



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE

MAESTRA EN ENFERMERÍA

EN ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO

P R E S E N T A:

ALICIA HERNÁNDEZ CANTORAL

DIRECTORA DE TESIS

MAESTRA MARÍA DE LOS ÁNGELES TORRES LAGUNAS

México D.F

SEP 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.

CONTENIDO	PAGINA(S)
AGRADECIMIENTO.....	I
DEDICATORIA.....	II
RESUMEN.....	III
<i>CAPITULO I. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN</i>	
<i>1.1 INTRODUCCIÓN.....</i>	1
<i>1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</i>	7
<i>1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....</i>	11
<i>1.4 OBJETIVOS.....</i>	11
<i>CAPITULO II. MARCO TEÓRICO, CONCEPTUAL Y REFERENCIAL</i>	
<i>2.1 DEFINICIÓN CALIDAD.....</i>	12
<i>2.2 CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA SALUD.....</i>	15
<i>2.3 BASES CONCEPTUALES SOBRE GÉNERO.....</i>	19
<i>2.4 CONCEPTO DE GÉNERO.....</i>	22
<i>2.5 EL ENFOQUE DE GÉNERO EN LA SALUD.....</i>	25
<i>2.6 LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL ESCENARIO DE LA SALUD.....</i>	28
<i>2.7 MODELOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.....</i>	33
<i>2.8 VÍNCULOS ENTRE CALIDAD Y ENFOQUE DE GÉNERO EN EL CUIDADO DE LA SALUD INFANTIL.....</i>	41
<i>2.9 DERECHOS DE LOS NIÑOS EN UNA INSTITUCION DE SALUD.....</i>	43

2.10 POLITICA DE LA OPS EN MATERIA DE IGUALDAD DE GÉNERO.....	45
--	-----------

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	47
3.2 VARIABLE.....	47
3.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LA VARIABLE.....	47
3.4 UNIVERSO POBLACIÓN Y MUESTRA.....	49
3.5 UNIDADES DE OBSERVACIÓN.....	51
3.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN.....	51
3.7 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	52
3.8 INSTRUMENTOS.....	52
3.9 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.....	55
3.11 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	55
3.12 TRIANGULACIÓN METODOLÓGICA.....	56

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1 USUARIAS/OS.....	58
4.1.1 PERFIL DE LA USUARIA/O.....	58
4.1.2 PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD POR EL USUARIO.....	60
4.1.3 ESTADÍSTICA INFERENCIAL DE LA MUESTRA DE USUARIAS/OS.....	64

4.1.4 CALIDAD DE ATENCIÓN PARA EL USUARIO/A.....	66
4.2 PROVEEDORES.....	68
4.2.1. PERFIL DE LAS Y LOS PROVEEDORES DE SALUD.....	68
4.2.2 CALIDAD DE ATENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DEL PROVEEDOR/A.....	69
4.2.3 ESTADÍSTICA INFERENCIAL DE LOS RESULTADOS DE LAS Y LOS PROVEEDORES.....	73
4.2.4. CALIDAD DE ATENCIÓN PARA EL PROVEEDOR/A.....	74
4.3 CUADROS Y FIGURAS.....	76
4.4 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA CUALITATIVA.....	82
CAPITULO V DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	92
5.1 INTEGRACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA.....	92
5.2 DIGNIFICACIÓN DE USUARIAS Y USUARIOS.....	95
5.3 CONCIENCIA, RESPETO Y EJERCICIO DE LOS DERECHOS....	98
5.4 COMPETENCIA TÉCNICA.....	101
5.5 VÍNCULO INTERPERSONAL.....	103
5.6 COMPORTAMIENTOS FAVORABLES.....	107
CAPITULO VI CONCLUSIONES.....	
CAPITULO VII HALLAZGOS DEL ESTUDIO.....	112

<i>CAPITULO VIII SUGERENCIAS.....</i>	114
<i>CAPITULO IX REFERENCIAS.....</i>	116
<i>CAPITULO X ANEXOS.....</i>	118
	112

AGRADECIMIENTO

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) por todas las facilidades otorgadas para el inicio y término de mis estudios profesionales.

Al Instituto Nacional de Pediatría (INP) por ser el escenario de estudio, de este trabajo y por su gran dedicación al cuidado de la niñez mexicana.

A Isabel Matamala por la construcción y validación de su modelo de Evaluación de la Calidad de Atención.

Al prestigioso cuerpo docente del Programa de Maestría en Enfermería, por su gran desempeño, que ha servido de guía, asesoría y acompañamiento

DEDICATORIA

Dedico esta obra:

A mis padres Héctor y Martha por su gran amor y cuidado, por sus consejos y la fe que pusieron en mí...

A mis hermanas y hermanos que siguen siendo mi soporte para vivir y seguir adelante...

A Edgar por su gran amor, compañía y tolerancia que me brindó en todo momento...

A mis hijos Enrique y Alicia que son mis grandes maestros...

A Ma. Ángeles Torres, por su amistad, enseñanza y su tiempo que dedicó incondicionalmente...

A todos los Profesores de la ENEO, por su gran entrega y dedicación...

A todas mis amigas y amigos que nunca terminaría de mencionar...

Al Instituto Nacional de Pediatría por abrirme las puertas...

A las niñas y niños que me han dado la oportunidad de cuidarlos y acompañarlos en su enfermedad y que me han enseñado que la vida vale la pena vivirla...

A todas aquellas mujeres y aquellos hombres que participaron en este trabajo...

A todos ustedes... Muchas gracias

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar la calidad de atención, desde una perspectiva de género por las y los usuarios y las y los proveedores de salud, en un hospital de tercer nivel que brinda atención pediátrica, para describir la situación que existe en las dimensiones de estructura, proceso y resultado.

MÉTODO: *Este estudio* tiene un **diseño** transversal, no experimental. Su **alcance** es Descriptivo y Exploratorio, de **enfoque** Mixto. *La variable medida* fue Calidad de la atención pediátrica, en las **dimensiones** de: estructura, proceso y resultado; con las **Categorías** del modelo de Isabel Matamala (Enfoque de Género): Dignificación de usuarias/os, Conciencia y ejercicio de derechos humanos, Competencia técnica, Vínculo interpersonal y Comportamientos favorables.

