro punto de vista es la más abarcante); la visión funcionalista, que ha tenido logros más precisos pero menos comprensivos para explicar situaciones que superan lo institucional. Finalmente la visión mercadológica que, no obstante ser funcionalista- se distingue de ésta porque cuenta con metodologías de amplia aplicación a los negocios y organizaciones. En la actualidad cada vez tiene mayores adeptos la visión mercadológica (es el signo de los tiempos) aunque las instancias gubernamentales se declaren aliados de la visión sistémica. En el análisis urbano consideramos que las tres visiones pueden ser complementarias y no contrarias como ciertas posturas extremas pudieran sostener.

En tal sentido, la calidad objetiva (técnica) y la subjetiva (percibida) son un ensamble y deben estudiarse a la par. La calidad percibida en particular es un nuevo paradigma científico que aún está en tránsito por ingresar a la ciencia normal. En este tránsito aún falta darle a la calidad desarrollo teórico y no sólo técnico administrativo. Sólo así podrá la calidad ser integrado al vasto mundo de las ciencias sociales y de las ciencias naturales.

Un segundo objetivo de la tesis estuvo dirigido a constatar el sentido cultural de la calidad y más aún de la calidad percibida. Si ya la literatura especializada sugería que el ámbito de lo cultural definía lo que era o no calidad de la atención médica, entonces nos parecía primordial

un estudio que reuniera geografía e historia, como condicionantes de las culturas, en el tratamiento de esta dimensión de los servicios públicos. Para cubrir este segundo propósito, se localizaron importantes reflexiones sobre la salud internacional como marco primigenio de la calidad vista como fenómeno global. Pudo constatarse que la concepción teórico metodológica de la calidad percibida es una función básica más próxima de las culturas organizacionales que de las culturas de los usuarios. En tal sentido pasamos revista de las visiones de mercado propias de los Estados Unidos, a las culturalistas propias de una Europa devastada por las guerras mundiales, a las asiáticas muy proclives a sus costumbres milenarias o las latinoamericanas en donde es notorio su pasado colonial.

Tal vez el mayor hallazgo y con lo cual nos acercamos al cumplimiento del segundo objetivo propuesto, fue el dejar sentadas las diferencias culturales por países, construcciones sociales enraizadas en formas distintas de entender y medir la salud, las relaciones sociales y los conflictos organizacionales. Esto, a fin de cuentas, demostró que también hay distintas nociones de ciudad y de justicia.

Sin embargo el objetivo iba un poco más allá y se proponía detectar diversas maneras de medir calidad percibida. Uno de los resultados fue el redimensionamiento de la metodología como una disciplina encargada del estudio y comparación de métodos y no sólo como una serie de técnicas listas para su aplicación. Las metodologías norteamericanas, canadienses, españolas o latinoamericanas, entre otras, permitieron llegar a índices precisos de medición donde otras variables estaban en juego: particularmente lealtad y otras que son meollo del ACSI, ECSI, etc. El repaso de las diferencias culturales para entender y medir la calidad percibida posibilitó localizar las características de las sociedades latinoamericanas, su cultura organizacional y poblacional la cual está sellada por su pasado colonial, por una baja participación ciudadana, enganchada a los caprichos de los mercados laborales. Una cultura demasiado complaciente con las visiones más conservadoras de la práctica médica y hospitalaria. También permitió encontrar ideas sobre políticas públicas instrumentadas con diversos resultados en otros contextos sociales y con otras costumbres y aspiraciones. La formula localizada, dibujada a grandes rasgos, llevaba precisamente a definir como variables importantes de la formación social mexicana la comunicación, el trato, la no discriminación, la participación, la economía y la seguridad del usuario como aquellas que muy probablemente afectaban de manera sustancial la percepción de la calidad.

El tercer objetivo planteado, construir una metodología de medición eficaz para una específica institución de salud ubicada en una ciudad media de México, fue cubierto a través del tercer capítulo. Se logró realizar un pequeño comparativo de metodologías, se idearon los instrumentos considerando lo cualicuantitativo. En tal metodología se propone no sólo un primer diagnóstico del problema sanitario en la región de estudio (la ZMCP) sino también el diseño de un conjunto de instrumentos de orden mixto. Considerando que las visiones sistémicas, funcionales y de mercado no son contrarias sino complementarias, la metodología propuesta para nuestro estudio rescata las aportaciones del método histórico y antropológico, las visiones de mercado y los esquemas ya probados por las visiones abiertamente mercadológicas plasmadas en los modelos de evaluación de servicios SERVQUAL y sus variantes.

Como resultados, que ayudan a cubrir el propósito, también se realiza una reflexión sobre la importancia de las técnicas estadísticas y sus límites.

Los resultados del estudio histórico, y con el cual se cubre el *cuarto objetivo* planteado, arrojaron que Pachuca de Soto es una zona emergente y alternativa una vez agotadas las opciones de Toluca y Cuernavaca para quienes quieren salir del DF o quieren superar su pobreza patrimonial. La idea inicial para esta segunda parte del trabajo era verter en una realidad geográfica e histórica específica la teoría y la metodología analizada en los tres primeros capítulos intentando además trabajar información estadística a nivel nacional, estatal y local., superando las amplias visiones internacionales.

El cumplimiento de este objetivo implicó responder preguntas muy precisas respecto a saber cuál es la problemática urbano-sanitaria de la ZMCP. Se halló que Pachuca es una zona emergente que es polo de atracción de los municipios del Norte de Hidalgo y de los residentes del DF que quieren abandonar la metrópoli capitalina. Se muestra que la ZMCP inicia su proceso de metropolización en los años 80, que ha entrado en un momento de caos urbano ya que ha enganchado su proceso de crecimiento a la especulación inmobiliaria. Paralelo a ello, la dinámica poblacional y su proceso de envejecimiento no le ayudan a generar espacios urbanos que llenen expectativas de sus habitantes.

También se halló que el habitante medio tiene una mala percepción de la calidad de vida urbana de la zona. A confirmar esta percepción, coadyuva un sistema de salud que en lo territorial promueve desigualdades espaciales y en lo social no resuelve del todo problemáticas de falta de seguridad social. También existen características de la estructura urbana (cierto caos en la organización espacial, que en los últimos años ha venido incrementando el número de accidentes y por tanto el número de lesionados que llegan a las unidades de salud) que hacen difícil la habitabilidad de la ciudad para los grupos vulnerables de la tercera y cuarta edad. Todo esto lleva a considerar que la salud urbana de la ZMCP, entendida como el bienestar psicobiológico que son promovidas o negadas por las condiciones de la ciudad, se encuentra en una situación crítica para la población de más de 60 años.

Un *último objetivo*, realizar el análisis de una institución de salud de la ZMCP a fin de aplicar las categorías y la metodología diseñada, fue abordado en el quinto capítulo. Los resultados de este estudio apuntan a que hay un contrapeso respecto a la mala percepción de las condiciones físicas de la ciudad: el anciano medio de la muestra considera que la atención es buena en el Hospital General. Es decir, la calidad percibida es positiva (“buena”) en más de un 80% aún y cuando sigue habiendo quejas severas respecto a la accesibilidad física y al desabasto de medicamento. Esta buena calidad de la atención ha venido a fidelizar al usuario. El estudio empírico realizado también detectó un problema cultural y otro normativo de los Hospitales en la ZMCP. La cultura se cambia con la educación, en tanto las leyes se modifican con la actuación política. Así, se encontró que en toda institución se juegan relaciones de poder provenientes de una normatividad formal (estructuras legales y administrativas muy jerárquicas) y otra informal (relaciones de trato y comunicación que pueden ser autoritarias). Las políticas públicas del gobierno federal, sabedor de esta situación, promueve entre sus alternativas una estrategia cultural y otra político legal.

Se constató en el estudio, según la importancia de las variables determinantes de la calidad percibida, que funcionalmente es importante y hasta definitorio para el usuario anciano el trato y la comunicación. Y siendo bueno este trato, pueden quedar sin mucha relevancia las instancias de participación ciudadana y de contraloría social, con lo cual los servicios públicos efectivamente se convierten en un esquema de control gubernamental sobre la población.

Se analizó la cultura organizacional del Hospital General como objeto de estudio. Se constató que cuando se plantea que la calidad es una variable cuyas raíces son culturales, en realidad se está argumentando que dicha variable es el resultado de la confrontación de al menos dos culturas o maneras de entender el mundo: la visión de los usuarios y la visión de los proveedores. El resultado es efectivamente un choque cultural de estos dos actores del proceso. En el caso que nos ocupa, se trató de resolver la situación inicialmente con medidas estructurales consistentes en una política a nivel nacional que conjugaba una estrategia de promoción de “trato digno” y la formación de cuerpos de vigilancia ciudadana (el Aval Ciudadano). El resultado visible fue un cambio en el ejercicio del poder que ejercía el personal médico sobre los usuarios. Esto ha tendido a horizontalizar las relaciones y a generar al interior del hospital un espacio de conciliación de intereses lo cual ha permitido que lleguen menos conflictos a la CONAMED. La percepción de usuarios y proveedores es que se presenta un cambio cultural favorable en el Hospital General. En la puesta en práctica de la calidad en las organizaciones, y más aún en aquellas que se dedican a brindar servicios públicos a población abierta, se demuestra que la calidad es un constructo social donde intervienen representaciones de las relaciones sociales, representaciones de la vejez, representaciones de la ciudad, ideologías y en general un subjetivismo marcado por las características culturales de los actores (población e instituciones) en estudio.

Cumplir este objetivo implicó resolver un bloque de preguntas cuya respuesta fue la columna vertebral del estudio empírico. Particularmente se pudo definir qué tipo de vulnerabilidades tiene la población anciana que asiste al HG, cuál es su idea de la calidad y cuáles son las variables que determinan la calidad en esta población. En el estudio realizado, la valoración de una experiencia en calidad percibida de una comunidad de usuarios de un hospital regional, se encontró que la población de ancianos (3ª y 4ª edad) se caracteriza por no tener en su mayoría ningún tipo de seguridad social por lo cual se hace un uso intensivo del Seguro Popular. De igual manera, es un sector poblacional que cuenta con muy poca escolaridad, una reducida red familiar y poco capital social. Es una población mayoritariamente femenina, se dedican al hogar (ya sea porque están jubilados, retirados o con imposibilidad de trabajar y por lo cual en eventos de enfermedad requieren de amplios cuidados profanos); asimismo cuentan con una precaria salud y se concentran en la ciudad histórica e la ZMCP. Todo ello las hace una población muy vulnerable socialmente y que geográficamente se extiende a toda la ZMCP.

Hasta aquí, los resultados de la investigación tienen una tendencia descriptiva. Un hallazgo más explicativo se obtuvo del estudio de correlación estadística. De acuerdo a este estudio las variables determinantes de la calidad percibida son por orden de importancia la comunicación y el trato, la capacidad técnico científica del médico, la accesibilidad física y social, la calidad de espacios y las amenidades, la seguridad, y en último término lo económico y la participación ciudadana.

Con base en estas variables se establecieron índices de calidad percibida, Tales índices se basan en los índices de Parsons en los cuales queda de manifiesto que la percepción puede ser aumentada si se mejoran (manteniéndose el buen trato y la comunicación) la accesibilidad física y la seguridad. No quedó demostrado que una mayor participación ciudadana mejora la calidad percibida del servicio, pues al parecer la relación es inversa: una mejor calidad percibida predispone a una mayor participación. Sin embargo, la razón de que la participación ciudadana no sea relevante puede ser un factor para que los hospitales no tengan herramientas de exigencia de los usuarios en la cobertura de las promesas y metas de la institución. Por tanto en las condiciones actuales es difícil cambiar en el corto plazo la cultura organizacional así como los criterios de justicia con los que se manejan las reglas informales de convivencia. Del balance que se hizo sobre la estrategia de Aval Ciudadano se llegó a la conclusión de que tal herramienta, a pesar de ser de utilidad para incrementar la transparencia de tareas, también ha amarrado a la institución a una serie de conflictos.. Esto ya se venía dando desde antes, pues la CONAMED documenta que el 90% de quejas se resuelven en primera instancia, es decir, por diálogo médico paciente. En tal caso, el Aval Ciudadano ha venido a fortalecer y racionalizar esta primera instancia y a ser un factor fundamental del sistema de calidad.

La conformación de una ciudadanía en salud es uno de los hallazgos más importantes de esta tesis. Su importancia radica en que es un camino más allanado de incursionar en el ámbito de la gobernabilidad de las ciudades o avanzar hacia una ciudadanización de la política. Un esquema así sugiere que el Estado puede ser entendido como un coordinador de servicios públicos, por lo cual estos son un puente natural y ágil para la gestión urbana. La gobernabilidad se vuelve más asequible y también más tangible. Propone además una nueva cultura política no ligada necesariamente a los partidos políticos sino a las necesidades cotidianas de los ciudadanos.

Del estudio de sensibilidad que se realizó, se obtuvo que pueden preverse tres escenarios equivalentes al corto, mediano y largo plazo. En tales escenarios se colocan las visiones de lo posible, lo deseable y lo preferible. Jugando con las variables, se obtiene que lo posible, o sea la tendencia general, es que la calidad percibida se mantenga estable si se sigue apoyando sólo las variables comunicación y calidad técnica. Sin embargo, puede tender a bajar en la medida en que los problemas estructurales (financieros, de oferta de médicos etc.) empiecen a agravarse. Por otro lado, lo deseable es que la calidad percibida pueda incrementarse como resultado de un fortalecimiento de la participación ciudadana, la cual tenderá a elevar la seguridad al usuario y la accesibilidad sociocultural. Dicho estudio llevó a prever la implementación de algunas políticas públicas de fortalecimiento de ciudadanía en salud en contextos de presupuestos estáticos.

Para esta investigación, las hipótesis son tan sólo guías, y más que conocimientos en sí son estrategias de búsqueda y orientación. Es decir, son la construcción de una primera idea que abre paso a un caudal de descubrimientos que pueden confirmarla o refutarla parcial o totalmente. Así, cubrir objetivos y responder preguntas fue posible siguiendo la guía que nos presentó la hipótesis planteada inicialmente. La primer parte de la hipótesis señalaba que la calidad es un constructo social, cultural. Esto al parecer era muy obvio pero nos permitió rastrear concepciones y métodos de medición en los estudios internacionales y locales. La segunda parte de la hipótesis (la calidad se aplica y condiciona por conflictos y circunstancias

políticas locales) aunque fue constatada, es obvio que quedo muy corta. Esto nos llevó a la conclusión metodológica de que las hipótesis no son totalmente falsas o totalmente ciertas. .

En el caso de esta investigación, la hipótesis punto de partida fue confirmada pero quedó extremadamente corta. Se confirmó que la calidad es una construcción social, pero esto puede ser obvio si se pasa por alto que esta construcción social está determinada por estándares internacionales, nacionales, estatales o locales. Tampoco es obvio que sus adaptaciones culturales se refieren en primera instancia a las culturas organizacionales y políticas de los centros de salud y en segunda a las culturas de los usuarios y a sus visiones de clase social. Entendida la cultura como una densa red de símbolos que afectan y estructuran la percepción y comprensión de las personas, parece entonces evidente argumentar que los usuarios o proveedores de un centro de salud ponen en funcionamiento su estructura simbólica para vivir, medir o interpretar el fenómeno de la calidad de atención médica.

Siguiendo la idea de que los ancianos de la ZMCP consideraban poca la calidad urbana de la ciudad, se supuso que tal percepción era extensiva a los servicios de salud. En realidad, este punto de partida se tomó de las visiones que la población objetivo tiene del IMSS, del ISSSTE pero no de las instituciones de población abierta. La conclusión es que es mala la percepción para el derechohabiente, ya que sus expectativas son más altas, pero no para la población abierta y tampoco para una organización (el Hospital General) que ha hecho suya una nueva relación médico paciente.

En resumen, los objetivos, preguntas e hipótesis fueron punto de partida esenciales que siempre estuvieron presentes y fueron cubiertos en su mayor parte.

6.1.2 Alcances, fortalezas, limitaciones y debilidades de la investigación

Las metáforas y analogías pueden ser una fuente importante de conocimiento. En tal sentido, la aplicación de un mecanismo análogo al FODA no solamente puede ser consecuente con estudios sobre calidad sino puede ayudar a definir las bondades y defectos de la investigación. Así, las lógicas de la evaluación administrativa y de la investigación son similares y pueden empatarse para explicar las características de una tesis académica (Cohen 2006).

Los alcances de esta tesis están definidos por la teoría y la metodología aplicadas. En términos teóricos se pretende sea un estudio localizado en el campo de las ciencias sociales, donde es superado el esquema tradicional de las disciplinas puramente administrativas. Se supera lo administrativo o lo puramente médico porque se entiende que la calidad percibida tiene raíces sociológicas y antropológicas (es decir, culturales). También se entiende que se ubica dentro de la ciencia social porque se toma una metodología cualicuantitativa y transdisciplinaria, es decir, donde confluyen visiones disciplinarias complementarias.

También apuntamos que los alcances de la investigación son puntuales y los ubicamos básicamente en el ámbito de lo local y lo institucional. En otras palabras, somos conscientes de que la validez de nuestra investigación están limitados a la ZMCP y al Hospital General. No pretendemos, sin embargo, reflejar fielmente la realidad sino dar una visión muy sistematizada de la problemática de los servicios que brinda un Hospital en Pachuca.

Consideramos que precisamente las fortalezas del escrito derivan de estos alcances. La investigación tiene como puntos de solidez su visión sistémica e internacional. Asimismo su sentido comparativo y el hecho de que su lógica corra en sentido deductivo (de lo muy general a lo empírico) nos permite llevar puntos de vista abstractos a consideraciones más concretas.

Creemos, asimismo, que precisamente otra la fortaleza del trabajo es la construcción de un estado del arte en el tema de la calidad en servicios de salud, que no existía en la literatura especializada en español y que en la literatura de otros idiomas se encuentra muy fragmentada. De tal manera, se ubica en un tema actual: el problema de lo percibido como una oleada teórica actual que ha incursionado en lo subjetivo como una veta de investigación. Otras de las fortalezas del trabajo es el diseño de una metodología mixta que supera los esquemas mercadológicos y administrativos que han venido inundando los tratamientos en los sistemas de salud. De igual manera vemos como una bondad del trabajo el hacer un estudio urbano de la zona metropolitana de la ciudad de Pachuca tomando como elementos vertebrales un tema (la salud) una población vulnerable (los ancianos de clase baja) y una variable poco tratada (la calidad).

Otro punto importante del escrito es su visión estadística y política. En lo estadístico aborda un cálculo que poco se había hecho (al menos en el ámbito oficial e incluso en el contexto de los estudios urbanos) en cuanto a la variable calidad percibida. En lo político se avanza en un balance de la herramienta de Aval Ciudadano como estrategia de gobernabilidad que si bien inicia en una institución, puede extenderse a todos los servicios públicos o privados de la ciudad. Así, una fortaleza de la tesis es ese equilibrio entre el análisis estadístico y el sociológico, ubicando la actuación política no en el campo de los partidos sino en el ámbito más cotidiano de la gestión del servicio de salud.