Universo: Personal de salud del servicio de urgencias en los diferentes turnos, y las y los usuarios (padres, Madres y Tutores) de niñas y niños ingresados al servicio de urgencias (Mayo 2010). *La muestra:* Para los proveedores se tomó el 100% del personal médico y de enfermería del servicio de urgencias (72 proveedores). La muestra de los usuarios se calculó con base en el número de ingresos otorgados en el mes anterior a la aplicación del instrumento. **N 1114, n 167.** Se realizaron 6 entrevistas a profundidad, 2 usuarias/os y 4 a proveedores. *Para La recolección de datos:* Se elaboraron 2 cuestionarios tipo likert, uno para usuarias/os y otro para proveedores, en base a los indicadores del modelo, y dos guías para entrevistas a profundidad. Las cuales *fueron* audiograbadas y se realizó una nota de campo, en este proceso se solicitó consentimiento informado verbal y escrito. Los cuestionarios tienen 3 apartados, el primero datos socio

demográficos, el segundo un apartado de respuestas dicotómicas que miden calidad y el tercero afirmaciones con escala tipo Liker sobre calidad de atención pediátrica, al último 2 respuestas abiertas. Los datos se procesaron en la base de datos SPSS versión 18. Ambos instrumentos arrojaron un alfa Cronbach de (0.8), en una prueba piloto con 30 sujetos, para cada caso, en un hospital similar al del estudio, en la ciudad de México.

RESULTADOS: Se destaca: que en la calificación total de calidad de atención por parte de las usuarias y usuarios, se encontró una mínima de 78 y máxima de 129, siendo la calificación ideal de 130 puntos, con una media 118 ± 16 . En cambio para la calificación total de calidad en sus dimensiones de estructura, proceso y resultado se encontró una media de 109 ± 15 con una calificación mínima de 87 y máxima de 138 con el ideal de 145 puntos. La calidad de los servicios de salud pediátrica de esta institución medida en las 5 categorías, se calificó como excelente en un 55%. Por parte de los padres, madres y tutores, se encontró que a mayor edad califican mejor la calidad de atención. En el caso de los padres menores de 25 años califican mejor la dimensión de resultado, lo que conlleva a declarar que se enfocan a la resolución de su problema de salud y no al proceso de como se brinda la atención. Por otro lado se encontró, que existe un trato diferente entre proveedoras y proveedores, donde las médicas refieren sufrir algún tipo de discriminación y ser menos reconocidas que los médicos. El personal de enfermería, reiteró que existe inequidad en el trato entre proveedores de salud. Por otro lado el sexo femenino prevalece en la práctica pediátrica y las disparidades por razón de género están presentes.

CONCLUSIONES: Este trabajo ha permitido analizar las relaciones entre usuarias/os y proveedoras/es en el escenario de pediatría, encontrando que la percepción de la calidad de atención es calificada como “buena” para los que reciben la atención y “regular” para quienes brindan el servicio, es importante mencionar que en la atención existen inequidades por razón de género, en los proveedores de salud, sin embargo para el usuario/a esto no es percibido. La perspectiva de género permite analizar cómo se están dando las relaciones entre quien recibe la atención y quienes la brindan. También permite conocer las necesidades que tiene la población que es atendida en la forma de percibir el trato y el significado que tiene la calidad de atención en los procesos de salud enfermedad. No obstante, lejos de medir solo la calidad de atención y las relaciones interpersonales, se abren las puertas a una nueva perspectiva para medir calidad de atención. Por lo que este estudio puede ser replicado en cualquier escenario de salud. Donde se puede destacar que el género es una propuesta crítica que aporta elementos fundamentales para analizar el fenómeno de la calidad de la atención en los servicios de salud.

DESCRIPTORES: Calidad de atención, Perspectiva de Género, Pediatría.

SUMMARY

OBJECTIVE: To assess the quality of care from a gender perspective and for the users and providers and health in a tertiary hospital providing pediatric care to describe the situation in the dimensions of structure, process and results of quality of care.

METHOD: This study is a cross-sectional, not experimental. Its scope is descriptive and exploratory focus Board. The measure was variable quality of pediatric care in the following dimensions: structure, process and outcome, with the categories model Isabel Matamala (Gender): Dignity of users/os, consciousness and exercise of human rights, technical competence, Link favorable interpersonal behaviors. Universe: Personal health emergency services in different shifts, and the users (parents and guardians) of children admitted to the emergency department (May 2010). Sample: For providers took 100% of medical and nursing staff in the emergency department (72 suppliers). The sample of users was calculated based on the number of admissions granted in the month prior to the application of the instrument. **N 1114, n 167.** 6 were conducted in-depth interviews, 2 users and 4 suppliers. For data collection: 2 questionnaires were developed Likert, one for users and the other for providers based on the indicators of the model, and two guides for depth interviews. Which were audio-recorded and conducted a field note, this process is called verbal and written informed consent. Questionnaires have 3 sections, the first socio-demographic data; the second section answers a dichotomous measure quality and third Liker-type scale

statements on the quality of pediatric care, to last 2 open answers. The data were processed in the database SPSS version 18. Both instruments showed a Cronbach alpha of (0.8) in a pilot test with 30 subjects for each case in a similar study hospital in Mexico City.

RESULTS: Please note, that in the total score for quality of care by the clients and users, there was a minimum 78 and maximum of 129 being the ideal score of 130 points, averaging 118 ± 16 . In exchange for the total score of quality dimensions of structure, process and outcome, a mean of 109 ± 15 with a minimum score of 87 and maximum of 138 with the ideal of 145 points. The quality of pediatric health services of this institution as the 5 categories was rated as excellent by 55%. By parents and guardians, it was found that the older rank higher quality of care. For parents under 25 years qualify dimension better results, leading to testify that focus on solving your health problem and not the process of how care is provided. On the other hand was found that there is a different treatment providers and suppliers, where medical refer suffer any discrimination and less recognized than doctors. The nurses reiterated that there is inequity in the treatment of peers and healthcare providers, where the female prevails in pediatric practice and gender disparities are present.