Evidentemente existen limitaciones y debilidades del trabajo. Las limitaciones se refieren a los puntos que quedan fuera del estudio y que, como ya se dijo, formarán parte de una agenda de investigación. Tenemos conciencia de que la investigación tiene también limitaciones y debilidades. No sólo tiene, ya se decía, validez local, creemos que otra de sus limitantes es que no hace un balance crítico de las investigaciones en calidad objetiva, ello toda vez que el centro es lo subjetivo. También puede considerarse un punto vulnerable el que no se respondan del todo preguntas no son direccionales. En tal sentido, el trabajo tiene una carga exploratoria importante. De las preguntas que son insuficientemente respondidas se propone al final de este capítulo una agenda de investigación que puede ser muy útil para los estudiosos del tema.

Puntualizadas, consideramos las siguientes limitaciones:

- a) No se ahonda en las experiencias nacionales de manera exhaustiva. Sólo se toman dos o tres casos por continente, dejando sin retomar África y Oceanía por considerar que no tienen experiencias relevantes documentadas.
- b) Estadísticamente la muestra no es muy amplia aunque sí representativa según parámetros estadísticos. Particular deficiencia hay en los enfermos de piso, de los

cuales sólo se revisaron 15 casos. También es cierto que no se profundiza en la comparación entre lo público privado en los servicios sanitarios.

- c) El estudio de sensibilidad es muy somero, aunque ilustrativo.
- d) La bibliografía contempla sólo un 30% de textos en inglés. Sin embargo hemos considerado más la literatura latinoamericana, pues el caso estudiado se inscribe en una zona de América Latina.

En un cierto sentido, las debilidades del trabajo están localizadas en la selección o reducción del objeto de estudio. En efecto, una institución no puede hablar por todo el sistema de salud. Por paradigmático que sea es sólo un ejemplo organizacional y por tanto puede tener fenómenos unívocos y no generalizables. Tampoco puede ilustrar de manera fehaciente los problemas de una ciudad. Todo esto nos lleva a considerar que el estudio puede estar lejos de reflejar la realidad. Realmente es un conjunto de ideas sistematizadas, con la intención de que tengan una lógica interna, con un fundamento teórico y también, a pesar de todo, con la expresión del punto de vista, los valores y expectativas del investigador. En tal sentido nos acogemos a las observaciones epistemológicas de Thomas Kuhn, acerca de que el desarrollo científico tiene como meollo el problema de las percepciones de los investigadores, y de Berger y Lukman (2006) acerca de que la realidad social aceptada puede ser una construcción mental de los científicos o estudiosos de la sociedad.

6.1.3 Hacia una propuesta de Política de Salud en cuestiones de calidad percibida

Este apartado tiene como centro la valoración de los hallazgos del estudio de la *Cruzada por la Calidad* (parte esencial del Plan Nacional de Salud del presente régimen) así como los que surgieron del análisis de sensibilidad.

Parece claro que haber centrado la política nacional de salud en la obtención de índices de desempeño de unidades de salud e índices de trato al usuario fue un acierto al menos en lo político y para ampliar las bases de legitimidad de la segunda administración panista. Sin embargo se dejaron de lado problemas estructurales básicos (curiosamente ya detectados en el mismo Plan) como la ampliación de las infraestructuras sanitarias, la formación de más y mejores recursos humanos así como la mejora en índices de resultado como las tasas de morbilidad y mortalidad. Se persiste con el problema de la fragmentación en la atención médica, haciendo una diferencia entre los derechohabientes y la población no asegurada (cuando que legalmente por el artículo 4º constitucional todos somos derechohabientes). En tal sentido el Seguro Popular a la larga tendrá insuficiencias financieras.

Respecto a los resultados de los exámenes de sensibilidad, parece evidente que en el contexto de presupuestos limitados las opciones de mejora nos se vislumbran halagüeños pues se requiere ampliar los márgenes de accesibilidad física y recursos humanos y materiales los cuales caen en el ámbito de lo estructural y pueden ser poco manejables por el Hospital General. Es notoria una mejora si la participación ciudadana es potenciada y orientada a la presión por el cumplimiento de metas.

El modelo matemático de la calidad percibida nos permitió no sólo ubicar las variables que impactan en la percepción del usuario, sino que nos ha dado pautas para encontrar algunas

líneas interesantes de política pública, entendida como una dimensión de la praxis del Estado, en calidad de servicios sanitarios. En particular pensamos tres rubros que pueden apoyar abiertamente la política pública de salud.

En primera instancia lo que pudiéramos llamar “educar la percepción”. En teoría el problema de la calidad es cultural y la cultura se cambia con la educación. En tal sentido, se trata de dar a conocer al público los elementos que hacen que un servicio sea bueno: es decir generar usuarios más informados y por tanto capaces de ser más asertivos. Esto no se reduce al trato digno sino que tiene que avanzar hacia la formación de un usuario experto: es decir, aquel que tiene muy claro lo que quiere recibir y es capaz de tener un buen desempeño como “paciente”, colaborando para eficaces entrevistas médicas y logrando buenos niveles de adherencia a los tratamientos. También ligado al problema de la educación, otro ámbito que puede apoyar en mucho a los adultos mayores son programas de formadores de cuidadores. Es decir, si llegado cierto momento los servicios de salud son incapaces de curar al anciano y este va a dar enfermo a su casa, es importante que las familias sepan cómo atenderlo.

Hablar de política pública es hablar de una conducción de los esfuerzos gubernamentales para el bienestar público. Así, la política pública según el Plan Nacional de Salud de 2006 tiene tres elementos fundamentales: el financiamiento, la participación ciudadana y la participación de los proveedores médicos, administradores etc. Estos son pues, los actores. Respecto del financiamiento, muy pronto habrá una crisis pues le han apostado al seguro popular y sin embargo no se abren nuevas plazas ni se amplían los servicios a zonas rurales. Respecto a la participación ciudadana, esta irá creciendo en cuanto al choque con los médicos si estos no tienen una educación profesional más empática a la vez que mejores condiciones para cubrir las cuotas que les imponen los sistemas de calidad. Aún queda pendiente reconocer cómo el aval ciudadano como estrategia puede ser de utilidad para formar gestores sociales desde el ámbito natural de los servicios diferentes a los de la salud.

A manera de resumen, en cuanto a la Política en Salud en el Hospital General y en relación a la tercera edad, sugerimos la implementación de un *Plan de Fortalecimiento Institucional* basado en la calidad percibida y que conste de diez programas que pueden destrabar la problemática de los servicios médicos dirigidos a esta población abierta y vulnerable:

- a) Programa de Medicina Preventiva basada en la Atención Primaria y en medicina familiar. Tal programa deberá hacer énfasis sobre la educación en el ámbito de habilidades para los “Cuidados Profanos” desde el hogar, paralelamente con contenidos de tanatología y estrategias de fortalecimiento del Capital Social o de las Redes de apoyo al adulto mayor.
- b) Programa de formación médica con enfoque en la Semiología Médica y la Comunicación con el Usuario como una forma de mejorar la relación médico paciente desde el diagnóstico clínico.
- c) Programa de Horizontalización de la cultura organizacional, la cual avanza hacia el énfasis de una mejor comunicación del proveedor con el usuario y se apoya en el afianzamiento de los Avales Ciudadanos por medio de la generación de habilidades para la Contraloría Social y la Gestión ciudadana (Ciudadanía en salud).
- d) Desarrollo de las técnicas de Medición de la calidad percibida. A la variable *Trato Digno* que ya se levanta en los hospitales, considerar la inclusión de variables de

estructura, proceso y resultado más amplias y la consideración de otros actores sociales.

- e) Programa de Rediseño Institucional acorde a las necesidades de la tercera edad. Dicho programa sugiere una coordinación con las autoridades responsable de la reordenación urbana de la ciudad a fin de que se establezcan estrategias de replanteamiento físico y legislativo de los servicios urbanos. Este programa incluye, evidentemente la promoción de una mejoría en la habitabilidad de las ciudades a fin de disminuir las lesiones por accidentes urbanos y mejoramiento de accesibilidad de áreas de atención a la salud. Particularmente sugerimos un énfasis en el mejoramiento de la accesibilidad física a las áreas de urgencias.
- f) Programa de Revitalización del departamento de medicina intercultural. Dicho programa parece fundamental dada la cada vez más significativa utilización que hacen del Hospital General las poblaciones de zonas rurales y migrantes de pueblos alejados de la capital.
- g) Programa de descentralización física del Hospital General a fin de acercar los servicios de geriatría a los domicilio de la población usuaria.

Una serie de programas como los que proponemos, puede llevar a un proceso de fortalecimiento en la institucionalización de la medición de la calidad percibida como un elemento base de la contraloría ciudadana y para mantener un ambiente favorable en la aceptación de los servicios. Evidentemente, el plan de fortalecimiento institucional implica que no se pierda el seguir levantando las encuestas de *Trato Digno*, pero que se enriquezcan con un robustecimiento del aval ciudadano: espacio en el cual se genera una contraloría social muy útil para iniciar una gobernabilidad de la ciudad desde ámbitos tangentes a los ciudadanos.

6.1.3.1 Implicaciones para la planeación urbana

Hay dos momentos en los cuales la teoría se puede volver acción o acercarse a la praxis: uno de ellos es la planeación y el otro la política pública. Los estudios sobre calidad percibida han aspirado, desde sus vertientes de insumo o diagnóstico en administración de empresa, de mercadotecnia y más aún de administración pública, a transformar la realidad social. Así, los análisis de percepción pueden ser también un insumo importante para la planeación urbana. Estos insumos pueden insertarse en lo espacial y lo no espacial. Finalizaremos este apartado señalando los aprendizajes que para efectos de planeación se pueden desprender de los hallazgos realizados.

La planeación urbana puede tener como objetivo esencial la ordenación o reordenación urbana. Pero tal reordenación (si lo enfocamos con la visión sistémica de Donabedian) es sólo un medio, es el proceso: el resultado tendría que ser el mejoramiento de la calidad de vida urbana. Esta mejora en la calidad puede ser resultado de actuar en el ámbito espacial o territorial o de actuar a nivel legislativo, institucional o político. Así, parece muy rescatable la visión sistémica de Donabedian en su trilogía estructura-proceso-resultado, a fin de aclarar que la racionalidad capitalista se ha enfocado más a medios que a fines.

6.1.3.1.1 *El ámbito espacial*

Ante la pregunta de si la calidad percibida puede ser un insumo de la planeación urbana, la respuesta que proponemos es afirmativa. Cabe señalar que, si hubiera mejoras metodológicas en su detección y medición y si los resultados pudieran llegar a las instancias de decisión, la medición de la calidad percibida y la consecuente medición de la satisfacción del usuario, puede ser una variable importante para la planeación urbana a nivel local y regional

La planeación espacial se ha cruzado con la calidad percibida sobre todo en el ámbito de la mejora en la habitabilidad de la ciudad para los ancianos. En tal sentido, la habitabilidad se ha identificado con el buen funcionamiento de servicios públicos concentrados en las zonas de equipamiento urbano. En particular nos referimos a los servicios a la comunidad, los servicios de abastecimiento, de administración, de asistencia social, de comunicaciones y transportes, de cultura y evidentemente de salud. Todos ellos, por cuestiones de “estructura” se han enrolado en la cruzada por la calidad iniciada con fuerza desde el inicio del siglo XXI.

Una primera reflexión que hay que hacer a fondo es respecto a la relación Hospital y Ciudad. Según lo señala la geografía médica “de todos los edificios de alguna importancia que salpican el corazón de las ciudades, el hospital es sin duda, junto con la iglesia, el más antiguo” Labasse (1980). También señala el autor ya mencionado que el hospital tiene un carácter específicamente urbano, por lo que podemos pensar que este tipo de edificios constituyen un atributo de la ciudad: el mapa hospitalario se superpone al mapa de la ciudad. Si la ciudad es un lugar de consumos colectivos, el hospital recoge uno de los consumos más importantes. De ahí la importancia de ver cómo en las circunstancias actuales las ciudades deben acoplarse a las necesidades de salud de sus pobladores, en particular los ancianos.

Las tendencias actuales en el mundo desarrollado es recuperar el criterio hospitalario como apoyo para una estrategia de la regionalización y de ordenación de la estructura urbana. Así, intentan generar una red hospitalaria o mapa hospitalario que se superponga al mapa urbano. No se trata de construir más hospitales sino redireccionar los que existen dándoles una lógica más ligada a la vida de relación y menos una lógica de rentabilidad económica. La dificultad principal es que el hospital por su conexión con las diversas empresas de la farmacéutica, la química, la óptica, la mecánica entre otras se ha convertido en un motor de las economías urbanas. Sin embargo la red hospitalaria puede ser un elemento importante para la regionalización de los países. Al respecto ya naciones como Suecia, Francia, Inglaterra o los ya extintos países socialistas organizaron una regionalización nacional a través de sus *pirámides sanitarias* las cuales proponen una jerarquía espacial en cuatro niveles:

- a) El Escalón Nacional, donde se fijan servicios altamente especializados.
- b) El Escalón provincial donde están todas las ramas de la medicina y la cirugía
- c) El Escalón regional, cuyo núcleo se constituye por un Hospital General de 150 a 300 camas, una maternidad y un hospital de pediatría.
- d) El Escalón local constituido por un ensamblaje de hospitales de zona y hospitales rurales, policlínicas y dispensarios.

Esta red hospitalaria, que en Europa ha empezado a rendir frutos pues reposiciona el papel del hospital en la estructura urbana, es un reto para el sistema de salud en México y en particular en Hidalgo. En Hidalgo lo primero que es importante replantear es el criterio de regionalización sanitaria, atendiendo más a los dictámenes de la vida de relación y menos a los criterios administrativos. Particularmente en Pachuca, como gran metrópoli donde se concentran una importante proporción de unidades médicas y recursos del sector salud del Estado, es importante que se desconcentre el sector a fin de adaptar la demanda a la oferta.

Acercar las unidades de salud a los domicilios de los ancianos va a favor de acoplar las ciudades a este sector de la población usuaria. Esta idea, es una de las claves del programa internacional sobre las ciudades amigables con el envejecimiento.

En realidad, en las propuestas internacionales de Ciudades Amigables con el Envejecimiento, la calidad percibida por el anciano ha sido un insumo para la construcción de una mayor habitabilidad de las ciudades. Evidentemente la calidad percibida no fue una determinante final pero sí una guía transversal de los proyectos de mejoras urbanas y por tanto un insumo que pone el dedo en la llaga tanto desde la perspectiva del usuario como desde el proveedor de servicios urbanos.

Hasta ahora, la calidad percibida como variable esencial de la *Cruzada por la Calidad* ha impactado en la conducta de usuarios y proveedores y no así en el espacio. Los índices señalan que la accesibilidad física es una debilidad del Hospital General. El impacto en el espacio es una cuestión de hacer llegar a las autoridades urbanas los problemas que se detectan. El camino puede ser incluir elementos de orden espacial en el Convenio de compromisos de la institución. Medir la calidad percibida puede traer como política un asunto de educación en salud (o en transporte, o en uso de servicios bancarios, educativos, de limpia etc.): educar la percepción es potenciarla, afinarla, hacerla certera, crear ciudadanía en salud, formar conciencia, generar una masa crítica, un discurso crítico a través de la generación de usuarios expertos en salud. El mismo camino puede darse en otros servicios urbanos particularmente transporte, educación, limpia, trámites administrativos etc. De ahí que algunos autores le hayan llamado “la revolución silenciosa”, aunque esta es a fin de cuentas parte de una regulación del funcionamiento de sistemas y dista mucho de ser un verdadero cambio radical en el corto plazo.

6.1.3.1.2 El ámbito no espacial

Habíamos señalado que lo no espacial se refería básicamente a las medidas legislativas, económicas, organizacionales, políticas o conductuales de la población entre otras. En tal sentido, lo no espacial puede ser una dimensión muy amplia de lo social. Consideramos que la calidad percibida ha impactado a la fecha fundamentalmente lo no espacial, pues lo territorial sigue siendo hegemonizado por lo capitales inmobiliarios o las decisiones políticas de los gobiernos en turno. En cuanto a arreglos institucionales, la calidad percibida tiene como apoyo las normatividades internacionales, nacionales, estatales o locales. Esto puede ayudar a cambiar el status de las ciudades.

La planeación no espacial precede a la planeación espacial. En este estudio ha quedado mostrado que percepción es comprensión y que por tanto la percepción de un problema es la

base de las soluciones que se propongan. Bajo estas consideraciones, podemos señalar que la planeación no espacial se enfoca a las políticas públicas en los tres órdenes de gobierno y que la percepción ha venido siendo utilizada como insumo de la gobernabilidad desde siempre. El problema es que tal percepción estuvo restringida a los gobernantes, a los dueños del poder político y económico y pocas veces bajó a la comunidad, es decir, no había democratización ni educación de la percepción valorada. Así, la percepción fue siempre un bien público que, como insumo de planeación, es decir como opinión pública y como consenso de la población, se había privatizado y manejado para que los poderes fácticos o públicos mantuvieran el control social.

6.1.3.1.3 El papel de la ética en las labores de planeación

Lo ético puede ser planteado como una limitación y también como una fuente de error o sesgo. Sin embargo, en esta investigación se encontró que tratándose del análisis de la subjetividad, la dimensión ética puede ser una puerta abierta, una guía y una estrategia para discernir e interpretar el funcionamiento de fenómenos socioespaciales.

La teoría ética contempla categorías que permiten reorientar una teoría de la ciudadanía. Tales categorías se enmarcan en los conceptos de autonomía, identidad, proyecto de vida (individual o social como núcleo de la identidad). Así, la visión ética puede complementar la teoría y no verse como un lastre. Lo ético ha sido un punto crucial en salud y la bioética ha llevado a proponer nuevos lineamiento de política pública.

Considerada como el origen de un discurso crítico, la dimensión ética puede ser un insumo importante para la planeación. Y más aún en términos de implementación de sistemas de calidad: no por ello es casual que en cualquier ejercicio de implementación de sistemas de calidad el punto de partida es la “Filosofía Institucional” donde los valores organizacionales son la base. Ello pues toda decisión de planeación parte de una propuesta ética de justicia (territorial o no): así, las leyes sales de la idea de justicia de quienes las hacen.

La visión ética que predomina, al menos en la visión oficial, es el utilitarismo. La pregunta no direccional que nos planteó la investigación es si esta visión sigue siendo la más adecuada como base de valores organizacionales en un contexto marcado por la hegemonía del individualismo o si junto con la globalidad es necesario plantearse otros esquemas de solución ideológica de los conflictos sociales. La respuesta que nos aventuramos a proponer es que sí es necesario establecer una ética que rescate no sólo el bienestar para las mayorías (en abstracto) sino sobre todo el bienestar para minorías diversas, dispersas, diferentes y multiculturales.

Esta nueva manera de hacer ética es importante porque varias de las decisiones de planeación urbana se realizan más con criterios éticos que con criterios técnicos o que con modelos matemáticos sofisticados. Así como la planeación no espacial precede a la planeación física y así como la percepción precede a la comprensión, de igual manera dicha percepción puede tener como base consideraciones éticas fundamentales que pueden sesgar o dar en el blanco a los diagnósticos urbanos.

Entrar al análisis de la percepción es ingresar a un mundo de subjetividades, a una realidad construida, a un espacio social que conducido fundamentada y democráticamente puede ser el sustento de una gobernabilidad urbana basada en la democracia o en una mejor ética política.

6.2 Aportaciones de la Investigación

Las aportaciones fundamentales que se hacen en el trabajo son de orden teórico, pues se le da un status diferente a la calidad percibida en el ámbito del urbanismo; metodológicas porque se hace un estudio de métodos y se propone una técnica de medición de calidad percibida en un sector específico (la salud), en el contexto de una organización espacialmente definida (el Hospital General de la SSA de Pachuca de Soto) y un sector poblacional en particular (la tercera edad); y son también empíricas porque se resalta una serie de fenómenos que hasta la fecha han sido tratados insuficientemente en el análisis urbano.

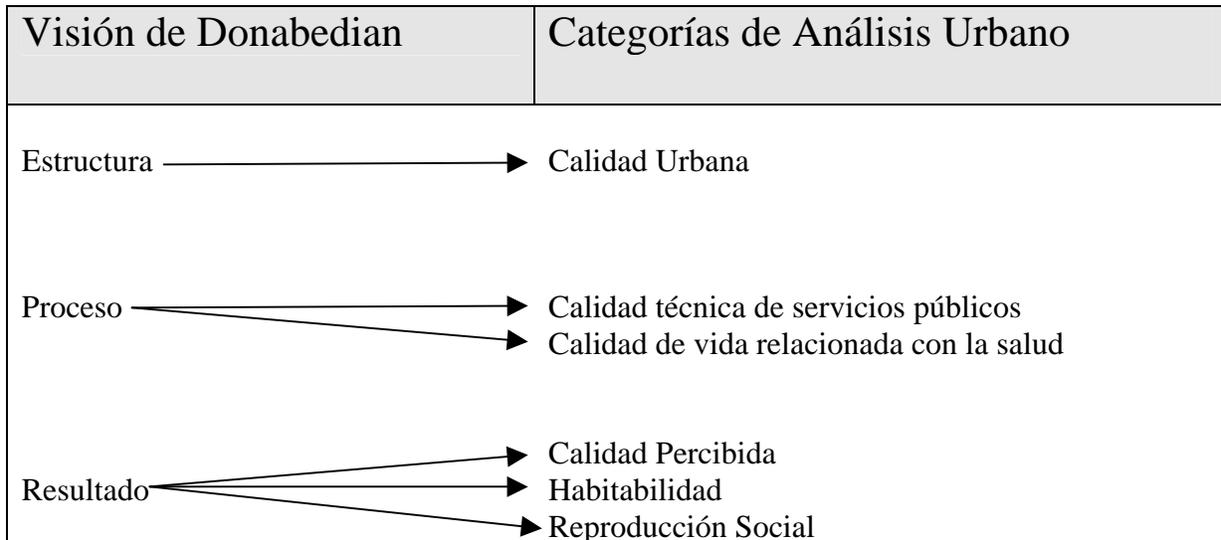
6.2.1 Teóricas

La investigación realizada nos regresó al antiguo debate sobre la objetividad de las ciencias sociales. Ya se ha planteado que se considera una fortaleza de esta investigación la visión teórica. La aportación que se trata de hacer es armar una correlación explicativa entre categorías como habitabilidad, reproducción social, calidad, calidad urbana, calidad de vida urbana, calidad de vida urbana relacionada con la salud, calidad percibida y situar todas estas categorías en el análisis de la ciudad. Las categorías antes señaladas han venido siendo usadas en contextos distintos y con resultados diferentes; categorías que corresponden a disciplinas independientes o con sistemas teóricos distintos; que pueden confundirse por estar encapsuladas unas a otras y a confundirnos por su tendencia expansiva y polisémica (Borja, 2005). Si bien no hay nuevos términos, si se pretende una *relacionalidad distinta y abarcante en un solo cuerpo explicativo* (al modo como lo sugiere Arnaldo Córdova en sus ensayos, 1980). La figura 6.1 intenta explicar esta relacionalidad usando como referente el modelo unificador.

En el urbanismo la categoría calidad ha hecho su aparición primero como calidad de vida urbana, luego como calidad urbana y finalmente como calidad percibida de la gobernanza. Sin embargo, intentando hacer un cuerpo teórico más coherente entre estas categorías, proponemos que en el análisis urbano se puede usar la categoría calidad para explicar una secuencia de estructura, proceso y resultado de los fenómenos socioespaciales de las urbes.

Haciendo una correlación con el modelo unificador donabediano, la categoría para explicar fenómenos de estructura es la calidad urbana, entendida como el conjunto de las condiciones de la estructura física que permiten la reproducción social. Asimismo, para explicar fenómenos de proceso los conceptos de calidad técnica (en tanto la eficacia-efectividad de las mediaciones tecnológica de la atención al ciudadano) y CVRS (como las condiciones sanitarias en específico que garantiza la ciudad) son esenciales. Finalmente, las categorías de Calidad percibida (expectativas contra valoración del resultado), habitabilidad (como las relaciones sociales que derivan en diversas expresiones culturales de hacer uso y apropiación del espacio público y privado) y reproducción social (modalidad histórico natural en que una sociedad regenera sus condiciones de vida urbana o rural) son las variables de resultado en donde a fin de cuentas es probable debe desembocar toda mejora a la ciudad.

Figura 6.1 Modelo Unificador Conceptual



Fuente: Elaboración propia

El modelo integrador de Donabedian, es posible que siga siendo el enfoque más atinado para lograr una visión más acercada a los factores que inciden en la calidad percibida de una institución. En este contexto, para los sistemas modernos de salud, hablar de resultados de atención a la salud es referirse a saber si la población usuaria *percibe* mejoras en su organismo o si el proveedor *percibe* (con su andamiaje científico si es el caso) que hay un impacto favorable o no en la salud de los habitantes. Por ello, el fenómeno de la satisfacción y la calidad percibida es, desde nuestro punto de vista, un elemento clave para determinar la eficacia y eficiencia de los servicios sanitarios. Ciertamente que la anterior aseveración puede parecer no objetiva. Pero ni en urbanismo ni en otras disciplinas hay procesos estrictamente objetivos. Más aún, siempre se encuentra el filtro de la subjetividad humana. Los historiadores (de la ciencia o de la sociedad) plantean que no existe la historia sino sólo la interpretación de los investigadores. De igual manera, no existe el hecho sino la interpretación del mismo. Un hecho sin interpretación no tiene valor informacional.

Por ello, el fenómeno de la percepción puede ser en realidad el meollo de lo científico: de cómo se perciba y se interprete tal o cual hecho depende en realidad el avance de la ciencia e incluso la acción social y política. Tal vez es por ello que Kuhn (2006: 144) señala que el proceso perceptivo es un elemento fundamental de cualquier paradigma científico. En su obra teórica, en la cual dedica al menos un capítulo completo a explicar la importancia de la percepción, también señala (Kuhn, 2006: 213-217) que las revoluciones son cambios en la visión del mundo: es decir, de una percepción que se reeduca en los tiempos de la revolución científica. De ahí, por ejemplo que la Gestalt sea una transformación perceptiva de los fenómenos psicológicos.

Y sin embargo, esta importancia de la percepción no es privativa del mundo científico. En lo que concierne al urbanismo es esencial. Por ejemplo, la calidad de vida ha sido definida por organismos internacionales como la percepción del cubrimiento de las expectativas del habitante urbano o rural (OMS, 2008). De igual manera, fenómenos estrictamente urbanos como la psicología ambiental o la democracia en las ciudades han sido medidos tradicionalmente con estrategias de percepción del habitante urbano. Y es que la percepción no es un fenómeno dicotómico ni un asunto de visiones blancas o negras. En tanto toda percepción está mediada por procesos ideológicos, ésta puede ser un fenómeno sumamente complejo para entenderla y mucho más para medirla. La calidad percibida puede ser un insumo importante en la gestión de la ciudad. La habitabilidad de las ciudades, la mejora en el funcionamiento de los servicios públicos y las técnicas de gobernanza son tres de los ámbitos donde los gestores de la ciudad han estado aplicando los estudios de calidad percibida.

En el presente trabajo ha quedado claro que el fenómeno de la calidad (real o percibida) en los sistemas de salud involucra dimensiones sociales complejas. Una de estas dimensiones es la participación de gobiernos y ciudadanía, en la gestión local y global de territorios. Tal vez por ello, el problema de la salud y su gestión históricamente ha sido un punto que ha confrontado a las metrópolis y las periferias de la comunidad internacional. Es precisamente por esta confrontación que los organismos internacionales como la OMS, OPS, BID, OCDE o Banco Mundial entre otros han intentado no sólo arbitrar sino marcar líneas de comportamiento a los países. Líneas que, no obstante buscan el bien común, siempre tendrán el sello de los intereses económicos de los países desarrollados.

Así, en términos de gobiernos, el esquema de la salud internacional y su evolución hacia la salud global, definieron que el problema sanitario podía ser enfocado como una manifestación de las relaciones de dependencia económica o política las cuales en los últimos años se han venido democratizando y enrolándose en la búsqueda de relaciones horizontales. Por otro lado, a nivel de la ciudadanía, el problema de la calidad se enmarcó en la dualidad proveedor-cliente, es decir, como una relación económica donde la iniciativa privada estableció en todos los países sus criterios de medición de lo que es el buen servicio: de ahí que sus metodologías de satisfacción al cliente (que puede ser paciente o usuario en el caso de la salud) han empezado a ganar terreno en la gestión de los servicios públicos. Sin embargo, el fenómeno de la calidad percibida también nos abre a la reflexión de cómo, tanto en nuestro país como en otros países, es posible que se inserte el ciudadano en la gestión de los servicios de salud. Al respecto la estrategia en México de las cartas compromiso con el ciudadano pueden ser una luz al final del túnel, a fin de avanzar en una rendición de cuentas efectiva.

6.2.2 Metodológicas

En cuestiones de calidad percibida, es importante realizar estudios de metodología tomada esta como el análisis de métodos alternativos a fin de construir caminos propios. Tal análisis metodológico servirá para contribuir en la discusión de casos específicos. La mirada hacia otras experiencias en los cuatro continentes, no sólo nos ilustra las estrategias históricas que otras sociedades han implementado como respuestas organizadas para los problemas de salud

en el grupo vulnerable de la tercera edad, también nos muestran cómo el problema de la calidad percibida puede ser un factor importante para efectos de las mejoras en la habitabilidad urbana. Estas mejoras en la habitabilidad pasan por la mejora en la accesibilidad física y cultural, la cobertura de los servicios, la mejor localización de unidades de salud o el conservar entornos amigables.

Escribir una tesis es en sí mismo un ejercicio metodológico. La aportación que se pretende hacer se presenta en dos sentidos. Primero como una propuesta de búsqueda y medición que incluye una ruta metodológica, un enfoque determinado, el diseño de uno o varios instrumentos y su aplicación a una institución. Esta aportación se dilucida básicamente en el tercer capítulo.

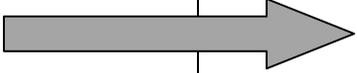
La otra propuesta metodológica va dirigida a lo pedagógico. En efecto, una de los aprendizajes que puede dejar una tesis doctoral es el camino en el cual se transitó. La situación es trascendente toda vez que no existe una pedagogía de la investigación. Esta tesis surge inicialmente con una serie de *Tablas de Congruencia o Matrices Metodológica* donde se concentra lo esencial del protocolo, se evita que queden cabos sueltos y se le da relacionalidad y lógica a la investigación conforme se va avanzando:

Matriz 1 Elementos Protocolarios

Objetivos	Preguntas (Direccionales y no Direccionales)	Hipótesis Guía	Guión de Trabajo	Materiales de Consulta
Planteamiento por capítulos	 Sentido de la Congruencia			

Fuente: Elaboración propia

Matriz 2 Medición de Variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Item o pregunta	Tipo de escala	Amplitud de la Escala
Definición conceptual					
Definición Operativa					
		Sentido de la Congruencia			

Fuente: Rivas, 2004

Aunque en el trabajo se utilizan varias matrices que intentan ordenar la exposición y hallar relaciones entre varios aspectos del trabajo, aquí sólo se presentan dos tablas por ser las de menor uso en la enseñanza de la investigación.

La salud, al igual que el propio urbanismo, sugiere que se adopten medidas de investigación transdisciplinarias y no únicamente multidisciplinarias. Tal multidisciplinariedad sólo ha enfrentado al médico (virtual monopolizador del campo sanitario de estudio) con otros investigadores y en particular con las áreas sociales (Gil Montes 2002).

Las entrevistas a usuarios y personal médico experto (comúnmente llamada metodología DELPHI), nos permitió llevar a cabo el enfoque transdisciplinario, y establecer a través de opiniones expertas las causas del desequilibrio en el servicio público. Este desequilibrio significa comprender el porqué los servicios no se usan o se subutilizan en algunas regiones y existe falta en otras. Así, en el proceso de recobrar al urbanismo como una ciencia y no sólo como una técnica constructiva, nos parece fundamental este tránsito de lo multidisciplinario a lo transdisciplinario.

6.2.3 Empíricas

Por *aportaciones empíricas* se entiende el descubrimiento o enfatización de aquellos aspectos de la realidad social “sensible” que no han sido tratados por las investigaciones urbanas de la “ciencia normal” (Kuhn, 2006). En este sentido, la tesis presente pone énfasis en problemas tales como la percepción como un momento de la subjetividad que está en la base de lo imaginario y lo racional (Lindón et al, Coords, 2006) .

Una segunda aportación empírica se relaciona con el tratamiento de la ética como insumo de la participación ciudadana o como raíz de un pensamiento crítico en usuarios y proveedores de los servicios públicos.

Finalmente, una tercera aportación empírica se relaciona con el estudio de una institución en particular. El objeto institución no ha sido algo abordado por los estudios urbanos. La ciudad no deja de ser una abstracción, un mero concepto si no se estudian sus entidades, es decir sus organizaciones. Así, el análisis institucional ha sido una metodología casi monopolizada por la administración pública o de empresa la cual lo ha enmarcado en estudios organizacionales. Pero en urbanismo no ha sido algo común. Esta tesis toma la cultura organizacional como un elemento clave que explica aspectos más amplios como las decisiones de planeación urbana o el desempeño de servicios públicos.

La percepción de la calidad de una institución de salud regional está determinada por su organización interna, por el papel que le dan al usuario y en general por la comunicación que establece el personal con su comunidad atendida. Han cambiado los parámetros del usuario del siglo XXI. A estos cambios han coadyuvado una serie de luchas políticas y un paulatino rediseño institucional iniciado a finales del siglo XX. Esta, que es una tendencia en todas las áreas sociales, ha implicado que se piense más en centrar el servicio en el usuario o en el cliente. Para los usuarios, percepción es interpretación (San Martín, 2007). Y de tal interpretación depende la participación. Es decir, si se advierte que se está abierto a la opinión comunitaria se abrirá la puerta, si no, el usuario tenderá a alejarse del servicio.

Dos procesos marcan la situación actual de la ciudad de Pachuca de Soto. Un proceso es de orden demográfico y el otro de orden en la jerarquía urbana. El envejecimiento y la metropolización. Del envejecimiento se desprende una transición epidemiológica y de la metropolización una transición marcada por la mayor desigualdad y fragmentación. Contrariamente a la opinión generalizada respecto a la mala calidad de los servicios públicos de salud, en el Hospital General de Pachuca de Soto, la población de la tercera edad la asume como una organización de buena (aunque no excelente) calidad. Sin embargo esta percepción no se fundamenta en elementos de estructura, sino básicamente en el proceso técnico de atención y en la mínima eficiencia en la cobertura de expectativas (que se caracterizan por ser muy bajas dada la escasa cultura en salud de los usuarios).

La calidad aparece en el mundo sanitario como una herramienta administrativa para mejorar el servicio. Es una herramienta que por cierto parte de un paradigma internacional de la salud global y que es retomado por el gobierno mexicano para llevarlo como medida de competitividad en el ámbito del sector público. En el actual Plan Nacional de Salud se asume esta situación pero también se rescatan los canales de participación ciudadana que se habían abierto cuando era hegemónico el modelo de la medicina social de la APS. Sin embargo, si la calidad se queda en su ámbito técnico, como cobertura de normas (es decir, como gobernanza) y no se avanza hacia la calidad percibida y hacia la ciudadanía en salud, o sea si la calidad no asume una postura política, la herramienta pierde eficacia: se queda en el ámbito de lo reglamentario.

Hidalgo ha iniciado el proceso de diagnóstico de su proceso de envejecimiento. Hasta el año de 2005 la entidad contaba con una población mayoritariamente joven, ya que el 58% tenía

menos de 30 años. Sin embargo, la dinámica natural del crecimiento poblacional aunado a las migraciones (se van los jóvenes y se quedan los adultos aparejado el fenómeno de que ya es común la inmigración “de retiro”, es decir de ancianos) están orientando a la ciudad hacia un paulatino y acelerado envejecimiento de su población. La problemática para los próximos años es que las autoridades de la zona no se han planteado una estrategia de planeación gerontológica que incluya variables de planeación espacial y no espacial de la ciudad.

El envejecimiento impacta directamente en los servicios de salud. Aunque es notoria una preocupación de las autoridades sanitarias por mejorar la atención, aún actúan sobre variables que les son rentables políticamente: la percepción del habitante sobre el trato digno, lo cual en el contexto de las condiciones políticas del Estado ya es un avance. Sin embargo siguen predominando problemas referidos a la calidad real o técnica: el desabasto de medicamento, los prolongados tiempos de espera, los costos de la atención (agravados por una población abierta con escasos ingresos para sortear los precios del seguro popular), los excesivos pacientes por jornada para los médicos y la escasa promoción de la participación ciudadana.

Contrasta con estos resultados la percepción de la población respecto a su salud personal, la cual la consideran buena, y la buena percepción acerca del servicio que se brinda en el Hospital General de la SSAH del Pachuca. La percepción no es engañosa: en el Hospital General se hace un esfuerzo importante por cumplir con las normas de calidad, atender la población y llegar a los estándares acordados con el Aval Ciudadano. Sin embargo, esta es una exigencia para las instituciones que apoyan población abierta. Población que ante la desprotección total que le han dado las políticas públicas estatales y federales, se siente agradecida con el esfuerzo hecho por la SSAH o la Cruz Roja. Para las instituciones que trabajan bajo el sistema de seguridad social, la situación es otra: no sólo son las instituciones que cuentan con mayores quejas ante la CONAMED, también son las que reportan menos información sobre variables de calidad a la Secretaría de Salud.

Todo ello nos habla de que en la medida en que se tenga un sistema de salud dividido, de derechohabientes y no derechohabientes (aunque la constitución consagre el derecho a la salud), de que sea el factor económico o el empleo un criterio para gozar los servicios públicos, mientras siga esto decíamos, será difícil seguir hablando de que se tiene un real acceso a la ciudad y a sus beneficios.