CONCLUSIONS: This work has enabled us to analyze the relationships between users and suppliers in the stage of Pediatrics, found that the perception of quality of care is rated as "good" for those who receive care and "regular" for those provide the service, it is important to mention that there are care inequities of gender, health providers, but for the user / this is not perceived. The gender

perspective to analyze how they are giving the relationship between care recipient, and those who provide. Also reveals the need of the population being served in the way they perceive their treatment and the significance of the quality of care in health and disease processes. However, instead of measuring only the quality of care and interpersonal relationships, open the door to a new approach for measuring quality of care. So this study can be replicated in any stage of health. It can be noted that gender is a proposal that provides essential elements critical to analyze the phenomenon of quality of care in health services.

KEY WORDS: Quality of Care, Gender Perspective, Pediatrics.

CAPITULO I. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

En América Latina y el Caribe la inequidad en salud afecta principalmente a los grupos más vulnerables: personas en situación de pobreza, mujeres (que son generalmente las responsables de la salud en las familias), niños, grupos étnicos y residentes rurales. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) más de un cuarto de la población latinoamericana carece de acceso regular a servicios básicos de salud, y solo la mitad cuenta con algún seguro de salud, público o privado. Sin embargo, casi todos los países en desarrollo se hallan implementando procesos complejos para mejorar la eficiencia, equidad y efectividad del sector salud. Los elementos centrales de estos programas reformistas incluyen asegurar la equidad, acceso, calidad y el derecho social a la protección de la salud.¹

Sin embargo las desigualdades de género contribuyen a que hombres y mujeres tengan diferentes posiciones como usuarios y proveedores en el cuidado de la salud.² Con frecuencia las necesidades de las mujeres como consumidoras de cuidados de la salud, son abandonadas y como proveedores de cuidados de la salud, las mujeres tienen un subestimado papel en las esferas privada y profesional, siendo estas las que satisfacen una carga desproporcionada de cuidados informales de la salud.

México se encuentra comprometido en un proceso dinámico de reformar el sistema de salud. Los avances en el sector salud, muestran que sus pasos iniciales resultaron críticos hacia la igualdad de género en el cuidado de la salud. Pero resta mucho por hacer, para alcanzar las ambiciosas metas fijadas por la actual administración; por ejemplo, que para 2015 todos los programas y servicios de salud mexicanos serán diseñados, presupuestados y evaluados con una perspectiva de género.³

Parte de esta meta se encuentra sustentada en la visión que plantean los objetivos del milenio, que constituyen una prueba de la voluntad política de establecer asociaciones más sólidas, y comprometen a los países a tomar nuevas medidas y aunar esfuerzos en la lucha contra la desigualdad entre los géneros (tercer Objetivo del milenio). Los objetivos acordados en septiembre de 2000 en Nueva York, se conocen ahora como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (los ODM) y proporcionan un marco para que todo el sistema de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) trabaje coherentemente y en conjunto hacia un fin común.

La ONU tiene una posición excepcional para impulsar el cambio, conectar a los países con el conocimiento y los recursos, y ayudar a coordinar esfuerzos más amplios a nivel nacional.

Estas estrategias se orientan a un enfoque general de “nueva gestión pública”, basado en fortalecer procesos de funcionamiento, de calidad, modernización y

mejora, con énfasis en indicadores de procesos, más que en indicadores de impacto del Sistema Nacional de Salud.

Actualmente, existen problemas que denotan inequidad de género en la salud, que consisten en; tasas de desnutrición/anemia mayores en niñas que en niños menores de 5 años. Con argumentaciones de este tipo “Cuando la comida es poca, a la niña... no le toca”. Mayor mortalidad por accidentes en niños, adolescentes y adultos, bulimia y anorexia con tasas mayores en mujeres adolescentes por presiones de moda y estereotipos de belleza, calificación para entrar a residencia médica o trabajo, desproporcionada entre mujeres y hombres, trabajo no remunerado de las mujeres en acciones de salud y escasa o nula participación en la toma de decisiones.⁴

Estas circunstancias arrojan cifras que justifican instaurar medidas que garanticen un mejor desempeño en la actuación de los servicios de salud. Retomando que las instancias gubernamentales ya contemplan esta perspectiva del género en varios sectores de salud, es bueno recalcar que es necesario consolidar estudios que ayuden a clarificar esta perspectiva en los institutos nacionales de salud, con carácter público.

Es por eso que surge el interés por tratar de hacer visible a través de la evaluación de la calidad de la atención, las diversas formas en las cuales las construcciones sociales de género y las valoraciones de lo femenino y lo masculino en las instituciones sanitarias desencadenan situaciones de inequidad que afectan la salud integral de las personas.

Es necesario reconocer que el proceso de atención determina directamente la calidad de la misma; así, el monitoreo de dicho proceso asegura prevenir y detectar oportunamente problemas que podrían generar resultados negativos para la salud.

Para realizar este estudio sobre evaluación de la calidad de atención desde la perspectiva de género, se utilizó la propuesta de Isabel Matamala; cuyo modelo propone valorar los escenarios de salud, en base a cinco dimensiones, que permiten identificar el enfoque de género como herramienta valiosa no solo para asegurar el nivel de calidad de los servicios sino también; para contribuir a superar las inequidades de género.

Por lo tanto se puede destacar que el género es una propuesta crítica que puede aportar elementos fundamentales para analizar el fenómeno de la calidad de la atención en los servicios de salud.

Este acercamiento teórico-metodológico coincide con la justificación ética de la calidad, pues evalúa el ejercicio de derechos y permite visualizar la actuación que existe entre la preponderancia de la biomedicina sobre otros sistemas médicos y la hegemonía de lo masculino y lo femenino en la atención médica.