En la situación actual de una verdadera afronta a la dimensión pública de la ciudad, el defender la calidad de los servicios públicos se convierte en un factor estratégico a fin de preservar los presupuestos dedicados a ellos así como para darle a la ciudadanía un papel más protagónico en la gobernabilidad. La salud juega un importante papel en todos los órdenes de la vida social. En este sentido, los sistemas de salud tienen una dimensión asistencial pero también un aspecto económico y político fundamental. Vistos bajo esta perspectiva, los sistemas de salud son concebidos como la respuesta social organizada a las necesidades de la población. Esta respuesta se financia con fondos públicos y comúnmente la abandera el Estado Nación a través de sus secretarías de atención sanitaria. Seguramente por lo costoso que actualmente resulta la atención a la salud en la mayoría de los países, en las discusiones internacionales hay cada vez más una tendencia a evaluar resultados o impactos específicos. También existe la tendencia a evaluar patrones de utilización correcta de los servicios, tratando de identificar la sobreutilización o la infrautilización.

Así, la calidad, su definición y medición, se convierte en un punto de inflexión en las políticas públicas. Y, en la discusión global de si priorizar la calidad objetiva o percibida, los gobiernos han optado por ver en la percepción de la calidad un factor determinante. Por ello, la fundamentación de la teoría de la calidad del servicio descansa en la calidad del producto (en nuestro caso la atención técnica, los medicamentos etc.) y en la literatura de la satisfacción del cliente.

5.2.4 *Calidad percibida, calidad urbana y Servicios Públicos: lineamientos para una Agenda de Investigación*

El paradigma de la calidad de vida y de la lógica político económica de los servicios públicos ya está en camino de tener un reconocimiento, si bien no de plena autonomía disciplinar, seguramente sí de plena relevancia inter y transdisciplinar, convirtiéndose en parte importante de una renovada y dinámica reflexión teórica y normativa (Camagni 2005).

Sin embargo, no se puede afirmar lo mismo por lo que concierne al ámbito más específico de aplicación del mismo paradigma a otros ámbitos: la calidad urbana, la calidad percibida en servicios públicos de salud, de educación, de limpia o de transporte no es una temática abiertamente tratada por la investigación académica sobre la ciudad. Al parecer, han sido un obstáculo hasta hoy, no sólo un desinterés por el tema sino también, tanto algunas cuestiones no resueltas – definatorias, metodológicas y epistemológicas – en el interior del paradigma más general, como algunas especificidades de casos urbanos que no se han tenido suficientemente en cuenta ni se han ponderado.

Una agenda de investigación sobre la calidad percibida y servicios públicos debe comenzar por una explícita reflexión sobre la precisión de la *dimensión cultural de la calidad* en correlación con la *dimensión cultural de los procesos urbanos*. Ubicar la calidad como una variable cultural, implica concebir al urbanismo como una ciencia social con ligas directas con la geografía social, la sociología, la antropología y la ciencia política. Al respecto, abrir líneas de reflexión sobre el urbanismo cultural (y sus derivaciones en cultura política, cultura organizacional, cultura de la habitabilidad) puede ser de mucha ayuda para desarrollar investigaciones cualitativas en el ámbito de la percepción y la subjetividad del habitante de las ciudades. Así, la calidad tiene un componente abiertamente cultural tanto de los usuarios como de los proveedores y de las organizaciones que brindan el servicio. Una veta de investigación importante sería el enfoque sociocultural de la oferta y utilización del servicio público.

También es necesario estudiar la calidad percibida del servicio público abocándose a analizar comparativamente territorios e instituciones específicas. Ello toda vez que las culturas urbanas se pueden materializar en instituciones y organizaciones puntuales. Avanzar en estos estudios implica proponer una definición que pueda constituir la base para sucesivas investigaciones empíricas y para nuevos desarrollos teóricos, y debe explorar métodos, estrategias y contenidos para posibles políticas urbanas que se enfrenten de forma explícita al problema de la calidad percibida de los servicios públicos en las ciudades.

En muchos aspectos, no se trata tanto de establecer nuevos conceptos, sino de utilizar de forma coherente conceptos existentes o de criticar un uso impropio de los mismos; en otros casos, se tratará sobre todo de integrar entre sí principios teóricos, interpretativos y normativos, por lo general aplicados a contextos específicos, lejanos y abstractos; y en otros, en fin, más escasos, propondremos nuestro punto de vista personal y nuestras conceptualizaciones.

Ahora bien, afrontar el tema de la calidad y su relación con los servicios públicos en la ciudad, se presenta como un proyecto relevante desde el mismo punto de vista de una reproducción social sostenible. Las ciudades, constituyen ahora ya en los países desarrollados, las mayores concentraciones de actividades económicas y residenciales y encierran la cuota cuantitativamente mayor de dichas actividades; son en consecuencia, los lugares donde se reproduce la mayor parte de la población. A esta reproducción, los servicios públicos (y tal vez en especial los de salud) coadyuvan de manera estratégica.

Otro punto esencial de esta agenda de investigación es el estudio de la liga básica o natural de una participación ciudadana originada en los servicios públicos de la ciudad. Probablemente la ciudadanización de la política y la gobernabilidad encuentren en la ciudadanía en salud, la ciudadanía en educación, la ciudadanía en limpia, y tantas ciudadanías como servicios hay, una luz al final del túnel.

Como es ampliamente sabido, al menos esta tesis así lo ha mostrado, con el concepto de calidad de servicios públicos se ha querido lanzar un proyecto político-económico-cultural de amplio alcance capaz de hacer coherentes las exigencias de salud pública con las exigencias del desarrollo económico desde un punto de vista de largo plazo y en un contexto de austeridad. En tal sentido, nos parece interesante ahondar en el fenómeno de la calidad urbana como parte de los intentos de la reestructuración de la economía de la ciudad.

Junto con la oleada de reducción de los espacios públicos se encuentra un ataque a los espacios peatonales como aquellos que no rentabilizan los territorios. Las ciudades hechas para carros valorizan el suelo y lo convierten en mercancía para los comerciantes inmobiliarios y las compañías urbanizadoras. Las investigaciones que pueden surgir de estos fenómenos son por un lado aquellas que enfatizan en la movilidad del peatón o el uso de táxis.

Para finalizar, reivindicamos como veta esencial de esta agenda el enfoque, no sólo socioespacial sino más ampliamente, de urbanización sociocultural¹, el cual puede dar un aliento de frescura a futuras investigaciones: la crisis de las ciudades es también la crisis de sus interpretaciones.

¹ Se entiende por urbanización sociocultural al “ conjunto de efectos culturales que genera el espacio urbano en la sociedad que lo habita; entendiendo que es lo urbano del espacio (su ser, naturaleza, carácter y características) lo que incorpora la sociedad como lugar de su “experiencia urbana” , lo que la hace sociedad urbana (la urbaniza), es el espacio que modela sus formas de vida, la territorializa y le brinda una adscripción (identidad) urbana particular que opera a distinta escala y bajo diversas modalidades sociales y culturales. (Tena 2007)

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta Juan Pablo (2000) **Evaluación de la calidad de atención en servicios de salud a través de la satisfacción del cliente** Tesis UNAM Escuela de Estudios Superiores Iztacala, México.
- Aglietta, Michael (1976) **Régulation et crise du capitalisme** Calman-Levy, Paris, France.
- Aguilar, Adrián Guillermo (Coord.) (2004) **Procesos metropolitanos y grandes ciudades. Dinámicas recientes en México y otros países** UNAM-CONACYT-CRIM- Cámara de Diputados; México D.F.
- Aguilar Navarro, Sara Gloria, et al (2007) **Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores** Revista de Salud Publica México 49:256-262.
- Aguirre-Gas Héctor, Gerardo (2008) **Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica** Mediagraphic Artemisa, EU (en <http://www.mediagraphic.com/español/e-htms/e-circir/e-cc2008/e-cc08-2/em-cc082.htm-2k>)
- Aguirre Gas, Héctor Gerardo (2002) **Calidad de la atención médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo** Serie de estudios No. 54 Conferencia interamericana de Seguridad Social ed. Noriega 3ª. edición, México .
- AHLA (2008) **Health Plan tiering arrangements : a new paradigm** Documento de Teleconferencia de la American Health Lawyers Associations, Washintong, EU (en <http://www.crowell.com/document/health-Plan-Tiering-Arrangement-Floring-Sherman.pdf>)
- Ajzen Fishbein, M, (1975) **Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research**. Reading: Addison-Wesley, USA.
- Albarrán Carrera, Dinora (2005) **La construcción social de la calidad** en Andrés Gutiérrez Márquez (compilador) **Calidad en organizaciones mexicanas. Reflexiones y casos de Análisis**. Universidad de Occidente, Sinaloa, México. (En http://www.maztlan.udo.mx/investigaciones/CALIDAD_EN_ORGANIZACIONES_MEXICANAS.pdf)
- Alderoqui, S. y Penchansky, P. (2002) **Ciudad y Ciudadanos. Aportes para la enseñanza del mundo urbano**. Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- Almaguer, José Alejandro (2007) **Modelos interculturales de servicios de salud** en Revista de Salud Pública de México/ vol. 49 edición especial, XII Congreso de Investigación en salud pública.México. Disponible en redalyc.auamex.mx/pdf/106/10649040/pdf
- Almanza, Mayra Silvia (2010) **Geografía de la vejez. El análisis socioespacial de la gerontología**. Revista de la Facultad de Arquitectura, No. 2 año / 18 de febrero de 2010, Universidad Autónoma de Nuevo León.

- Alonso Estrada, Jorge (1998) **La espacialidad social en el estudio de la industrialización: estructuras sin escalas; territorios sin sujetos** Rev. Región y Sociedad, vol. 9 No. 15, México.
- Altvater Elmar y Birget Mahnkopf (2008) **La globalización de la inseguridad. Trabajo negro, dinero sucio y política informal.** Ed. Paidós, Entornos 4, Buenos Aires, Argentina.
- Andereck William S. et al (2007) **Ethics as an integral element of quality of care: the practical applications of the staff ethics survey.** EU (disponible en <http://www.cpmc.org/service/ethics/pubs/EthicsAndQuality.pdf>)
- Anderson, Gerard y Chalkidou Kalipso (2008) **¿Más es mejor?** *Journal of the American Medical Association.* Facultad de salud pública Bloomberg de la Johns Hopkins University, EU.
- Anigstein María Sol (2008) **Participación Comunitaria en Salud: Reflexiones sobre las posibilidades de democratización del sector** *Rev Mad. N° 19, Septiembre de 2008. pp. 77-88* , Universidad de Chile. Programa Domeyko Salud, proyecto “Calidad de vida y Adulto Mayor”, Santiago de Chile
- Anoto Ab (2008) **Creating a new health care paradigm one pen at a time** International Hospital Federation References Book, USA (en <http://www.ihf-fih.org/pdf/77-8%20Anoto%20Group%20AB%202pp%20Editorial.pdf>)
- Antill (1994) **Método de la ruta crítica y su aplicación a la construcción** Ed. Limusa, México
- Arcelay et al (2009) **Adaptación de un modelo de gestión de calidad total al sector sanitario** Revista calidad asistencial (Modelo EFQM), Barcelona, España (en <http://www.secalidad.org/revista/monográficas/15-3/original%209pdf>)
- Ardilas Serra, Adriana (2006) **Caracterización de la calidad percibida de la prestación de servicios de salud según los usuarios de UNISALUD. Investigación cualitativa con perspectiva etnográfica.** Tesis de maestría en Salud Pública Universidad nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública, Bogotá
- Ardón Centeno Nelson (2003) **Sistema para el monitoreo de la calidad de la atención en salud por indicadores en los hospitales de I,II,III nivel de atención.** Pontificia Universidad javeriana; Facultad de ciencias económicas y administrativas, posgrados en administración de salud y seguridad social, facultad de enfermería Bogotá, Colombia.
- Arizmendi, Luis y Julio Boltvinik (2007) **Mundialización de la pobreza, autodeterminación y desarrollo** Revista Mundo Siglo XXI, No. 29, IPN-CIECAS, México D.F.
- Arjonilla Alday Sofía e Irene Parada Toro (2005) **Reforma del sector salud y las condiciones de acceso, utilización y calidad de la atención en México: la percepción de los proveedores de servicios de salud** en González González Norma y Alicia Tinoco (coord.) **Salud y Sociedad: sus métodos cualitativos de investigación** Universidad Autónoma del Estado de México, vol. III, Toluca , México.

- A-Regional (2009) **Estado de Hidalgo. Monografía** Revista Electrónica, mayo 2009, México. Disponible en www.aregional.com/doc/pdf/hidalgo.pdf
- Arnold, Sharon B. (2007) **Improving quality health care. The role of consumer engagement** . USA (en <http://www.academyhealth.org/issues/ConsumerEngagement.pdf>)
- Arriaga Bueno, Reyna y Alma Victoria Valdés Dávila (2009) **La población de la tercera edad en México. Políticas de atención perspectivas y retos**. En Ribeiro Ferreira, Manuel y Sandra Mancinas Espinoza (coords.) (2009) **Textos y contextos del envejecimiento en México** ed. Plaza y Valdés, México.
- Arriagada, Camilo (2000). **Pobreza en América Latina: nuevos escenarios y desafíos de políticas para el hábitat urbano**. Santiago de Chile: CEPAL, ISBN 92-1-321659-9.
- Arroyave Loaiza, Gilma et al (1994) **Análisis de sensibilidad en los proyectos de inversión en salud** Revista Salud Pública de México, mayo junio, año/vol. 36,número 003 Instituto de Salud Pública, Cuernavaca, México pp. 318-327
- Avila Baray, Héctor Luis (2006) **Introducción a la metodología de la investigación** Cd. Cuauhtemoc, Chihuahua, México
- Azqueta Diego y Luis A. Escobar (2004) **Calidad de vida urbana** Universidad de Alcalá de Henares, España Revista Economías No. 57 3er trimestre (<http://www.biblioteca.universianet/fecha.do?id=2984927-32k>)
- Bacallao et al (2007) **Dos temas polémicos en el contexto de la medición de desigualdades en salud**. Revista Cubana de Salud Pública, la Habana, Cuba.
- Baigorri, Artemio (1995) **Del urbanismo multidisciplinario a la urbanística transdisciplinaria** Rev. Ciudad y Territorio/estudios territoriales, nº104, 1995, pp. 315-328. Madrid España. Disponible en www.wisis.ufg.edu.sv/www.wisis/documentos/M0/M000161.html - 84k -
- Ballesteros, Víctor M. (1992) **La evolución urbana de Pachuca hasta 1910**. *Apuntes Hidalguenses*, 1992, año 1, núm. 3, p. 5-18.
- Barquin Calderón, Manuel (1992) **Sociomedicina** Ed. UNAM y Méndez Editores, México.
- Barquera y Tolentino (2005) **Geografía de las enfermedades asociadas con la nutrición en México** Revista Mexicana de salud Pública 1998, vol 37 México DF
- Barr A. Donald et al (2005) **Listening the patients: cultural and linguistic barriers to health care access** Rev. Clinical Research and Methods, vol. 37, No. 3, USA (<http://www.Stfm.org/fmhub/fm2005/Donald199.pdf>)
- Bazant, Jean (2004) **Asentamientos irregulares. Guía de soluciones urbanas** Ed. Trillas, México.

- Beck, Ulrich (2006) **La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad** Ed. Paidós, Barcelona España.
- Berger, Peter y Lukmann P. (2006) **La construcción social de la realidad**. Ed. Siglo XXI, México
- Berry, Brian (1976) **Urbanization and Counterurbanization**, Urban Affairs Review; vol. 11, pp. 17-30 USA
- Bethell, Christina PhD, et al (2004) **Measuring and Interpreting Health Care Quality Across Culturally-Diverse Populations: A Focus on Consumer-Reported Indicators of Health Care Quality** California, USA
- Berhane Freihwot et al (2005) **Adolescent' health service utilization patterns and preferences: consultation for reproductive health problems and mental stress are less likely** Ethiop.J.Health Devp., Addis Abbeba Etiopía pp. 29-37 (<http://www.ejd.urb.no/ejhd19-no1/29.Adolescents%20health%20service%20utilizaation%20pattern>)
- Bertolotto , Fernando (1997) **Un espacio de trabajo político y social revalorizado** Revista Ciudades No. 33 Enero-Marzo de 1997, Red Nacional de investigación Urbana, CUAP, Puebla, México.
- Betancourt, Joseph R. et al (2002) **Cultural competence in health care: emerging in frameworks and practical approach** Field Report of Commonwealth Fund, USA (en http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Betancourt_culturalcompetence_576.pdf?section=4039)
- Bethell et al (2003) **Measuring and interpreting health care quality across culturally diverse population. A focus on consumer. Reported indicators of health care** California University USA
- Bhatti, Ayaz M. (2005) **Geographical patterns of access and utilization of basic health unit in district Atook** Union Council Gali Jagir, Thesil Fateh Jang, Pakistan (<http://www.lumhs.edu.pk/jlumhs/vol04No02/pdfs/v4n2oa>)
- Bijarro Hernández, Francisco y Susana Virginia Mendiola Infante (2005) **La vejez: una discriminación múltiple**. Centro de Investigación Social-Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México
- Björnberg, Arne (2005) **The great healthcare paradigm shift. Building the largest service industry in society**, USA en (www.healthpowerhouse.com/media/ParadigmShift.pdf)
- Blanco, Gil José y Sáenz Zapata (2005) **Espacio urbano y salud**. Universidad de Guadalajara, colección Medicina Social, México.
- Blanco Gil y Olivia López (2003) **Salud y Población en México** Rev. Salud problema Nueva época /Salud Problema /Año 8 num. 14-15/junio-diciembre 2003, México D.F.

- Bleda García, José María (2005) **Calidad percibida por los pacientes atendidos en las consultas externas de un complejo hospitalario universitario** Facultad de sociología, Universidad de Castilla-La Mancha
- Bohem, Frederick (2005) **Corrupción y captura en la regulación de los servicios públicos** Revista de Economía Institucional, volumen 7, No. 13, segundo trimestre 2005, pp. 245-263, México D.F.
- Bonet I. Martí, Jordi (2006) **La vulnerabilidad relacional: análisis del fenómeno y pautas de intervención** REDES, Revista para el análisis de las redes sociales, vol. 11, Núm. 4 Diciembre 2006, España.
- Booske Bridget et al (2000) **How should we measure health-related quality of life in Wisconsin** Wisconsin University, USA (en http://www.pophealth.wisc.edu.edu/UWPH/publications/brief-reports/brief_report_v01n01.pdf)
- Borja, Jordi y Manuel Castells (2000) **Local y global. La gestión de las ciudades en la era de la información.** Ed. Taurus, México.
- Borja, Jordi (2005) **La ciudad conquistada.** Alianza Editorial, Madrid, España.
- Boulet D'information (2005) **Question d'économie de la santé.** Paris, Francia. Disponible en www.irdes.fr/EspaceRecherche/QesSommaire/html
- Bourdieu Pierre et al (1985) **El oficio de sociólogo.** Ed. Siglo XXI, México
- Bousquat Aylene et al (2008) **Utilization of the family health program in metropolitan region: an approach methodological** Revista Saúde Pública 42 (5) Sao Paulo , Brasil (Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/en_6481.pdf)
- Boyer, R. (1986): **La théorie de la régulation. Une analyse critique.** Ed. La Découverte, París
- Branchet-Márquez (Coord.) (2007) **Salud pública y regímenes de pensiones en la era neoliberal. Argentina, Brasil, Chile y México 1980-2000** Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio de México y FCE, México D.F.
- Breilh, Jaime (1989) **Epidemiología, Economía, Medicina y Política** ed. Fontamara, D.F. México.
- Brown Phil (2003) **Qualitative Methods in Environmental Health Research** Department of Sociology, Brown University, Providence, Rhode Island, USA. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1241726
- Bruce J. (1990) **Fundamental elements of quality care: a simple framework** Studies in Family Planning, 21 No. 2, march-April 1990 USA.
- Bruce Stafford, Sandra Reyes,1 Peter Beaman (2004) *Servicios de salud para los adultos mayores en Inglaterra* En Onofre Muñoz et al (2004) **La salud del adulto mayor.** Temas y debates ed. IMSS-CISS, México

- Brunner, Jerome (1986) **Actual mind, possible worlds** Harvard University Press, Cambridge Mass.
- Bryant Toba (2005) **Toward a new paradigm for research on urban women's health** Centre For Research inner City Health, St. Michel's Hospital, Toronto Canadá (en <http://www.tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/4747/1/Bryant.pdf>)
- Busso Fernández, Nélica (2004) **Los eventos adversos y la calidad de atención. Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos.** Fundación Avedís Donabedian de Argentina; Arch.argent.pediatr 2004; 102(5) / Pediatría sanitaria y social. Buenos Aires Argentina.
- Cabrera et al (2008) **Validación de un Instrumento para Medir Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales de Colombia.** Revista de Salud Pública No. 10 (3): 443-451, México. Disponible en www.scielo.org/pdf/rsap/v10n3/v10n3a09.pdf
- Cabrera Arana et al (2008) **Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales del Programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia.** Rev. Salud Pública. 10 (4):593-G, Colombia.
- Cabrero García et al (2005) **Validez de constructo (problemas metodológicos)** Revista de Salud Pública No. 15: 120-124, México. Disponible en www.scielo.org/pdf/rsap/v10n3/v10n3a09.pdf
- Calafell, Enrique (1988) *Los servicios públicos* en **Jurídica. Anuario del Departamento de Derecho de la Universidad Iberoamericana** 1988-1989, Número 19, Año 1988, México. Disponible en www.juridicas.unam.mx/publica/rev/indice.htm?r=jurid&n=19
- Calderón, Carlos (2002) **Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud : apuntes para un debate necesario** Revista Española de Salud Pública Rev. Esp. Salud Publica vol.76 no.5 Madrid Oct. 2002 Centro de Salud de Alza. San Sebastián
- Calderón Ortíz, Gilberto (2002) **Estado, gobernabilidad y administración pública.** Ed. Gernika, México
- California Telemedicine & e-Health Center (2006) **A Glossary of Telemedicine and eHealth** CTEC, California EU (en http://www.cteconline.org/document/ctec_glossary.pdf)
- Calvo Fernández, Sergio (2007) **Factores determinantes de la calidad percibida: influencia en la decisión de compra** Tesis doctoral Universidad crm~lly, Madrid facultad de Ciencias, España
- Camagni, Roberto (2005) **Economía Urbana** Antoni Bosch editor, Barcelona, España.
- Caminal Josefina (2001) **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 2001;16:276-279 Universidad Autónoma de Barcelona, España.

- Camposortega Cruz (1997) **Población, bienestar y territorio en el Estado de Hidalgo, 1960-1990.** Universidad del Estado de Hidalgo, Col. Raíces Hidalguenses; Pachuca,Hgo., México
- Capella, M. Gali, M. Jiménez, A. Sans (1995) **Audit de calidad asistencial percibida: ¿estoy bien atendido?** Documento interno,Equipo médico, Equipo de Enfermería. Hospital General de Manresa.Colombia
- Carbonell Tarregrosa et al (2004) **Técnica cualitativa en la mejora de la satisfacción de urgencias** Rev. Emergencias, vol. 15, No. 5, Madrid España. Disponible en www.semes.org/emergencias49/sumario.htm
- Carracedo, Élide (2000) **Utilización de un servicio de salud, accesibilidad y adherencia** CACEA UNR, Colombia (en <http://www.ciesas.edu.mx/lerin/doc-pdf>)
- Castro Soto, Gustavo (2005) **Privatización de la salud. El engaño del seguro popular** Revista de Sociología No. 15 pp. 10-20 Universidad Autónoma de Chiapas, México.
- Castro V. María del Carmen (2004) **Cruzada nacional por la calidad en salud: una mirada sociológica** Revista Región y Sociedad Vol. XVI, No. 30, México.
- CCC (1975) **Método del camino crítico** ed. Diana, Catalyc Construction Company
- Cerroni, Umberto (2007) **Marx, el Derecho y el Estado** Ed. Oikos Tau, Madrid España.
- CESOP (2005) **Programa Seguro Popular** Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, Cámara de Diputados, México.
- CEMA (2008) **Medición de satisfacción en servicios turísticos** Revista de Negocios, No. 34 Vol. 43 Cali, Colombia
- Chávez, Ana María (2004) *La región central de México en transición. Tendencias económicas y migratorias a finales de milenio* en Adrián Aguilar (Coordinador) **Procesos metropolitanos y grandes ciudades: dinámicas recientes en México y otros países**, H. Cámara de Diputados, XIX Legislatura/UNAM/Conacyt México.
- Chombart de Lowe, Paul Henry (19762) **Hombres y ciudades** Ed. Labor, Barcelona, España
- Cienfuegos Salgado, David y Luis Rodríguez Lozano (Coords.) (2003) **Actualidad de los servicios públicos en México** Ed. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México D.F. Disponible en www.bibliojuridica.org/libros/libro.htm?l=2654
- Coe, Rodney M. (1979) **Sociology of Medicine.** Mcgraw Hill, Inc, New York.
- Cohen Ernesto y Rolando Franco (2006) **Evaluación de proyectos sociales** Ed. Siglo XXI, México.

- Colin Davies et al (2008) **National service framework for quality improvement for NHS funded library service in England** (servicio bibliotecario...) (en <http://www.library.nhs.uk/aboutnlh/review-55k>)
- COFM (2001) **El sistema sanitario en los Estados Unidos**. Colegio de farmacéuticos de Madrid, ed. El Dossier, Madrid España.
- CONAPO (2001) **La población en México en el Nuevo Siglo** ed. Consejo Nacional de Población, México.
- CONAPO (2000) **Proyecciones Poblacionales por localidades**. Ed. CONAPO, México. Documento disponible en versión electrónica en [www. Conapo.gob](http://www.conapo.gob.mx)
- CONAPO (2005) **Proyecciones Poblacionales por localidades**. Ed. CONAPO, México. Documento disponible en versión electrónica en [www. Conapo.gob](http://www.conapo.gob.mx)
- CONAPO (2009) **Proyecciones Poblacionales por localidades**. Ed. CONAPO, México. Documento disponible en versión electrónica en [www. Conapo.gob](http://www.conapo.gob.mx)
- CONEVAL (2007) **Índices de pobreza y marginación por entidad federativa: el Estado de Hidalgo**, Comisión Nacional para la Evaluación de las Políticas Públicas, México.
- Contel Segura, J.C. (2002) **La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida** *Rev. Atención Primaria* 2002. 15 de mayo. 29 (8): 502-506 Art. 47050. Barcelona España.
- Contreras Landgrave Georgina y Carolina Tetelboin (2006) **Riesgos y características del Seguro Popular de Salud y sus efectos en los Centros de Salud Comunitarios de la Secretaría de salud del Estado de México**. V Congreso Nacional AMET, UAM-I, México. Disponible en www.iztapalapa.uam.mx/amet/vcongreso/webamet/.../Contrerassm16.pdf.
- Córdova, Arnaldo (1980) **Sociedad y Estado en el mundo moderno** Ed. UNAM, México
- Corella Calatayud, José Manuel et al (2007) **Control de calidad como referente de la cualidad asistencial** , *Revista Enfermería Integral* No. 77, marzo 2007 pp. 29-31 Valencia, España (Disponible en <http://www.efervalencia.org/ei/77/articulos-cientificos/7.pdf>)
- Coulomb René (1991) *La participación popular en la provisión de los servicios urbanos. ¿Estrategias de sobrevivencia o prácticas autogestionarias?* En Martha Schteingart y Luciano D'Andrea (compiladores) **Servicios urbanos, gestión local y medio ambiente** El Colegio de México y CE.R.FE. México.
- Daltabuilt et al (2000) **Calidad de vida y ambiente**, CRIM, México.
- D'Angelo, Jorge Isaac y Ricardo Blanco (2004) *La salud en la tercera edad: la experiencia en Argentina* En Onofre Muñoz et al (2004) **La salud del adulto mayor**. Temas y debates ed. IMSS-CISS, México

- Davies Huw (2006) **Measuring and reporting of quality of health care: issues and evidence from the international research literature** NHS, Quality Improvement Scotland, Escocia (en <http://www.nhshealthquality.org/nhsqis/files/Davies%20Paper.pdf>)
- Delgado Gallego et al (2005) **Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes, una visión cualitativa** Revista Española de salud Pública
- De la Rosa Hernández, (2005) *Cultura y calidad en las organizaciones públicas* en Andrés Gutiérrez Márquez (compilador) **Calidad en organizaciones mexicanas. Reflexiones y casos de Análisis.** Universidad de Occidente, Sinaloa, México. (en http://www.maztlan.udo.mx/investigaciones/CALIDAD_EN_ORGANIZACIONES_MEXICANAS.pdf)
- Delgado, Juan Manuel y Juan Gutiérrez (Coords.)(2007) **Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales** Ed. Síntesis, Madrid, España.
- Del Llano, Juan (2000a) *La salud y la atención sanitaria* en Álvaro Hidalgo Vera **Economía de la salud** ed. Pirámide Madrid España
- Del Llano, Juan (2000b) *Innovaciones organizativas y clínicas en Sanidad* en Álvaro Hidalgo Vera **Economía de la salud** ed. Pirámide Madrid España
- Demon Jos (2007) **Historia, Salud y Globalización** Reseña, Revista Íconos No. 27, pp. 169-178 Lima , Perú
- Dillard, Dudley (1981) **The economics of John Maynard Keynes** Prentice-all inc New York
- Donabedian, Avedís (1997) **The definition of quality and approaches to its assesement** The Regent of University of Michigan, USA.
- Donabedian Avedís (2000) **Evaluating physician competence** en Revista Perspectivas, México.
- Donabedian Avedís (2005) **Evaluating the quality of medical care** The Millbank Quaterly vol. 38 No. 4 pp. 691-729, USA.
- Duguit, Leon (1990) **La transformación del derecho público** ed. Española, Buenos Aires, Argentina.
- Duhau, Emilio y Ángela Giglia (2008) **Las reglas del desorden: habitar la metrópoli** ed. Siglo XXI y UAM Azcapotzalco, México D.F.
- Eco Umberto (2005) **Cómo hacer una tesis de Doctorado** Ed. Gedisa
- Echeverría, Bolivar (2001) **La definición de la cultura** ed. Itaca-UNAM, México.
- Eibenshultz, Catalina y Eugenia Vilar (2007) *Políticas sanitarias. Historia, situación actual y propuestas de cambio* en José Luis Calva (Coord.) **Derechos y Políticas Sociales**, Colección Agenda para el desarrollo Vol. 12, ed. Porrúa, UNAM , Cámara de Diputados, México.

- Eldar, Reuben (2003) **Avedís Donabedian. An introduction to quality assurance in health care** Oxford University Press (en http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342000000600015&script=sci_arttext-19k).
- Enciso González, Jesús (2007) **Dimensiones de la salud como problema urbano. Un caso: el Valle de Chalco**. Tesis de maestría en Urbanismop, UNAM, México
- Enciso González, Jesús (2010) **Historias de vida de ancianos y servicios de salud. Notas de campo**. Departamento de sociología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México
- Engelhardt, Tristram H. (1995) **The foundations of bioethics**, Oxford university Press, Nueva York.
- Estenoz Carrasco, Natalia (2007) *La importancia de la salud en la determinación y cuantificación de la pobreza* en González y González, Norma (Coordinadora) **Pobreza y salud en el Estado de México**, Coedición Porrúa-UAEM-CEMAPEM, 2007, México.
- Fajardo Ortíz Guillermo (2003) **La medicina social en México. Organismos y servicios (1930-2004)** Ed. UNAM, México.
- Fernández Mançano Bernardo (2008) **Movimientos socioterritoriales y movimientos socioespaciales. Contribución teórica para una lectura geográfica de los movimientos sociales** Universidade Estadual Paulista – UNESP Brasil ed. Del Conselho Latino – Americano de Ciências Sociais – CLACSO. Sao Paulo Brasil. Disponible en www.landaction.org/.../Movimientos-socioterritoriales-y-movimientos-socioespaciales.pdf
- Fernández Castrillo Beatriz (2007) **El método de Juan Samaja: Comentarios sobre Investigación Social** *Revista Salud Problema* Segunda época / Año 1 / número 1/ enero- junio de 2007 /número 2/ julio-diciembre 2007
- Fernández Busso, Nélide (2004) **Los eventos adversos y la calidad de la atención . Estrategias para mejorar la seguridad de los paciente pediátricos**. USA (En http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2004/archo4_5/A5.402-410.BUSSO.pdf)
- Fiscella, M.D. (2003) **Assesing health care quality for minority and other disparity populations**, USA (en <Http://www.ahrq.gov/qual/qdisprep.pdf>)
- Fishman, Robert (2006) **China S.A.** Ed. Debate, México.
- Flisat y Roqueña (2000) **Servicios de urgencias: indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria** *Rev. De Salud Pública*, enero-febrero de 2000 México (en <http://www.gencat.net/salud/depsan/unit/aatrm/pdf/br0101es.pdf>)
- Fornas Calviño, Manuel (2002) **El efecto de los factores demográficos sobre la demanda hospitalaria: perspectivas**. Universidad de Valencia, Valencia, España. Disponible en dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=293436

- Foundation for Accountability (2003) **Measuring and interpreting health care quality across culturally-diverse population: a focus on consumer-reported indicators of health care quality**, California, USA (Disponible en http://www.markle.org/resources/facct/doclibfiles/documentFile_592.pdf)
- Franco A. (2003) **Globalizar la salud** Gaceta Sanitaria, 17 (2) : 157-163 Departamento de Salud Pública, Universidad de Alicante, España. Disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112003000200011&lng=es&nrm=iso.ISSN 0213-9111.
- Freeman, Phyllis et al (1995) **Health system in an era of globalization ed.** Institute of Medicine, Washington, USA,
- Frenk Julio (2007) **Globalización y la nueva salud pública** Revista de Salud Pública de México vol.49 No. 2 marzo abril, México.
- Frenk Julio y Octavio Gómez Dantés (2007) **La globalización y la nueva salud pública** Rev. Salud Pública de México, vol.49,no.2, marzo abril de 2007, Cuernavaca, Morelos, México
- Frenk Julio (2003) **La salud de la población. Hacia una nueva salud pública** Col. La ciencia para todos No.133 ed. SEP y FCE, México.
- Frenk Julio y Fernando Chacón (1991) **Bases conceptuales de la nueva salud internacional** Revista salud Pública de México, julio-agosto, año/vol.33, número 004, INSP, Cuernavaca, México pp. 307-313. Disponible en Redalyc.
- Fresco, Louise O. (2006) **Nouveau paradigme: la qualité** Boulettin de Nouveaux affaires en santé París, Francia (en <http://www.fao.org/Ag/fr/magazine/0601sp1.htm>)
- Friedman, Milton y Rose Friedman (1988) **Libertad de elegir** ed. Orbis, Barcelona, España.
- Fuentes Rosas, Esteban et al (2002a) **Trato adecuado en México y diferencias estatales e institucionales** en secretaría de Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño. México D.F. (en <http://www.dged.salud.gob.mx/interior/publi/publica.htm-32k>)
- Fuentes Rosas, Esteban et al (2002b) **Propuesta metodológica para la construcción de un índice de Trato** en secretaría de Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño, México D.F. (en <http://www.dged.salud.gob.mx/interior/publi/publica.htm-32k>)
- Galbraith, John K. (1980) **El nuevo estado industrial** ed. Planeta, Madrid España
- Galeano Humberto (2003) **Nivel de satisfacción en Enfermería** Revista de Salud y Población, Valle de Chalco, julio. México
- Galván Marcos et al (2008) **Estado de nutrición menores de cinco años y sus madres en el Estado de Hidalgo (Encuesta de nutrición de Hidalgo 2003)** Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca, Hgo., México.

- García Córdoba Fernando (2005) **La investigación tecnológica** ed. Limusa AMMICI A.C. México
- García-Ortiz, Luis et al (2008) **Los ciclos de mejora de calidad en la atención al paciente hipertenso: Ciclo-Risk Study**. *Rev. Esp. Salud Pública* [online]. 2008, vol.82, n.1, pp. 57-68. ISSN 1135-5727.
- García Viveros Mariano y Salas Mercado Karina (Coords.) (2007) **Hacia un milenio sin hambre con educación, salud y justicia** Coed. FCE, SS, FMS e INSP, México.
- Garrocho Rangel, Carlos (1995) **Análisis socioespacial de los servicios de salud. Accesibilidad, utilización y calidad**. Tesis Doctoral, Gobierno del Estado de México y El Colegio Mexiquense, Toluca, México.
- Garrocho Rangel, Carlos y Juan Campos (2005) **La población adulta mayor en el área metropolitana de Toluca 1990-2000** Papeles de Población, julio-septiembre, no. 045, p. 71-106, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.
- Garrocho Rangel, Carlos y Juan Campos (2005) **Accesibilidad geográfica de los servicios de salud Pública para la población mayor de 65 años en el área metropolitana de Toluca** (Documento en fotocopia y sin referencia)
- Garrocho Rangel, Carlos (1998) **Sistemas de Información geográfica en la geografía médica** *Rev. Economía, Sociedad y Territorio*, vol. 1 núm.3, p. 597-618.
- Garza Gustavo (Coord.) (2006) **La organización espacial del sector servicios en México** El Colegio de México, México, D.F.
- Gazzoti, Hebe (2006) **La marginalidad de la vejez. Un recorte de la marginalidad urbana contemporánea**. Instituto Nacional Superior del Profesorado Joaquín V. González y Universidad de Buenos Aires. Disponible en file://C:\SciELO\serial\gl\v8n3\body\art_04.htm
- Gea et al (2002) **Opinión de los usuarios sobre calidad del servicio de urgencias del centro médico quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves** Lima, Perú (en <http://www.secalidad.org/revista/articulos/2001enero/6articulos.pdf>)
- Geertz, Clifford (1981) **La interpretación de las culturas**. Gedisa Editorial, Madrid
- Gil Montes (2002) **Ciencias sociales y sus vínculos con la ciencia medicina** Ed. Oveja negra, Colombia
- Gimeno Juan A. et al (2005) **Economía de la salud: fundamentos** Ed. Díaz de Santos, España.
- Giner, Salvador (Coord.) (2003) **Teoría sociológica moderna**. Ed. Ariel Sociología, Barcelona España.