Por otro lado, en el ámbito de la calidad, A. Donabedian (1999), establece que la calidad es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos;

la define como “el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud”. Así mismo, el autor destaca la importancia de lograr todos los beneficios posibles de la atención médica, de exponer a los pacientes a los menores riesgos y de considerar el contexto sociocultural donde se otorgue el servicio; y a la vez, la importancia de buscar que esos máximos beneficios se alcancen al menor costo posible, señalando dos dimensiones fundamentales de la calidad que están íntimamente enlazadas, la técnica y la interpersonal. En la primera considera la aplicación de conocimientos y técnicas para la atención a la salud y en la segunda, la relación que se establece entre los (as) proveedores (as) de servicios y los (as) usuarios (as) de los mismos.

Este trabajo abarca la perspectiva de género, en una institución de tercer nivel que brinda atención a población infantil mexicana. Se evaluó la situación existente, para encontrar lineamientos, que demuestren las condiciones en las que se proveen los servicios de atención de salud en niñas y niños, y de como visualizan la atención sus familias; con esto se trató de cotejar, si la atención que se brinda cumple con criterios de calidad basados en el ejercicio de los derechos humanos. Se eligió el servicio de urgencias como escenario de estudio.

En elaboración de este trabajo se utilizó el método de triangulación, ya que la investigación con métodos mixtos es un diseño con suposiciones filosóficas, tanto como métodos de indagación que buscan cubrir algunos aspectos que se presentan como críticos en los procedimientos de triangulación.⁵

La triangulación como método, focaliza sobre recolectar, analizar y mezclar ambos datos, cuantitativos y cualitativos en un solo estudio o en series de estudios. Su premisa central es que el uso de enfoques cuantitativos y cualitativos en combinación provee una mejor comprensión de los problemas de investigación que cualquier enfoque utilizado independientemente.

A continuación se muestra la evaluación de la calidad de atención pediátrica desde la perspectiva de género en este escenario de salud.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las inequidades por razón de género en los escenarios de salud, son cada vez una necesidad que precisa ser proyectada, dentro de las prioridades de investigación en salud, planteamiento que surge de la necesidad de integrar la perspectiva de género en las políticas y programas gubernamentales de nuestro país.

Incluir la perspectiva de género en los programas de salud ya es parte de los objetivos del milenio,⁶ los cuales constituyen una prueba de la voluntad política de establecer asociaciones más sólidas, y comprometen a los países a tomar nuevas medidas y aunar esfuerzos en la lucha contra la pobreza, el analfabetismo, el hambre, la falta de educación, la desigualdad entre los géneros, la mortalidad infantil y materna, la enfermedad y la degradación del medio ambiente.

Esta visión ha sido reconocida a partir de los compromisos acordados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo efectuada en el Cairo (1994) y en la Cuarta Conferencia Internacional de la Mujer celebrada en Pekín (1995), las cuales se han transformado en acciones estratégicas prioritarias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) quienes han emitido recomendaciones a los países miembros para cumplir la equidad de género, así como asegurar servicios de salud de alta calidad que salvaguarden el respeto de los derechos humanos.⁷

En México la igualdad de derechos de mujeres y hombres está reconocida en el artículo 4o de la Constitución. Sin embargo las prácticas discriminatorias por

género persisten en muchas organizaciones de salud. Hoy en día es común observar situaciones que generan violencia por condición de género en diversos ámbitos institucionales.

Los escenarios de atención a la salud, son sitios donde se generan relaciones asimétricas de poder, entre quienes proveen y quienes reciben el servicio, donde independientemente del sexo de las personas involucradas en la atención, quien provee el servicio se conduce de manera “masculina” y quien lo recibe lo hace de manera “femenina”, asumiendo así roles y estereotipos androcéntricos,⁸ que nuestra sociedad asocia con cada sexo: seguridad, poder y autoridad para lo “masculino” y sumisión, abnegación y paciencia para lo “femenino”.

Las instituciones de salud, son consideradas como estructuras patriarcales, ya que en su ejercicio, se encuentran diversas formas de discriminación que se traducen en actos de violencia, tales como: maltrato, descalificación e indiferencia, falta de respeto y privacidad, poca o nula comunicación, desinformación, subvalorización en la participación del tratamiento, largos tiempos de espera, acceso difícil, falta de continuidad y seguimiento a la atención y tratamiento, sobresaturación de citas, iatrogenias y complicaciones por problemas de competencia técnica ó problemas éticos, en pocas palabras se observa un deterioro del cuidado que se refleja en una mala calidad en la atención.

Las organizaciones de salud, miden el desempeño de atención bajo estándares de calidad, normas, procesos e incidencias, que se realizan a través de una evaluación periódica, dicha apreciación hace referencia a comparar aquello que se debe hacer con lo que realmente se ha hecho, en base en un patrón de indicadores estandarizados.

El enfoque de evaluar la calidad de atención desde la perspectiva de género se ha trabajado en el ámbito de salud reproductiva, sin embargo existen escenarios de salud que se han descuidado y se ha permitido que surjan situaciones de inequidad, antes descritas.

Son pocas las instituciones que se atreven a medir calidad, desde esta perspectiva, ya que el enfoque administrativo, es más práctico, mide la actuación y no se involucra con los aspectos subjetivos, sociales, culturales y la dimensión social de las personas. Por lo tanto se puede destacar que la perspectiva de género es una propuesta crítica que puede aportar elementos fundamentales para analizar el fenómeno de la calidad de la atención en los servicios de salud.

Este acercamiento teórico-metodológico coincide con la justificación ética de la calidad, pues evalúa el ejercicio de derechos y permite visualizar la actuación que existe entre la preponderancia de la biomedicina sobre otros sistemas médicos y la hegemonía de lo masculino sobre lo femenino en la atención médica. La asistencia pediátrica no debe ser descuidada desde este enfoque, donde la niña y el niño por ser menor de edad, son dependientes del cuidado de otro, y

fácilmente por no contar con los recursos emocionales (de protesta y de defensa) corren el riesgo de que sus derechos sean violentados, posiblemente en una práctica donde exista inequidad de género.