- Gobierno del Distrito Federal (2003) **Participación ciudadana... ¿para qué? hacia una política de participación ciudadana en el gobierno federal** Comisión Intersecretarial para la transparencia y el combate a la corrupción, México D.F. disponible en www.cdi.gob.mx/.../participacion_ciudadana_para%20que.pdf
- Gobierno de Perú (2008) **Tercera encuesta de satisfacción de consultorios externos en el hospital del Huacho**. Informe del Ministerio de Salud del Huacho Perú. Junio agosto Disponible en [www. hdhuacho.gob.pe/.../ENCUESTA CONSULTORIOS EXTERNOS 2008.pdf](http://www.hdhuacho.gob.pe/.../ENCUESTA_CONSULTORIOS_EXTERNOS_2008.pdf)
- Godelier Maurice (1980) **La antropología en todos los campos** Revista Nueva Antropología, vol. IV No. 13-14, México.
- Golany, Gideon (1985) **New Town Planning: principles and practice** John Wiley & Sons, Inc, New York USA.
- Gómez Dantés Héctor, José Luis Vázquez, Sonia Fernández Cantón (2004) *La salud de los adultos mayores en el Instituto Mexicano del Seguro Social* en Onofre Muñoz et al (2004) **La salud del adulto mayor**. Temas y debates ed. IMSS-CISS, México.
- Gómez, Miguel Ángel y Ma. Teresa Ruiz (2008) **México: servicios públicos médicos de atención a población abierta: El caso del Hospital General Manuel Gea González** CMD Working Paper #08-05i The Center for Migration and Development, Princeton University, USA.
- Gómez Lucena, África (2008) **Consolidar el tejido social a través de la participación comunitaria en salud** Rev. Médica en el Centro de Salud «La Ventilla». Área 5. Madrid 21 y Salud 2000 , N° 116. Abril 2008
- González González, Norma (2005) *Salud y tecnología Médica. Una aproximación a la importancia sociocultural de la investigación en salud* en González González Norma y Alicia Tinoco (coord.) **Salud y Sociedad: sus métodos cualitativos de investigación** Universidad Autónoma del Estado de México, vol. III, Toluca , México.
- González, Luis (2005) *De la múltiple utilización de la historia* en Carlos Pereyra et al **Historia para qué** ed. Siglo XXI, México D.F.
- González Pérez, Jesús M. (2007) **Metropolización, fragmentación da cidade e urbanización da pobreza no estado de Hidalgo (México)** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- González Pérez Ubaldo (2002) **Concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud** Revista cubana de salud pública, jul-dic vol. 28 No. 2, la Habana, Cuba.
- Graizbord Boris (1999) **Planeación urbana y participación social**, Economía, Sociedad y Territorio, vol II, núm. 5 pp. 149-161, México.
- Granados Alcántara, José Aurelio (2006) **Las corrientes migratorias en las ciudades contiguas a la Zona Metropolitana de la Ciudad de México: el caso de la aglomeración urbana de**

Pachuca Estudios Demográficos y Urbanos, vol. 22, núm. 3 (66), pp. 619-649; El Colegio de México, D.F. México

Granados Alcantar, José Aurelio (2010) **Los nuevos residentes de Pachuca. Análisis de la migración y características de los migrantes en la aglomeración urbana de Pachuca** Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca Hgo., Méx.

Granado de la Orden, Susana et al (2007) **Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de un hospital de Madrid en 2006** Revista Española de salud Pública, noviembre diciembre, año/vol 81,número 006, Madrid España . Disponible en redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?...

Green Judith y Nicki Thorogood (2004) **Qualitative methods fors health research** - Medical Rev. 33: 262 pág., USA, Disponible en books.google.com.mx/books?isbn=076194771X

Grossman, G. y Helpman, E. (1994) **Innovation and Growth in the global economy** MIT Press, Cambridge, England.

Grupo de Investigación en Rehabilitación e Integración Social de la persona con discapacidad (2005) **Estudio de caso de la participación social en salud en los municipios de la provincia de Gualivá (cundinamarca)** Facultad de Rehabilitacion y Desarrollo Humano, Universidad del Rosario. Argentina.

Guaresti, Juan José (1954) *Los Servicios Públicos*, Revista la Ley, Noviembre, T. 76 en Calafell, Enrique (1988) **Jurídica. Anuario del Departamento de Derecho de la Universidad Iberoamericana** 1988-1989,Número 19,Año 1988, México. Disponible en www.juridicas.unam.mx/publica/rev/indice.htm?r=jurid&n=19

Guarisma Álvarez (2008) **Educación la percepción** Revista Iberoamericana de Educación ISSN: 1681-5653 n.º 46/2 – 10 de mayo de 2008 EDITA: Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI), Universidad Bicentennial de Aragua, Venezuela

Guerrero, Omar (2002) **La administración pública del estado capitalista** ed. Fontamara, México D.F.

Guillén Romo Héctor (2005) **México frente a la mundialización neoliberal** Ed. Era, 2005, México D.F.

Guthrie, William (1995) **La filosofía de los griegos** ed. FCE, México.

Gutiérrez Márquez (2005) *Calidad: acepción, discurso y realidad* en Andrés Gutiérrez Márquez (compilador) **Calidad en organizaciones mexicanas. Reflexiones y casos de Análisis.** Universidad de Occidente, Sinaloa, México. (En http://www.maztlan.uo.mx/investigaciones/CALIDAD_EN_ORGANIZACIONES_MEXICANAS.pdf)

- Gutiérrez Márquez (2003) **Procesos de calidad y transmisión de conocimiento en las organizaciones del sector turístico (caso de estudio: empresa hotelera de Mazatlán, México)** Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, Tesis de Doctorado, México.
- Habermas, Jurgen (2000) **La ciencia y la técnica como ideología.** Ed. Tecnos, Madrid, España
- Haddad Quiñonez Jorge (1974) **Servicios de Salud en la República Popular China** Revista Médica de Honduras, vol. 24 , Tegucigalpa, Honduras.
- Ham Chande Roberto (2007) **El envejecimiento en México, el siguiente reto en la transición demográfica.** Ed. Porrúa- CEMAPEM, México.
- Haro Encinas, Jesús Armando (2000) *Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud* Capítulo 6 del libro de E. Perdiguero y J.M.^a Comelles, eds., **Medicina y cultura.** Estudios entre la antropología y la medicina, Bellatera, Barcelona,
- Harvey, David (2004) **El Nuevo Imperialismo** Akal Ediciones, Madrid, España
- Harvey David (1979) **Social justice and the city** Edward Arnold (publishers), itd, London.
- HAS (2008) **Une méthode d'amélioration de la santé. Maitrise statistique des procesus en santé** Journal, Paris , Francia (en http://www.has-sante.fr/portail/jemsc_268570/maitrise-statistique-des-processus-en-santebrochure)
- Hayek, Friederich (2009) **The Road to Serfdom.** Chicago U.P., Chicago, USA.
- Health & Safety Executive (2001) **A guide to measuring health & safety performance, USA** (Disponible en <http://www.hse.gov.uk/opsunit/performance.pdf>.)
- Health Institut (2005) **Health care renewal in Canada: measuring up?** http://www.healthcouncilcanada.ca/en/index.php?option=com_content&task=view&id=136&itemid=115-27k
- Heller, Peter (2006) **¿Está preparada?** Rev. Finanzas y Desarrollo, FMI, edición de septiembre, pp. 18-22 Washington, EU.
- Hernández Aja Agustín (1994) **Análisis de los estándares de calidad urbana en el planeamiento de las ciudades españolas** Cuadernos de Investigación urbanística, Escuela Técnica de Planeamiento Superior de Arquitectura de Madrid, España, en <http://www.aq.upm.es/Departamentos/urbanismo/public/ciu/num/ciu-11.html-10k>
- Hernández Ávila et al (2002) **Cobertura geográfica del sistema mexicano de salud y análisis espacial de la utilización de hospitales generales de la Secretaría de Salud en 1998** Salud Publica en México 2002;44:519-532. México, DF. Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>
- Hernández L. H, Navarro RFP, Robledo GH, Romero PTG (2007) **Encuesta de satisfacción en pacientes externos de cinco servicios de un Hospital General** . Revista del Instituto

Nacional de Enfermería Resp. Mex. 2007; 20 (4): 265-273 México. Disponible en medigraphic.com/espanol/.../e-in2007/e-in07-4/em-in074f.htm –

Hernández Maestro, Rosa María et al (2004) **Una propuesta general de análisis de la calidad y la satisfacción en el turismo rural español**. Departamento de Administración y Economía de la Empresa, Universidad de Salamanca. España. Disponible en www.bicgalicia.es/documentos/noticias/doc02_070607.pdf

Hernández Meca, Ma. Encarnación et al (2005) **Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: Objetivo de calidad asistencial en enfermería** Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica v.8 n.2 Madrid abr.-jun. 2005. España. Disponible en scielo.isciii.es/pdf/nefro/v8n2/art01.pdf

Hernández Sampieri y colbs.(2005) **Metodología de la Investigación** ed. McGraw hill, México.

Hernández-Torres Jinneth et al (2008) **Evaluación inicial del seguro popular sobre el gasto catastrófico en salud en México** Revista de Salud Pública 18, volumen 10 (1), febrero 2008, México.

Hesselgren Sven (1975) *Man's perception of man-made environment* Royal Institut of technology, Estocolmo, Suecia.

Hevia de la Jara Felipe (2006) **La contraloría social mexicana: participación ciudadana para la rendición de cuentas. diagnóstico actualizado a 2004** Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS); Instituto de Investigaciones Histórico-Sociales, Universidad Veracruzana, México.

Hidalgo, Álvaro et al (2000) **Economía de la salud**, Ed. Pirámide, España.

Hollahan (1996) **Psicología ambiental**, ed. Limusa, México

INEGI (2004) **Encuesta Sociodemográfica del Envejecimiento en Hidalgo** Gobierno del Estado de Hidalgo, México.

INEGI (2005) **Anuario Estadístico del Estado de Hidalgo** tomos I y II. Gobierno del Estado de Hidalgo, México.

INEGI (2007) **Encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares (ENIGH) 2006**. Dirección General de Estadística, SEGOB, México.

INSP (2006) **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa. Hidalgo** INSP/SS México.

Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) (2002). *Envejecer en España: II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Abril 2002*. Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, En En Onofre Muñoz et al (2004) **La salud del adulto mayor**. Temas y debates ed. IMSS-CISS, México

- Isaac García, Jesús Fernando (2008) **Neoliberalismo, economía y su impacto en la administración pública, privada y social** Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. Disponible en www.eumed.net/libros/2008/371
- ISO (1995) **International vocabulary of basic and general terms in metrology**. Ed. ISSO Suiza.
- Jadad, Alejandro R. (2005) **Calidad de la información sobre salud: ¿estamos preparados para el futuro? Are we ready to face the future?** Revista de calidad Asistencial No. 43 año XXX, Madrid, España.
- Jiménez Paneque (2004) **Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. una mirada actual** *Revista Cubana de Salud Pública*, Vol. 30, Núm. 1, enero-marzo, 2004, pp. 17-36 Sociedad Cubana de Administración de Salud. La Habana Cuba. Disponible en redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=21430104
- Johnson, Michael (2001) **The evolution and future of national customer satisfaction index model**, *Journal of Economy Psychology* No. 22, pp. 217-245, USA.
- Jurado Jurado, Juan Carlos (2005) **Ciudad educadora: aproximaciones conceptuales y contextuales** *Revista Iberoamericana de Educación*, Universidad EAFIT, OEI, Madrid, España. Disponible en www.rieoei.org/deloslectores/495Jurado.PDF
- Katz Alison (2008) **“La Nueva salud global”**. **La Reversión de lógica, historia y principios** *Revista Medicina Social*, vol. 3, numero 1, México.
- Kano, Noriaki (2000) **Kano model of customer satisfaction**. Rika Universidad de Tokio, Tokio, Japón.
- Keynes, J.M. (1983) **The general theory of employment, interest and Money** Harcourt, New York, USA.
- Killingsworth, Richard et al (2003) **Building a new paradigm: improving public health through transportation** Technical Conference and Exhibit, Held march 23-26 Fort, Lauderdale, FL, USA (en <http://www.ite.org/memberson/y/itejournal/pdf/2003/JB03FA03FA28pdf>)
- Kickbusch, Ilona (2002) **Global Health: a definition**, Yale University USA ; disponible en www.ilonakickbusch.com/global-health/global-health.pdf
- Klein, Naomi (2007) **The Shock Doctrine**, Random House of Canada, Toronto.
- Knox, E.G. (1979) **Epidemiology in health care planning** Oxford University Press, Oxford, Inglaterra.
- Kuhn Thomas (2006) **The estructura of scientific revolutions** University of Chicago Press, Illinois, USA.

- Krueckeberg A. Donald y Arthur Silvers (1974) *Urban planning analysis: methods and models* John Wiley & Sons, Inc, New York, USA.
- Labasse, Jean (1980) **L'hôpital et la ville** Hermann éditeurs des sciences et des arts, Paris Francia
- Lara Cortés, Claudio (2005) **Liberalización y subordinación de los servicios públicos a la lógica del capital en los países del Cono Sur** Rev. La Economía Mundial y América Latina, CLACSO, Buenos Aires Argentina. Disponible en bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/.../reyno/ParteIII2.pdf
- Lázaro, Pablo (2006a) *Necesidad, adecuación y utilización de servicios sanitarios* en **Gestión clínica: desarrollo e instrumentos** Juan A. Gimeno et al ed. Díaz de Santos, Madrid España pp.51-94
- Lázaro, Pablo (2006b) *Estandarización de la práctica clínica* en **Gestión clínica: desarrollo e instrumentos** Juan A. Gimeno et al ed. Díaz de Santos, Madrid España pp.201-232
- Le Corbusier (1990) **Principios de urbanismo Carta de Atenas**. Ed. Planeta, España.
- Leva, Germán (2005) **Indicadores de calidad de vida urbana. Teoría y metodología** Universidad nacional de Quilmas, Buenos Aires, Argentina en http://www.ici.unq.edu.edu.ar/ici_archivo/CUGerman_Leva.pdf
- Lezama Miguel Ángel y Gladys Faba (1992) **La producción científica en salud en México**, Secretaría de salud, México.
- Lefebvre, Henri (1975) **El Derecho a la ciudad**. Ed. Península, Barcelona, España
- Lher ,Úrsula y Hans Thomae (2003) **Psicología de la senectud. Proceso y aprendizaje de envejecimiento**. Ed. Herder, España.
- Like, Robert C. (2004) **Cultural competency training: best and promising practices** Center for healthy families and diversity cultural Departement of family medicine, UMDNJ, Robert Wood Johnson Medical Scholl USA. (En http://fha.state.md.us/cancer/cancerplan/disparities_conf/Like_presentation.pdf)
- Limón Mendizábal y otros (2005) **Ciudad educadora y nuevos espacios de educación para la salud en las personas mayores** Revista Educación XX de la Universidad Complutense de Madrid.
- Lincoln Ivonna, S., (2003) **Conexiones afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud**. Revista Hidalguense de Salud Pública No. 23, Junio- Julio, México.
- Lindón, Alicia et al (Coords.) (2006) **Lugares e imaginarios en las metropolis** Ed. Anthopos y Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, División de Ciencias Sociales y Humanidades, D.F. México

- Linder-Pelz S. (1982) **Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses.** Soc Sci Med 1982;16:583-9. USA
- Lledó Rodríguez, Rafael (2000) **Satisfacción de los pacientes según diagnóstico motivo de ingreso: diferencias entre las expectativas previas al ingreso y la calidad percibida al alta.** Tesis Doctoral, Departamento de Salud Pública, Universidad de Barcelona, España. Disponible en biblioteca.universia.net/ficha.do?id=19992
- Loaiza Orozco M. Olga et al (2004) **Valoración económica del trabajo domestico un abordaje desde el valor agregado en preparación de alimentos, en el aseo de la ropa y de la casa** Tesis de Doctorado Presentada en la Universidad de Caldas, Colombia. Disponible en eumed.net
- Lomelí Vanegas Leonardo (2006) **La salud y la seguridad social** Revista Economía Informa FE-UNAM No. 343 noviembre diciembre, México.
- López Acuña, Daniel (1993) **La salud desigual en México** Ed. Siglo XXI; México D.F.
- López, Flor y Adrián G. Aguilar (2004) **Niveles de cobertura y accesibilidad de la infraestructura de los servicios de salud en la periferia metropolitana de la ciudad de México** Rev. Investigaciones Geográficas, UNAM, Abril, No. 053, pp. 185-209, México.
- López Olivares, Diego y Juan Bautista Ferreres Bonfill (2004) **Propuestas de desarrollo turístico integrado para un destino maduro de turismo de salud: Benassal**, Cuadernos de Turismo 2004, 13; pp. 27-49 Universidad Jaume I. Castellón de La Plana, España.
- López Pérez Sócrates (Coord.) (2009) **Diagnóstico sociodemográfico de la megalópolis del centro del país** Universidad Autónoma del estado de Hidalgo, Pachuca, Hgo., México.
- Lorenzo Monterrubio, Antonio (1994) **Evolución urbana de la ciudad de Pachuca.** Consejo Estatal para la Cultura y las Artes del Estado de Hidalgo, ISBN 968-6806-50-4.
- Lorenzo Mira, Susana (2002) **Técnica Delphi de investigación cualitativa** Revista Salud e Investigación, México Disponible en www.aecirujanos.es/secciones/gestiondecalidad/cap4.pdf
- Lorenzo Mira, Susana (2001) **Coordinación social y sanitaria en la asistencia a los ancianos: ojo, que la mayoría llegaremos** Revista Salud e Investigación, México. Disponible en <http://www.secalidad.org/revista/editoriales/Editorial2.pdf>
- Luce, John M. et al (1994) **A brief history of health care quality assessment and improvement in the united states.** USA (en <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fegi?artid 1022402 pdf>.)
- Luna Mata, Marco Antonio (2009) **Percepción y tendencia del voto: una mirada psicosocial al ciudadano desde las encuestas. Estudio de caso: Tecámac Estado de México** Quinto Congreso Nacional de Investigación Social, 26 y 27 de noviembre de 2009. Universidad Autónoma de Hidalgo., Pachuca de Soto, México.

- Luppi I, Boggio G, Hachuel L. (2005) *Estudio de desigualdades en salud desde una perspectiva socioespacial mediante análisis de niveles múltiples*. Actas VI. Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. U.B.A. Buenos Aires, julio 2005.
- Mancusi, Mariana (2009) **Antropología social: aportaciones y reflexiones desde América Latina** Ed. Docencia, México.
- Mandel, Ernest (1980) **Late capitalism**. New Left books, Londres, Inglaterra.
- Mant Jonathan (2001) **Process versus outcomes indicators in the assesement of quality of health care** International Journal for Quality in Health Care, Volumen 13, No. 6 pags. 475-480. USA
 Disponible en <http://www.ingentaconnect.com/content/oup/intqhc/2001/00000013/00000006/ort00425>
- Márquez Gómez, Daniel (2009) *Peatonabilidad, accesibilidad o caminabilidad y la legislación del Distrito Federal en materia urbana y de vialidad en Régimen jurídico del urbanismo. Memoria del Primer Congreso de Derecho Administrativo Mexicano*. Texto electrónico disponible en www.bibliojuridica.org/libros/6/2735/28.pdf
- Martín Araujo, Juan Carlos (2003) **Opinión de los usuarios sobre la atención prestada en un Centro Ambulatorio de Atención a Drogodependientes** Rev. Adicciones, 2003 • vol.15 núm. 4 • págs. 341-350 Secretaría Técnica de drogodependencias. Servicio extremeño de salud. Consejería de sanidad y consumo. Junta de Extremadura. España.
- Martínez, David (2004) *La protección social de las personas mayores en España: hacia un modelo de atención sanitaria de las personas mayores dependientes* En Onofre Muñoz et al (2004) **La salud del adulto mayor**. Temas y debates ed. IMSS-CISS, México.
- Martínez Palomo (1995) *A perspective from Mexico. Research from improving health. Mexico's history and future* en **Health systems in an era of the globalization**. Encuentro internacional México
- Martínez López Miguel (2008) **Laberintos y laboratorios de participación urbana: una aventura de investigación social comparativa y dialéctica** Facultad de Ciencias de la Educación. Campus de Ourense. Universidade de Vigo, España
- Marx, Karl (1987) **Contribución a la Crítica de la Economía Política** Ed. Quinto Sol, 6ª. Ed. México
- Marx, Karl (1984) **Elementos fundamentales para la crítica de la economía política (Grundrisse) 1857-1858** Tomo II, ed. Siglo XXI México
- Massoud et al (2008) **A modern paradigm for improving health care quality** USAID Quality assurance, USA (en <http://www.nationalqualitycenter.org/download-resource.cfm?fileID=16656>)

- Mattke Soeren et al (2006) **Health care quality indicators project initial indicators report** OCDE health working papers No. 22 en <http://www.fiordiliji.sourceoecd.org/rpsv/cgi-bin/wppdf?file=519t19p99tmv.pdf>
- Mattik, Paul (1981) **Marx and Keynes**. Porter Sargent Publisher, Boston, Mass, USA.
- M.C. Martín, et al (2008) **Indicadores de calidad en el enfermo crítico** Revista Medicina Intensiva. ;32(1):23-32, Fundación Avedis Donabedian. E.U.
- Mcllellan, Mark y Staigler Douglas (1999) **The quality of health care providers**. National Boureau of Economic Research, Working papers 7327, USA (en <http://www.nber.org/paper/w7327>)
- Mcglyn (1997) **Society and health** Press, England
- Mclure, Walter (1986) **Measuring quality in health care and in education** Center for Policy Studies, EU (en http://www.educationevolving.org/pdf/Measuring_quality.pdf)
- Meillasoux Claude (1985) **Mujeres, graneros y capitales. Economía doméstica y capitalismo** Ed. Siglo XXI, México.
- Méndez Ramírez Oswaldo y Araceli Aparicio Briseño (2009) *Programa de atención al adulto mayor en Nuevo León: un proyecto vigente y una evaluación pendiente* en Ribeiro Ferreira, Manuel y Sandra Mancinas Espinoza (coords.) (2009) **Textos y contextos del envejecimiento en México** ed. Plaza y Valdés, México.
- Mercado Domenech, Serafín et al (1995) **Habitabilidad de la vivienda urbana**, Facultad de Psicología, UNAM, México
- Mesías Rosendo y Alejandro Suárez Pareyón (2002) **Los centros vivos. Alternativas de hábitat en los centros antiguos de América Latina** Ed. del programa CYTED, La Habana-Ciudad de México.
- Mira J. Joaquín (2001) **La revolución silenciosa** Revista Calidad Asistencial, 162-163 Universidad Miguel Hernández de Eiche. Alicante España.
- Mira J. Joaquín et al (2001) **La satisfacción del paciente quirúrgico** Revista Cir Esp Universidad Miguel Hernández de Eiche. Alicante España.
- Mitchell, William J. (2001) **E-topia “Urban life, Jim-but not as we know it”** Massachusetts Institute of Technology, USA
- Moctezuma Barragán, Gonzalo (2002) **Derechos de los usuarios de los servicios de salud**, UNAM-Cámara de Diputados LVIII Legislatura, México.
- Molina Rodríguez, Juan Francisco et al (2006) **Utilización de los servicios de salud en México** Revista Salud en Tabasco, enero abril, año/vol. 12, no. 001 pp. 427-432, Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, Villahermosa, México.

- Molina Salazar, Raúl E. (2007) *Financiamiento y acceso a la salud en México: políticas alternativas* en José Luis Calva (Coordinador) **Derechos y Políticas Sociales**. Serie Agenda para el Desarrollo, Ed. Porrúa, UNAM, Vol. 12, México.
- Montano (1995) **Iniciación al método del camino crítico** Ed. Norma, México
- Montes de Oca, Verónica (2003) **El envejecimiento en el debate mundial: reflexión académica y política** Papeles de población, enero-marzo no. 35, universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México, pp 79-104.
- Montes Avilés, Verónica (2009) *El adulto mayor en situación de pobreza y vulnerabilidad en el área metropolitana de la Ciudad de Monterrey: retos para la política pública* en Ribeiro Ferreira, Manuel y Sandra Mancinas Espinoza (coords.) (2009) **Textos y contextos del envejecimiento en México** ed. Plaza y Valdés, México.
- Mora Martínez, José Ramón (2004) **Evaluación de la calidad percibida de un programa de Formación continuada por metodología SERVQUAL SERVQUAL-FOR** Revista Científica de Enfermería (Nure Investigación No. 2, febrero 2004) Escuela Nacional de Sanidad , Instituto de Salud Carlos III, Madrid España. Disponible en www.fuden.es/proyectos_detalle.cfm?ID_INV_NURE=24&...
- Morales Asencio et al (2007) **Diseño y validación de instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: SATISFAD** . Gaceta Sanitaria.Málaga, España 2007;21(2):106-13 Disponible en www.scielosp.org/pdf/gsv21n2/original3.pdf
- Mosquera, Janeth et al (2009) **La experiencia de participación ciudadana en el control social a la gestión en salud en Cali, Colombia** Rev. Colombia Médica Vol. 40 N° 1, 2009 (Enero-Marzo) Cali, Colombia.
- MREJ (Ministerio de Relaciones Exteriores de Japón) (2007) **Asistencia social. Ayuda a los ancianos, los jóvenes y los discapacitados**. Ficha Informativa sobre Japón, pp. 1-4, Tokio.
- Munch Lourdes (2006) **Estilos de gestión** Ed. Trillas, México.
- Muñoz Cano, Juan Manuel y Maldonado Salazar T. (2005) **Desarrollo de competencias para seguridad del paciente** Revista Horizonte Sanitario vol. 4 n° 3 septiembre-diciembre 2005, Tabasco, México.
- NIC (National Intelligence Council) (2008) **Strategic Implications of Global Health** National Intelligence Officer for Economic Issues, with the collaboration of CIA, DIA/National Center for Medical Intelligence, and the National Counter proliferation Center, USA.
- Nicholas Mays, Catherine Pope (2000) **Qualitative research in health care Assessing quality in qualitative research** bmj volume 320 1 january 2000, USA. Disponible en www.bmj.com

- NCOVHS (National Committee on Vital and Health Statistics) (2004) **Measuring health care quality: obstacles and opportunities** USA. Disponible en <http://www.nvhs.hhs.gov/040531rp.pdf>
- Nifle Roger (2008) **Changement de paradigms** Journal París, Francia (Disponible en http://wwwjournalcoherences.com/auteur.php?id_auteur=1-118k)
- Nigenda Gustavo (2005) **El seguro popular de salud en México Desarrollo y retos para el futuro** Nota Técnica de Salud No. 2/2005 Abril 2005 Banco Interamericano de Desarrollo Departamento de Desarrollo Sostenible División de Programas de Desarrollo Social. México
- Nigenda Gustavo (2007) *La protección de la salud en México. El caso del Seguro Popular* en García Viveros Mariano y Salas mercado Karina (Coords.) (2007) **Hacia un milenio sin hambre con educación, salud y justicia** Coed. FCE, SS, FMS e INSP, México.
- Nigenda Gustavo et al (2007b) **La atención de los enfermos y discapacitados en el hogar. Retos para el sistema de salud mexicano** Revista Salud Publica Mex 2007;49:286-294, México.
- Nigenda Gustavo et al (2002) **Modelos alternativos de atención a la salud: utilización y disponibilidad en la Ciudad de México. Informe Final.** Coedición del Centro de Análisis Social y Económico en Salud, de la Fundación Mexicana para la Salud. y del Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. México.
- Nigo González et al (2008) **Calidad de la atención médica desde la perspectiva del usuario externo, en el Instituto Nacional de Pediatría** Instituto nacional de Pediatría, Secretaría de Salud, México. Disponible en www.pediatría.gob.mx/sgc/encue.pdf
- North, Douglass C. (1990). **Institutions, Institutional Change and Economic Performance.** New York: Cambridge University Press, EEUU.
- NSF (National Service Frameworks) (2003). **Informe** Department of Health. Londres, Inglaterra, Disponible en: <http://www.doh.gov.uk/nsf/index.htm>.
- Observatorio de Equidad de Género en Salud (2006) **Participación ciudadana en salud: proceso de cambios en desarrollo? Una aproximación diagnóstica en la región metropolitana 2006** Revista de Ciudadanía en Salud, No. 54, Monterrey, México.
- O'Connors, James (1978) **La crisis fiscal del Estado.** Ed. Península, España.
- OECD (2006) **Health care quality indicators project. Initial indicators report . USA** (en <http://www.oecd.org/dataoecd/1/34/36262514.pdf>)
- OEI y RICYT del Programa CYTED (2003) **Resultados de la encuesta de percepción pública sobre la ciencia en Argentina , Brasil Uruguay y España,** Número 5 / Enero - Abril 2003 Documentos Proyecto Iberoamericano de Indicadores de Percepción Pública, Cultura Científica y Participación Ciudadana, México.

- Oliver RL. (1980) **A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions.** J Marketing Res 1980;42:460-9, New York, USA.
- Olivier Esteve, Palacio Lapuente et al (2003) **La expectativa de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo.** Rev. Atención Primaria no. 31 (5); págs.. 307-314 México. Disponible en www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&articuloid=13045712 - 53k
- OMS (2008a) **Subsanar las desigualdades en una generación.¿Es posible?** Documento de la Reunión Internacional en Toronto, Canadá. Universidad de Toronto.
- OMS (2008b) **Our cities, our health, our future. Acting on social determinants for health equity in urban setting** Reporte para la Comisión de Salud, EU, (en http://www.who.or.jp/knusp/KNUS_final_report.pdf)
- OMS (1998) **Metodología para el Seguimiento y la Evaluación de las Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe** Reunión internacional de Reformas por la salud Miami EU disponible en www.lachealthsys.org/index2.php?option=com_docman&task
- OMS (1984) **Atención primaria a la salud. La experiencia china. Informe de un Seminario interregional,** Oficina de Publicaciones de la Oficina Central, Ginebra, Suiza.
- OMS (2002) **Declaración de Toronto para la prevención del maltrato a las personas mayores.** Documento de la Reunión Internacional en Ontario, INPEA, Universidad de Toronto y Universidad de Ryerson, Toronto Canadá.
- OMS (2002b) **Informe sobre la salud en el mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana.** Ginebra, Suiza.
- OMS (2007a) **Ciudades Globales Amigables con los Adultos Mayores. Una guía.** Oficina Central, Ginebra, Suiza. Disponible en www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf
- OMS (2007b) **Lista de control de aspectos esenciales de las Ciudades Globales amigables con los adultos mayores**
- OMS (2007c) **La visión de la OMS/OPS frente a la salud urbana en las Américas. Hacia un marco conceptual de salud urbana y agenda para la acción en las Américas.** Primera Reunión del Foro Regional de Salud Urbana de la
- OMS (2008b) **Informe Final.** Comisión para los Determinantes Sociales de la Salud. Capítulo V, pp.177-247, Ginebra, Suiza.
- ONU (2002) **Plan de acción mundial de envejecimiento** Madrid 2002, disponible en www.eclac.org/celade/noticias/noticias/3/9803/PlanDeaccion2002.PDF
- OPHS (2001) **National standard for culturally and linguistically appropriate service in health care. Final Report** US Departement of Health and Human Service OPHS, Office of Minority Health , Washintong, D.C. EU (en <http://www.omhrc.gov/assets/pdf/cheked/finalreport.pdf>)

- OPS (1986) **Carta de Otawa sobre la promoción de la salud** Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Ottawa 21 de noviembre de 1986, Canadá. Disponible en www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf -
- OPS (2003) **Red Europea de Ciudades saludables. IV fase.** Centro de salud Urbana de la Oficina Regional Europea de la OMS, Copenhage Dinamarca, Disponible en www.famp.es/racs/otrasinf/IV%20FASE%20OMS.pdf
- OPS (1997) **Municipios y Ciudades saludables: un programa para la acción** Revista Ciudades No. 33 Enero-Marzo de 1997, Red Nacional de investigación Urbana, CUAP, Puebla, México.
- OPS (2007) **La salud internacional, una herramienta para la equidad** Memoria, evento realizado del 22 de octubre al 9 de noviembre de 2007; Ciudad del Rosario, Provincia de Santa Fé, República de Argentina.
- OPS (2007b) **Participación ciudadana en salud: ¿proceso de cambios en desarrollo? Una aproximación diagnóstica en la Región Metropolitana, 2006** , Serie Observatorio de Equidad de Género en Salud N° 4 Primera edición, febrero , Santiago de Chile.
- OPS (2000) **Canadá: perfil del sistema de servicios de salud** Informe del Programa de Organización y gestión de sistemas de salud; División de Desarrollo de Sistemas de salud. Otawa, Canadá.
- OPS (2007) Organización Panamericana de la Salud, 27-29 de noviembre 2007. Ciudad de México disponible en www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/fores/cap2.pdf
- Ordorica Mellado, Manuel (2007) *Ondas en la estructura por edad de la población: un bono o una pesadilla demográfica* en García Viveros Mariano y Karina Salas Mercado (Coordinadores) **Hacia un milenio sin hambre . Con educación, salud y justicia** Coedición de SS, FUNSALUD, INSP y FCE, México .
- Ornelas Delgado Jaime (2004) **Impacto de la globalización neoliberal en el ordenamiento urbano y territorial.** Papeles de población jul-sep, No. 041 UAEM, Toluca, México, pp. 141-166
- Ortíz Lazcano Assael et al (2008) **Compendio demográfico del Estado de Hidalgo 2007,** Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca, Hgo., México.
- Ortíz Lazcano Assael (Coord.) (2005) **Composición del desarrollo en el Estado de Hidalgo. Demografía ,etnicidad y pobreza** Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca, Hgo., México.
- Ortíz Lazcano, Assael y Danú Fabre Platas (2006) **Población y poblamiento en el Estado de Hidalgo** Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca, Hgo., México.

- Ortíz Lazcano, Assael (1999) **Información sociodemográfica, proyecciones de población y proyecciones derivadas para la región Hidalgo, Puebla y Tlaxcala, 1990-2030** Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca, Hgo., México.
- Ortíz Lazcano, Assael (2003) **Cincuenta años de divorcio en Hidalgo. Características y tendencias sociodemográficas, 1950-2000** Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca, Hgo., México.
- Ortiz Lazcano Asael (2004) **Características sociodemográficas del envejecimiento de la población en el Estado de Hidalgo, México.** Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Departamento de Demografía. México.
- Ortiz Moya, Roberto y Montero Rojas, Eiliana (2007) **Propuesta para la medición de la calidad de los servicios públicos en salud reproductiva, México 2003**, Población y Salud en Mesoamérica, Revista electrónica, vol.4, no.2 art.2, enero-junio 2007, universidad de Costa Rica, San José Costa Rica. (Disponible en <http://ccp.ucr.ac.cr./revista/>)
- Oseas Martínez, Teodoro y Elia Mercado (1992) **Manual de investigación urbana** ed. Trillas, México
- Oteo, Luis Ángel (2006) *Innovación y gestión del conocimiento: bases conceptuales e instrumentos en Gestión clínica: desarrollo e instrumentos* Juan A. Gimeno et al ed. Díaz de Santos, Madrid España pp. 233-378.
- Pacheco Ríos, Aaron et al (2001) **Utilización de los servicios de salud por población anciana** Revista de la Facultad de Medicina, UNAM Vol.44 No.6 Noviembre-Diciembre, 2001. México.
- Palacios Blanco José Luis y Delfino Vargas Chanes (2009) **Medición efectiva de la calidad. Innovaciones en México**, ed. Trillas México, 2009.
- Peiró, Salvador (2006a) *Medición y comparación de resultados en la práctica asistencial en Gestión clínica: desarrollo e instrumentos* Juan A. Gimeno et al ed. Díaz de Santos, Madrid España pp.51-94
- Peiró, Salvador (2006b) *Métodos de Medición de casuística y ajuste de severidad de riesgos en Gestión clínica: desarrollo e instrumentos* Juan A. Gimeno et al ed. Díaz de Santos, Madrid España pp.145-200
- Peralta Montesinos Jennifer (2006) **Rol de las expectativas en el juicio de satisfacción y calidad percibida del servicio** Revista electrónica REDALyC, México DF.
- Pigou, A. C.(1932), *The Economics Of Welfare*, 4ª edición, Londres, Macmillan
- Pinto Da Cunha, J. (1999) *La movilidad intrarregional en el contexto de los cambios migratorios en Brasil en el período 1970-1991: El caso de la Región metropolitana de Sao Paulo*, en Granados Alcantar, José Aurelio (2010) **Los nuevos residentes de Pachuca. Análisis de la**

migración y características de los migrantes en la aglomeración urbana de Pachuca
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca Hgo., Méx.

PNUD (2004) **Índice de desarrollo humano municipal en México**. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, México.

Pons M. Salamero et al (2006) **Evaluación de la calidad percibida en psiquiatría : estado actual**
Revista Calidad Asistencial No. 38 vol.4, México D.F.

Pose Porto, Héctor (2006) **La cultura en las ciudades** Ed. GRAO, España.

Presidencia Municipal de Pachuca (2006) **Plan Municipal de Desarrollo 2006-2009** Ayuntamiento de la Ciudad; Pachuca de Soto Hgo. México. Disponible en seplader.hidalgo.gob.mx/.../planes_municipales/REGION%20I%20PACHUCA/PACHUCA.pdf

Presidencia Municipal de Pachuca (2009) **Plan Municipal de Desarrollo 2009-2012** Ayuntamiento de la Ciudad; Pachuca de Soto Hgo. México. Disponible en www.imipachuca.org.mx/PMD.pdf

Presidencia Municipal de Pachuca (2006) **Ordenamiento Ecológico Territorial de la Región denominada Valle Pachuca-Tizayuca** Ayuntamiento de la Ciudad; Pachuca de Soto Hgo. México.

Prieto Rodríguez, M.^a Ángeles et al (2005) **La perspectiva de las cuidadoras informales sobre la atención domiciliaria. Un estudio cualitativo con ayuda de un programa informático**.
Revista medicina familiar No. 3, Guadalajara.

Puig Llobet, Monserrat (2009) **Cuidados y calidad de vida en Villafranca de Penedes: los mayores de 75 y más años atendidos por el servicio de atención domiciliaria y sus cuidadores familiares** Tesis Doctoral de Sociología, Departamento de Sociología y Análisis de Organizaciones, Universidad de Barcelona, España.