En México aún no existen estudios que abarquen esta perspectiva, en la atención de salud,⁹ sobre todo con población infantil. Este sector poblacional, llega a las instituciones de salud por medio de su padre, madre o tutor, y corre el riesgo de sufrir un trato inhumano al ser separado del núcleo familiar por un proceso de hospitalización, con un trato igualado al de un adulto, donde deja de ser un infante y se convierte en un paciente, se somete a un tratamiento, que en algunos casos es acompañado de procedimientos dolorosos, con falta de comunicación y desconcierto, y donde pueden ser violentados sus derechos como ser humano, sin embargo si en el escenario de salud se lleva a cabo alguna inequidad de género entre proveedores y usuarias/os esta se verá reflejada en la atención de estos pequeños.

En el Instituto Nacional de Pediatría, ya se ejerce una gestión de calidad de Atención, certificada por la norma ISO 9001 2000, y certificado por el Consejo General de Salud en un hospital seguro, sin embargo el aspecto subjetivo de la usuaria/o a un no es clarificado. Por lo que visualizar la atención desde la perspectiva, da una explicación al comportamiento de hombres y mujeres en esta institución de salud y posiblemente al proceso del niño/a hospitalizado.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta:

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cómo evalúan la calidad de atención, desde una perspectiva de género las y los usuarios (madres, padres y tutores) y las y los proveedores de salud, en el servicio de Urgencias del Instituto Nacional de Pediatría?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 General

Evaluar desde una perspectiva de género la calidad de la atención que se brinda en el servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría, a través de la percepción de las y los usuarios (madres, padres y tutores) y de las y los proveedores de salud.

1.4.2 Específicos

Describir la situación que tiene el Instituto Nacional de Pediatría en las dimensiones de estructura, proceso y resultados sobre la calidad de la atención.

Identificar si existe equidad de género en la calidad de la atención que se confiere, al brindar atención pediátrica en el servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría, en base al modelo de Isabel Matamala.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO, CONCEPTUAL Y REFERENCIAL

2.1 DEFINICIÓN CALIDAD

El concepto de calidad ha evolucionado a través de los años, en la actualidad se configura como un modelo de gestión y un estilo de dirección, implantado en grandes empresas a nivel mundial.

El diccionario de la Real Academia Española define el concepto de calidad como: “La propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de la misma especie”.¹⁰

Esta definición muestra dos características esenciales del término, de una parte la subjetividad de su valoración; de otra, su relatividad. Por lo tanto no es una cualidad absoluta que se obtenga, sino un atributo relativo.

El término tiene su origen en la etimología latina *qualitas* que quiere decir “forma de ser con respecto a mis semejantes”. La calidad es inherente al ser humano, es el hombre quien hace la calidad y está relacionado con la actitud.¹¹ La calidad entonces no es una serie de características que permanecen fijas, sino una cualidad mejorable.

Donabedian lo describe perfectamente cuando declara que “La calidad está en el corazón y el alma de las personas”.

El Dr. Deming enseñó que la calidad se inicia y termina con el cliente, ya que sin clientes no hay organización, empresa ó institución.

Sin embargo, a través del tiempo se han propuesto numerosas definiciones de calidad, todas ellas se han formulado en función tanto de las características del bien o servicio, como de la satisfacción de las necesidades y exigencias del consumidor.

Así la calidad es:

- El grado de satisfacción que ofrecen las características del producto o servicio con relación a las exigencias del consumidor.
- El conjunto de características de un producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer sus necesidades que se conocen o presuponen (ISO 9004-2).
- El conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que les confieren la actitud para satisfacer unas necesidades manifiestas o implícitas (norma UNE 66.901).
- El conjunto de todas las propiedades y características de un producto que son apropiadas para cumplir las exigencias del mercado al que va destinado.¹²

Sin embargo, calidad se asocia con un estándar intimidante y probablemente caro. Solo con una medición de parámetros o características, se puede determinar si la calidad es buena o mala, satisfactoria o insatisfactoria.

La palabra y el significado que se le atribuye han surgido en contextos contradictorios: las primeras publicaciones sobre salud, donde se analizó la calidad desde una perspectiva clínica; este enfoque omitía las dimensiones interpersonales de la atención. Para algunos la alta calidad significaba disponer de un equipo técnicamente sofisticado y costoso.¹³

Si la calidad y la cantidad de los servicios se conciben como indicadores de la misma importancia para valorar el desempeño de un programa, las dimensiones clínicas “clásicas” de calidad de atención y los aspectos interpersonales subjetivos se han de reunir en un marco conceptual simple,¹⁴ sobre el que haya consenso en términos generales.

2.2 CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA SALUD

La cultura de la calidad es el conjunto de principios, creencias y valores que comparten el personal directivo y operativo de la institución y que se refleja al otorgar servicios de salud oportuna, eficaz y de calidad, en un marco de respeto, humanístico y de cordialidad.

Según la OMS, la calidad de la asistencia sanitaria es “Asegurar que cada paciente reciba el conocimiento de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, considerando todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgos iatrogénicos y la máxima satisfacción en el proceso.”¹⁵

Los servicios de salud son un sistema que en conjunto brinda elementos y procesos interrelacionados que buscan la satisfacción del usuario, a través del aseguramiento de la calidad y la eficacia operativa de los servicios.

Los elementos principales de los programas en salud que definen la calidad son: Elección de los métodos diagnósticos, información básica, competencia técnica, relaciones interpersonales, mecanismos de aseguramiento, continuidad y una constelación apropiada de servicios.

Estos elementos reflejan aspectos de los servicios que son cruciales para los usuarios.¹⁶ Sin embargo, los valores sociales deben estar presentes en todas las

instituciones, regulando una práctica cotidiana. Esto es debido a que la atención médica toca los intereses y las preocupaciones más vitales de las personas, implica relaciones íntimas y sumamente personales y está rodeada de una serie de principios morales y éticos. Los servicios de atención médica, en especial, deben formar parte del sistema de gratificaciones, ya que se encuentran entre las subvenciones más valiosas que puede ofrecer una sociedad.

La administración de la calidad es una herramienta de mejora continua que busca el desarrollo y cambio organizacional; fomenta y reconoce la importancia de la participación de todos los miembros mediante el trabajo en equipo; su eje central es la planeación estratégica instrumentada operativa y metodológicamente a través del análisis, medición y mejora de los procesos; y tiene como premisa fundamental el enfoque del usuario.¹⁷

La calidad está establecida por requisitos, atributos, criterios y normas. Un criterio es el resultado sobre cómo han de ser los requisitos de las diferentes actividades del proceso para que sean acordes con las necesidades, demandas y expectativas de los usuarios. Los criterios para evaluar la calidad deben ser: relevantes, realistas, aceptables, medibles, validos, fiables y escasos.

Los criterios, entonces, son las características o requisitos que han de cumplir la estructura, el proceso y los resultados, para que puedan ser considerados de calidad, es decir, los criterios son elementos predeterminados de la atención médica contra los cuales los aspectos de la calidad de los servicios médicos pueden ser comparados. La diferencia entre actividad de mejora y necesidad, es

que la primera la pueden realizar los responsables del proceso y la segunda debe ser resuelta por otras áreas de gestión clínica o administrativa en recursos.¹⁸

Donabedian¹⁹ propone tres maneras de enfocar la evaluación de la calidad en: Estructura, proceso y los resultados.

Estructura: elementos relativamente estables de la organización, incluye los recursos humanos, físicos y financieros para prestar la atención.

La evaluación de la estructura se basa en aspectos como la adecuación de las instalaciones y los equipos; el perfil del profesional y técnico del personal y su organización; la estructura organizativa y el diseño y funcionamiento de programas; las fuentes de financiamiento y su control; los sistemas de información; políticas y normatividad.

Proceso: son una serie de actividades que se llevan a cabo por y entre los profesionales de la salud y los pacientes. Los procesos son lo que se hace. Los criterios de proceso son profusamente utilizados en las evaluaciones de la calidad; son generalmente accesibles para su medición y muy útiles para saber que hacer para mejorar. Se deben estudiar las condiciones y los medios disponibles para otorgar una atención, lo que recibe el nombre de estructura.

Resultado: el mismo Donabedian define el resultado como el cambio en el estado de salud que puede atribuirse a la atención, incluye conocimiento, cambio en la conducta y satisfacción. Los resultados son por lo general fáciles de medir sin lugar a error, pero la medición de otros que no fueron definidos con tanta precisión pueden ser difíciles, como la satisfacción del usuario, la rehabilitación

física, la discapacidad y la readaptación social, o al explicar que se salvo la vida pero se causaron otros daños. Aquí pudiera utilizarse conjuntamente el método cualitativo, como se realizara en este trabajo.

Se da por hecho, que si se cuenta con las condiciones y los medios adecuados, la buena atención médica está asegurada. Este enfoque tiene la ventaja de que se refiere al menos en parte a información bastante completa y accesible.

Los sistemas de salud se nos presentan hoy como un robusto campo para la indagación intelectual y como un activo ámbito para la acción transformadora. Se trata de un punto de encuentro integrador donde influyen lo individual y lo colectivo, lo biológico y lo social, lo cuantitativo y lo cualitativo. Puede afirmarse que los progresos en los espacios de la salud se han debido en mucho al trabajo innovador de Donabedian.²⁰

En resumen, la evaluación de la calidad de atención en salud, permite una importante mejora de la eficiencia de los procesos, optimizando la coordinación entre servicios y unidades, integrando a los profesionales en la consecución de los objetivos, eliminando demoras, duplicidad, gastos innecesarios y por consiguiente enfocarse en la satisfacción de las personas.

2.3 BASES CONCEPTUALES SOBRE GÉNERO

Las mujeres y los hombres son definidos de maneras diferentes en distintas sociedades; las relaciones que comparten constituyen lo que se conoce como relaciones de género.

Las relaciones de género constituyen y son construidas por un abanico de instituciones, tales como: la familia, los sistemas legales o el mercado, con atribuciones de poder jerárquicas entre las mujeres y los hombres y tienden a poner a la mujer en desventaja. Estas jerarquías siempre son aceptadas como “naturales”, pero constituyen relaciones socialmente determinadas, basadas en factores culturales y sujetos a cambios a través del tiempo.²¹ Por lo que, las relaciones de género son dinámicas, se caracterizan tanto por el conflicto como por la cooperación y se encuentran mediatizadas por otros ejes de estratificación, tales como: casta, clase, capacidad física o mental, edad y estado civil, o posición al interior de la familia.

Las diferencias de sexo se encuentran biológicamente determinadas y son diferentes a los roles de género, socialmente prescritos. Reconociendo, que el análisis de género es una manera sistemática de abordar los impactos diferentes del desarrollo sobre las mujeres y sobre los hombres, exigiendo desglosar la información por sexo y entender cómo está dividido y cómo se valora el trabajo.

A lo largo de la vida, especialmente en la infancia y adolescencia, se aprende a responder a lo que la sociedad espera de cada hombre o mujer. Este aprendizaje

es lo que se llama *socialización de género*. Mediante él se construye el *género*. Todas las personas interiorizan, hacen suyas las ideas vigentes sobre lo femenino y lo masculino, los llamados *estereotipos de género*.

Hombres y mujeres desarrollan las capacidades requeridas para cumplir adecuadamente sus roles e inhiben el desarrollo de aquellas que no son.

Los roles, los estereotipos y las normas/valores se complementan entre sí para asegurar la construcción de las desigualdades de género y su aceptación social.

Las mujeres aprenden *normas, valores y roles* femeninos que son socialmente menos valorados. Los hombres aprenden *normas, valores y roles* masculinos que son socialmente más valorados. Esto convierte las diferencias en desigualdades.

Sexo y género son dos conceptos imprescindibles en el enfoque de género.

La distinción entre lo natural y lo social es importante porque establece lo que es posible cambiar: lo natural está determinado, lo social se puede transformar.

La sociedad produce modos de ver y valorar (*sexismo*) y modos de actuar (*discriminación*) que perpetúan el poder masculino sobre la mujer. La organización genérica de la sociedad patriarcal moderna es productora y reproductora de desigualdades que perjudican, mayoritaria pero no exclusivamente, a las mujeres.