Puerta López-Cózar (2008) **A qué llamamos salud Internacional** Editorial de la Revista Clínica Médica familiar, Universidad Autónoma de Guadalajara, Guadalajara Jalisco, México. Disponible en

Ramírez Hernández (2005) **Satisfacción de pacientes en Alergología** Revista Calidad Asistencial No. 45, México.

Ramírez Sánchez (1998) **Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios**. Rev. Salud Pública de México / vol.40, no.1, enero-febrero de 1998. México. Texto electrónico Disponible en insp.mx/rsp/.../File/1998/V40N1/percepcion_de_la_calidad.pdf

Ramos Ramos et al (Comp.) (2002) **Arbitraje Médico: recurso para la calidad de la atención** Coedición del Gobierno del Estado de Jalisco, Comisión de Arbitraje Médico del Estado de

Jalisco, Secretaría de Salud Jalisco, Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico, A.C., Universidad de Guadalajara, Hospital Civil de Guadalajara; México 2002.

Ramos del Río Bertha (Comp.) (2008) **Emergencia del cuidado informal como sistema de salud** ed. UNAM y Porrúa, México.

Ramirez Fáunderz (2007) **La globalización, la competencia y el surgimiento de un nuevo paradigma de eficiencia** en Revista de la UAM-I num.5 pags. 23-27, México D.f..

Rapaille Clotaire (2007) **El código cultural** ed. Norma, México D.F.

Rawls John (1994) **A theory of justice**. The Bakmap Press, England.

Rayuela Vicente et al (2006) **Economía urbana y calidad de vida. Una revisión del estado de conocimiento en España**. Instituto de Economía aplicada, Documents de treball 23 pag. 12-15 España.

Redondo, Nélica (2003) *Servicios de salud de la seguridad social específicamente dirigidos a personas mayores. Análisis contrastado del PAMI argentino con el MEDICARE norteamericano* En En Onofre Muñoz et al (2004) **La salud del adulto mayor**. Temas y debates ed. IMSS-CISS, México.

Regazzoni, Carlos Javier (2007) **La política de la salud global: agenda, actores y perspectivas** Consejo Argentino para las relaciones Internacionales, CARI, Buenos Aires, Argentina.

Repullo Labrador et al (2006) **Salud pública y sostenibilidad de los sistemas públicos de salud** Revista Española de Salud Pública sep-oct año/vol 80 núm. 005 en www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/170/17080506.pdf

Retamal González, J. (2008) **Experiencia española de cuenca** Revista Geografía Médica Vol. 5 Barcelona, España.

Reyes Ortiz, Carlos y Prieto-Prieto, Raúl (2006) **Medicina basada en evidencia: un nuevo paradigma**, México (en www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2007/cma074b.pdf)

Reyes Gómez, Blanca Esthela et al (2004) **Satisfacción de la atención en la consulta general a usuarios mayores de 15 años**, Centro de Salud Flor del Campo, Julio, Tegucigalpa, Honduras.

Reyes, Sandra, Beaman Peter y Bruce Stafford (2004) *Servicios de salud para los adultos mayores en Inglaterra* En Onofre Muñoz et al (2004) **La salud del adulto mayor**. Temas y debates ed. IMSS-CISS, México.

Ribeiro Ferreira, Manuel y Sandra Mancinas Espinoza (coords.) (2009) **Textos y contextos del envejecimiento en México** ed. Plaza y Valdés, México.

- Rico Alba, Israel (2007) **Programa Nacional de Salud 2001-2006 y Aval ciudadano; Acciones de Participación Social en el Sistema de Salud para construir ciudadanía** Revista de Salud Pública Vol. Año/ pp. 123-135.
- Rivera Ríos, Miguel Ángel (2000) **México en la economía global. Tecnología, Espacio e Instituciones** ed. UNAM-UCLA-JUS, México
- Robles Silva, Leticia (2001) **El fenómeno de las cuidadoras: un efecto invisible del envejecimiento.** Estudios Demográficos y Urbanos, Colegio de México, México.
- Rodríguez María Paz (2006) *Calidad Asistencial: conceptos, dimensiones y desarrollo operativa* en Luis Gimeno A. **Gestión Clínica : desarrollo e instrumentos** ed. Díaz de Santos, Madrid España
- Rodríguez Orejuela, Augusto (2003) **Calidad en los servicios de salud en Colombia desde la perspectiva del consumidor: propuesta de construcción de una escala de medida.** Universidad del Valle, Cali Colombia . Disponible en www.scielo.org.co/pdf/cadm/v20n34/v20n34a11.pdf
- Rodríguez Rodríguez, Jair (1999) **Palimpsesto, ciudad educadora.** Universidad de Cali, Colombia. Libro electrónico disponible en www.eumed.net/libros/2007a/229/index.htm
- Rojas Moya, Jaime Luis (2003) **Gestión por procesos y atención al usuario en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud Nacional** Editado por eumed.net
- Rojas Soriano, Raúl (1985) **Capitalismo y enfermedad** Folios Ediciones, México D.F.
- Roldán Quiñones, Luis Fernando (2006) **Diccionario irreverente de la política mexicana** Ed. Grijalbo, México.
- Rolland, M. (1981) **Précis de Droit Administratif** Ed. Maspero, Paris, France
- Romero Salazar (2008) **Gerencia Pública: paradigma moderno para mejorar** Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa. Tesis de Doctorado, México.
- Roncayolo, Marcel (1988) **La Ciudad** ed. Paidós, Barcelona España.
- Rosique Cañas, José Antonio (2006) **Ciudad de México: La megalópolis ingobernable.** Ed. Épica; D.F. México.
- Ross et al (2000) **La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe** Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000 disponible en www.paho.org/spanish/dbi/es/ART-Ross.pdf
- Rubio Vidal y Reyes Santías (2007), **Calidad de vida y salud en poblaciones vulnerables.** Revista Investigaciones Políticas y Sociales, año/vol. 6 no. 002 Universidad de Santiago Compostela España

- Ruelas Enrique (1995) *A perspective from Mexico. Health care quality and efficiency* en **Health systems in an era of the globalization**. Publicación del IV Encuentro Internacional en salud, México.
- RWJF (Robert Wood Jonson Foundation) (2007) **Issue brief. Improving quality health care. The role of consumer engagement** , USA (en [http//...](http://...))
- Saforcada, Enrique et al (2010) **Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano** Ed. Paidós tramas sociales, buenos Aires, Argentina.
- Salazar, Clara E. y Catherine Paquette (2005) *Los Adultos mayores en un espacio urbano en proceso de regeneración: el caso del centro histórico de la ciudad de México* en Lezama et al, (2005) **Población, Ciudad y Medioambiente**, El Colegio de México, México D.F.
- Samuelson Paul, (2010) **Economía con aplicaciones a Latinoamérica** ed. McGraw Hill interamericana. México.
- Sánchez González, Diego (2007) **Envejecimiento demográfico urbano y sus repercusiones socioespaciales en México. Retos de la planeación gerontológica**. Revista de Geografía Norte Grande, Diciembre No. 038, pp. 45-61 Pontificia Universidad católica de Chile.Chile.
- Sánchez González, Diego (2007a) **Retos del desarrollo urbano, calidad de vida y envejecimiento demográfico en los municipios de México** Red de Estudios Municipales, Universidad Autónoma de Tamaulipas
- Sánchez Vázquez, Adolfo (1975) **Del socialismo científico al socialismo utópico** Ed. Era, México.
- San Martín, Javier (2007) **Percepción como interpretación** Rev. Investigaciones Fenomenológicas No. 6 Madrid España Disponible en www.uned.es/dpto_fim/invfen/InvFen6/2_javiersanmartin.pdf
- Santamaría Ulloa (2005) **Análisis socioespacial como herramienta para evaluar alarmas por cáncer** Revista Geografía Médica No. 10, Barcelona España Disponible en <http://www.ucr.ac.cr/personal/pdf/csantama.pdf>
- Santos Guerra, Miguel Ángel (2001) *La calidad, un concepto controvertido y manipulado* en Isabel Cantón (coordinadora) **La implantación de la calidad en los centros educativos. Una perspectiva aplicada y reflexiva** Ed. CCS, Madrid, España
- Saturno Hernández Pedro j. (1995) **Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios** Rcv. Española de Salud Pública 1995: 69: 163-175 no. 2-mano-abril 1995, Unidad docente de medicina preventiva y salud pública. facultad de medicina. Universidad de Murcia, España.
- Schroeder A. Steven (1995) *A perspective from the United States. Quality of care: trends, challenges and the integration with managed care* en **Health systems in an era of the globalization IV** Encuentro Internacional en Salud, México.

- Schteingart, Martha et al (2000) **Pobreza y condiciones de vida y salud en la ciudad de México** ed. El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, México.
- Schteingart, Martha y Dándrea Luciano (Comp.) (1991) **Servicios urbanos, gestión local y medio ambiente** El colegio de México y CE.R.FE México D.F.
- SCINCE (2005) **Sistema para la consulta de la información censal. Censo 2005** INEGI, Disco electrónico, México.
- Scott, John (2006) **Seguro Popular incidence analysis** Conferencia presentada en la Comisión Nacional de Protección Social en Salud el 13 de febrero de 2006 en la Unidad de Análisis Económico, SSA. México
- Secretaría de Salud (2006) **INDICA: Sistema nacional de Indicadores de calidad en Salud** Disponible en www.calidadensalud.gob.mx/consultas/UnidadesInst.asp
- Secretaría de Salud (2007a) **Manual para elaborar reportes del modelo de gestión de calidad para participar en el premio nacional de calidad de la Secretaría de Salud**, Ed. De la Subsecretaría de Innovación y Calidad (SICALIDAD) y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGECEs), México.
- Secretaría de Salud e INSP (2007) **Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2006. Resultados por entidad federativa : Hidalgo** Coed. SSA e INSP, Cuernavaca, México.
- Secretaría de Salud (2007 a) **Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud** Ed. SSA, México.
- Secretaría de Salud (2007b) **Núcleo de liderazgo en salud: innovando y formando líderes para la excelencia en los sistemas de salud** Folleto de trabajo de la Secretaría de Salud, México DF.
- SEMARNAT (2007) **Qué es la cooperación internacional**, Publicación electrónica disponible en www.semarnat.gob.mx/.../mecanismosdecooperaciontecnicaycientifica/.../inicio.aspx
- Semo, Enrique (1985) **Desarrollo del capitalismo en México** Ed. Era, México
- SICALIDAD (2001) **Documentos y Metodologías** Ediciones de la Secretaría de Salud, México D.F.
- Silva Aycaguer Luis Carlos y Meydis Macías Navarro (2002) **Una nota sobre el efecto psicologico producido por preguntas mal formuladas en encuestas sociomedicas** Nueva epoca /Salud Problema /Ano 7 num. 12-13 junio-diciembre 2002, La Habana, Cuba.
- Silva Yelitza (2005) **Calidad de los servicios privados de salud**. Revista de Ciencias sociales Universidad de Zulia Venezuela. Abril año vol XI no. 001, Venezuela

- Soberón Guillermo (1995) *Hacia una nueva salud internacional* en **Los sistemas de salud ante la globalización** Academia Nacional de Medicina, México e Instituto de Medicina EUA. México D.F.
- Soto, Eduardo (2001) **Comportamiento organizacional** Ed. Thomsom Learning, México
- Social Security Administration (2009) **Seguro Social- Medicare** www.segurosocial.gov
- Soria, Víctor (2007) **Estrategia de largo plazo para un desarrollo incluyente de la seguridad social** en **Derechos y Políticas Sociales**, Colección Agenda para el desarrollo Vol. 12, ed. Porrúa, UNAM , Cámara de Diputados, México.
- SSA e INEGI (2008) **Sistema Nacional de Encuestas nacionales de Salud** Dirección General de Información en Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, México.
- Stauskis, Gintaras (2005) **Optimization of urban models for developing healthcare network in Vilnius regional area** Dept. Urban Design, Vilnius Gediminas Technical University, USA (http://www.tpa.vgtu.lt/upload_zur/stauskis.pdf)
- Suárez Rubén y Claudia Pescetto (2005) **Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe** Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 17(5/6), Washington, EU.
- Suñol, R. y Bañeres, J. (2003) **Conceptos básicos sobre seguridad clínica** Centro de Investigación sobre Seguridad Clínica de los Pacientes, Fundación Avedis Donabedian Revista MAPFRE MEDICINA, 2003; vol. 14, n.º 4, en [http://www.sid.usal.es/idocs/F\(/ART8681/concepto.pdf](http://www.sid.usal.es/idocs/F(/ART8681/concepto.pdf))
- Tabladilla Z. Mark (1996) **Quality management climate assesement in health care** Universidad de Virginia, EU, Tesis de Doctorado en Filosofía de la Ingeniería Industrial
- Tamez González Silvia y Catalina Eibenschutz (2008) **El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud** Rev. Salud Pública. 10 sup (1): 133-145, 2008, México.
- Tarragona, Sonia (2005) **Japón: sistema de salud y mercado de medicamentos** Unidad de Investigación Estratégica en Salud. Ministerio de salud y Ambiente de la Nación. Madrid España.
- Tena Nuñez, Ricardo A. (2007) **Ciudad, Cultura y urbanización sociocultural. Conceptos y métodos de análisis urbano** Plaza y Valdés Editores, D.F. México.
- Thompson A, Suñol R. (1995) **Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence.** Quality assurance in health care 1995, 7; 2: 127-41, USA.
- Tinoco (2007) García, Alicia Margarita (2008) *Redes sociales de apoyo en procesos de dolor, enfermedad y muerte: una aproximación teórica y una mirada a experiencias en torno a una mujer paciente de oncología* en González Norma y Alicia Tinoco (coord.) **Salud y**

Sociedad: sus métodos cualitativos de investigación Universidad Autónoma del Estado de México, vol. III, Toluca, México.

Tombros Allison (2007) **Cultural competence: an international perspective** Revista Contraception no.75 pp.325-327 Washintong, EU. Disponible en <http://www.arhp.org/uploadDocs/journaleditorialmay2007.pdf>)

Torres Moraga et al (2008) **Propuesta de una escala para medir la calidad del servicio de los centros de atención secundaria** Facultad de Economía y Negocios de Chile. Disponible en http://www.scielo.br/cielo.php?script=sci_arttex&pid=S0034-76122008000400005&ing=ptnrm=15000-55k)

UNICEF (2000) **La participación está en juego.** Documento el encuentro Internacional Las ciudades y la salud. Nueva York, EU

Uiters Ellen (2009) **Primary Health Care Use among Ethnic Minorities in the Netherlands A comparative study** Netherlands Organisation for Scientific Research, Social Cohesion Programme; sub programme, the Dutch Multicultural and Pluriform Society (MPS) (grant 261-98-618). Alemania.

Universidad la Palma (1990) **El proceso de la investigación objetivos y metodología** Universidad de las Palmas, Gran Canarias, España.

Valdés Alejandra y Rosa Yáñez S. (2007) **La participación de las mujeres en la construcción de ciudadanía en salud** Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en la región metropolitana, México.

Valencia Ávila, Ana Patricia (2005) **La privatización encubierta de los servicios de salud** Revista Trabajadores pp. 24-28, FCPyS, UNAM, México.

Valle Rodríguez Isabel et al (2005) **Actualización del concepto de Participación en salud**, Consejería de Salud Dirección General de Salud Pública y Participación, Universidad Complutense, Madrid, España.

Vallejo Paula (2004) **A proposed adaptation of the EFQM fundamental concept of excellence to health care based on the path framework**, Oxford University. Disponible en <http://www.intqhe.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/18/5/327>)

Vargas González, Pablo et al (1997) **La población del Estado de Hidalgo.** Universidad del Estado de Hidalgo, Col. Raíces Hidalguenses; Pachuca,Hgo., México

Vargas Uribe Guillermo y Juan Carlos Carrillo Amezcua (2009) *¿Existen los derechos de l peatón en México?* en **Régimen jurídico del urbanismo. Memoria del Primer Congreso de**

Derecho Administrativo Mexicano. Texto electrónico disponible en www.bibliojuridica.org/libros/6/2735/28.pdf

Velandia Salazar Freddy et al (2007) **Satisfacción y calidad: análisis de la equivalencia o no de los términos.** Rev. Gerencia y Políticas de Salud Bogotá Colombia julio/diciembre/ año/vol. 6 pp. 139-168, Pontificia Universidad Javeriana Bogotá Colombia. Disponible en redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?...

Veraza, Jorge (2008) **Subsunición del consumo bajo el capital** Ed. Ítaka, México

Villarreal, Rene (1985) **La contrarrevolución monetarista** ed. Océano, México.

Villarreal, Reyna (2008) **Visión teológica del análisis económico** ed. Eumed.net

Villarespe Reyes, Verónica (2002) **Pobreza, teoría e historia** Ed. Juan Pablos y UNAM, México

Wallace, Steven (2001) *La salud de los adultos mayores y el sistema médico en los Estado Unidos: ¿Modelo para seguir o evitar?* En Onofre Muñoz et al (2004) **La salud del adulto mayor.** Temas y debates ed. IMSS-CISS, México.

Wallerstein Immanuel (1988) **Abrir las ciencias sociales** Siglo XXI, México.

Walras, León (1987), **Elementos de Economía Política Pura [1874 y 1877]**, edición de Julio Segura, Alianza, Madrid. España

Wong Rebeca y María Aysa Lastra (2001) **Envejecimiento y salud en México: un enfoque integrado** Estudios Demográficos y Urbanos vol. 16, núm. 3, pp. 519-544, Colegio de México, México.

Wensel H. Ronald (1995) *A perspective from Canada. Quality of care in the context of the transformation of the Canadian system of care* en **Health systems in an era of the globalization.** IV Encuentro Internacional en salud, México

Yanguas Lezaun , José Javier (2006) **Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional** Instituto de Mayores y servicios sociales, IMSERSO, Serie Personas mayores 110002, Madrid España.

Ziccardi Alicia (Coord.) (2005) **Participacion ciudadana y politicas sociales en el ámbito local,** Publication: Gestión y Política Pública México, D.F.

Ziccardi Alicia (2000) **Diseño e instrumentos de participación ciudadana en el Distrito Federal** Área de Sociología Urbana y Regional del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Ziccardi Alicia (2001) **Los actores de la participación ciudadana** Instituto de Investigaciones Sociales UNAM, México.

- Ziccardi Alicia (1998) *Gobernabilidad y participación ciudadana en la ciudad capital* Ed. Porrúa y UNAM, México.
- Ziccardi Alicia (1996) *La tarea de gobernar: las ciudades y la gobernabilidad* en **La tarea de gobernar: gobiernos locales y demandas ciudadanas**. IISUNAM Miguel Angel Porrúa. México 1996. pág. 13-37.
- Zimmerman, Harvey (1999) **States and state of the art for health care quality measurement and reporting. Un environmental sean**. New York University, EU. Disponible en <http://www.health.state.ri.us/chic/performance7quality/quality 2.pdf>)
- Zúñiga Herrera, Elena (2004) **Tendencias y características del envejecimiento demográfico en México** ediciones del CONAPO Disponible en <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm24.pdf>