El enfoque de género nos permite ver e interpretar las relaciones de hombres y mujeres, hacer visibles las inequidades e instrumentar modos de desarrollo equitativo de hombres y mujeres. Por lo que es un instrumento valioso para establecer políticas y acciones a nivel nacional, local, global o sectorial con mayores posibilidades de éxito en beneficio de todos y todas.

2.4 CONCEPTO DE GÉNERO

El concepto de "género" es más que una categoría relacional: "es una teoría amplia que abarca categorías, hipótesis, interpretaciones y conocimientos relativos al conjunto de fenómenos históricos construidos en torno al sexo" ²². El género como construcción simbólica, capta los atributos asignados a las personas a partir de su sexo. Estamos hablando de atributos, físicos, económicos, sociales, psicológicos, eróticos, jurídicos, políticos, y culturales que influyen sobre la organización de la sociedad en todas sus vertientes y sirven como la base de la creación de cierto orden de poder. "En conjunto es un complejo mosaico de generación y reparto de poderes que se concretan en maneras de vivir y en oportunidades y restricciones diferenciales"²³.

Estudios sobre temas de género incluyen análisis de relaciones inter- e intra-généricas en los ámbitos privados, públicos, colectivos, íntimos y políticos, de tal manera que las instituciones civiles y estatales son de particular interés ya que "ejercen el consenso al orden de género, y la coerción social"²⁴. Así que, en su dimensión política, el concepto de género ofrece los instrumentos para entender, analizar y transformar el funcionamiento de las diferentes configuraciones y relaciones de poder entre hombres y mujeres en el conjunto de la sociedad, en el estado y en la cultura.

“Género” se refiere a los roles, derechos y responsabilidades diferentes de los hombres y las mujeres, y a la relación entre ellos.

El enfoque de género no se refiere simplemente a las mujeres o los hombres, sino a la forma en que sus cualidades, conductas e identidades se encuentran determinadas por el proceso de socialización. El género generalmente se asocia a la desigualdad tanto en el poder como en el acceso a las decisiones y los recursos. Las posiciones diferentes de las mujeres y los hombres se encuentran influenciados por realidades históricas, religiosas, económicas y culturales. Dichas relaciones y responsabilidades pueden cambiar, y de hecho cambian, a través del tiempo.

El sentido del término género ha evolucionado, diferenciándose de la palabra sexo para expresar la realidad de que la situación y los roles de la mujer y del hombre son construcciones sociales sujetas a cambio.

El concepto de género está enclavado en el discurso social, político, cultural y legal contemporáneo. Ha sido integrado a la planificación conceptual, al lenguaje, los documentos y programas de los sistemas de las Naciones Unidas.

En español la definición clásica, de diccionario, es la siguiente: "Género es la clase, especie o tipo a la que pertenecen las personas o las cosas".

A cada niño (a) se le asigna una categoría sobre la base de la forma y tamaño de sus órganos genitales. Una vez hecha esta asignación, nos convertimos en lo que la cultura piensa que cada uno es -femenina o masculino-. Aunque muchos creen que el hombre y la mujer son expresión natural de un plano genético, el género

es producto de la cultura y el pensamiento humano, una construcción social que crea la verdadera naturaleza de todo individuo.

Martha Lamas (2003) ha trabajado en la consolidación conceptual, y define género como: una categoría social e histórica que se construye a partir de una construcción cultural y simbólica manifestada mediante un conjunto de prácticas, ideas, discursos y representaciones sociales que le atribuyen características específicas a mujeres y hombres que reglamentan y condicionan la conducta objetiva/subjetiva de las personas al tomar como punto de referencia su autonomía.

Por otro lado Cazés (2000) define género como; una visión explicativa y alternativa de los géneros que permite enfocar, analizar y comprender las características que definen a mujeres y a hombres de manera específica así como sus diferencias a partir de las contribuciones feministas a la cultura y a la política.²⁵ Estas posturas delimitan que la definición de género va más allá de una delimitación biológica o sexual, sino que pone de manifiesto la esencia de la persona, de lo que es, de su condición de ser humano, que involucra su pensar, su sentir, en pocas palabras en su vivir socialmente.

Por lo tanto, género son las características políticas, sociales y culturales asignadas a las personas femeninas y masculinas. Se considera como un conjunto de ideas, creencias, representaciones y atribuciones construidas, que marcan los espacios y el rol social diferenciado para unas y para otros.

2.5 EL ENFOQUE DE GÉNERO EN LA SALUD

Dentro del marco de la agenda internacional de desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud, otorga atención prioritaria a la relación entre el género y la salud. Ha demostrado un gran interés en apoyar las iniciativas locales contra la violencia de género, reconociendo su magnitud y prevalencia.

La OPS también ha realizado recomendaciones básicas para erradicar este problema de salud pública de prevalencia mundial, al incluir en la currículum de los futuros servidores públicos de las disciplinas de: psicología, enfermería, trabajo social, medicina y Derecho, suficiente información sobre los estudios de género y su metodología para identificar e intervenir ante la violencia²⁶ y construir propuestas realmente efectivas.

Este aspecto requiere un compromiso específico para el logro de los Objetivos de desarrollo expresados en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. En ese sentido, la OPS coopera con los países del continente americano en la creación de marcos conceptuales y la recolección de pruebas empíricas con el fin de incluir una perspectiva de género en el análisis de la equidad de las políticas del sector de la salud. Asimismo, impulsa actividades coordinadas entre los gobiernos y los grupos de la sociedad civil que abogan por la equidad de género para influir en los procesos de formulación, monitoreo y evaluación del impacto de esas políticas.

La perspectiva de género debe partir del reconocimiento de las profundas inequidades de salud, basadas en el género, ampliamente difundidas en el contexto de salud reproductiva.

La experiencia que se tiene en cuanto al enfoque de género, está basada en una parte de la historia de Salud Integral para la Mujer (SIPAM) que se refiere a los aportes para una propuesta de calidad de la atención con esta perspectiva.

Uno de los propósitos de SIPAM, como organización de la sociedad civil, es defender el derecho a la salud integral de las mujeres, especialmente en las áreas de sexualidad y reproducción.

En 1994 se dieron los primeros pasos en este compromiso a partir de la experiencia en los propios servicios de SIPAM de asesoría ginecológica, de detección oportuna de cáncer uterino y mamario, y de asesoría e información sobre Infecciones de transmisión sexual y de VIH-SIDA.

En 1994 en El Cairo, los consensos que se plasmaron en el programa de acción de la conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), recogieron numerosas propuestas del movimiento de mujeres y colocaron el género en el centro del debate y de los acuerdos de la comunidad internacional.

La calidad de la atención quedó situada como desafiante tarea, en relación con género, sexualidad y reproducción. Bienestar que considerado integralmente, de manera necesaria debía incorporar el poder, la soberanía con respecto a sus decisiones y con el ejercicio de la ciudadanía.

Hilda Reyes Zapata, Laura Cuevas y Miguel Robledo, en su artículo “Modelo de mejora continua de calidad de la atención a la salud sexual y reproductiva con un enfoque de género” contactan con SIPAM y el interés por generar nuevas propuestas de atención en salud de las mujeres desde su experiencia interdisciplinaria.²⁷

Actualmente existe consenso en torno a que la calidad de la atención en los servicios de salud, impacta a mujeres y hombres que acuden como usuarias y usuarios; sin embargo a las mujeres la insuficiente calidad de la atención las afecta de manera diferenciada. Para mejorar esta situación, SIPAM decidió construir, desde el abordaje de género, una propuesta de calidad de la atención basada en la equidad que contribuya a establecer mejores vínculos entre usuarias, usuarios y proveedores del servicio.

2.6 LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL ESCENARIO DE LA SALUD

La perspectiva de género emerge como una categoría de análisis de la realidad social y política a fines del Siglo XX y comienzos del Siglo XXI. De contornos difusos al considerar, que lo femenino y lo masculino son dimensiones de origen cultural en el ser humano, quitando toda relevancia al dato biológico.²⁸ De esta forma, la perspectiva de género sería una clave de interpretación de la sociedad que pretende discernir y denunciar los condicionamientos culturales que oprimen a la mujer y a su vez, que promueve iniciativas para liberar a la mujer de esos condicionamientos.

Una visión dialéctica que sostiene que la historia y la sociedad avanzan por la superación de los contrarios. En la actual perspectiva de género, los que se contraponen son: la relación hombre-mujer, la relación naturaleza-cultura, la relación sexo-género.

Un contexto de "revolución cultural" que supone el desprestigio de la tradición, la "decadencia" de la razón, que ha perdido su vinculación con la verdad y ha supuesto el apogeo de la voluntad y la afectividad y la rebelión contra el orden social.

El marco de la globalización que tiende a generar una cultura dominante y homogeneizante. En particular, en numerosas Conferencias Internacionales el feminismo de género sostuvo la necesidad de trasladar el centro de la atención de la mujer al concepto de género, reconociendo que toda la estructura de la

sociedad, y todas las relaciones entre los hombres y las mujeres en el interior de esa estructura, tenían que ser reevaluadas.

Para esta perspectiva el progreso de la mujer requeriría que se libere a toda la sociedad de las 'construcciones sociales' que puedan significar opresión de la mujer, de modo que el hombre y la mujer sean iguales. Así, la perspectiva de género²⁹ abarca diversas acciones entre las que podemos mencionar:

- Campañas para garantizar a las mujeres el acceso a un "aborto legal y seguro, sin restricciones".
- Legalización de la "esterilización" como método anticonceptivo.
- Actividades de capacitación y difusión de la perspectiva de género, incluyendo campañas en los medios masivos de comunicación social.
- Acciones enfocadas a grupos considerados de riesgo, entre los que se destacan las personas menores de edad, sin garantizar la intervención de la familia.
- Inclusión del "cupo de género" en los distintos niveles de organización social y política.
- Legalización de la unión de personas del mismo sexo con pretensión de que sea equiparada al matrimonio y con posibilidad de adopción.

- En materia educativa estrategias de intervención en los textos escolares en orden a la eliminación de todas las visiones estereotipadas sobre hombre y mujer.

Y esta perspectiva propone la Transversalidad: Se promueve la integración de las cuestiones de género en la totalidad de los programas sociales, de tal modo que sea esta perspectiva el criterio de análisis y de diseño de las políticas públicas.

La idea de integrar las cuestiones de género en la totalidad de los programas sociales quedó claramente establecida como estrategia global para promover la igualdad entre los géneros, en la Plataforma de Acción adoptada en la Cuarta Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer, celebrada en Pekín en 1995. Dicha Plataforma resaltó la necesidad de garantizar que la igualdad entre los géneros es un objetivo primario en todas las áreas del desarrollo social.

En julio de 1997 el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) definió el concepto de la transversalización de la perspectiva de género en los siguientes términos:

"Transversalizar la perspectiva de género es el proceso de valorar las implicaciones que tiene para los hombres y para las mujeres cualquier acción que se planifique, ya se trate de legislación, políticas o programas, en todas las áreas y en todos los niveles. Es una estrategia para conseguir que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, al igual que las de los hombres, sean parte integrante en la elaboración, puesta en marcha, control y evaluación de las

políticas y de los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres puedan beneficiarse de ellos igualmente y no se perpetúe la desigualdad. El objetivo final de la integración es conseguir la igualdad de los géneros."

Esta estrategia de transversalización incluye actividades específicas en el ámbito de la igualdad y acción positiva, ya sean los hombres o las mujeres, que se encuentren en posición de desventaja. Las intervenciones específicas para la igualdad pueden orientarse a las mujeres y a los hombres, con el fin de que puedan participar en la labor de desarrollo y se beneficien de ella por igual.

La transversalización del enfoque o perspectiva de género no consiste en simplemente añadir un "componente femenino" ni un "componente de igualdad entre los géneros" a una actividad existente. Es asimismo algo más que aumentar la participación de las mujeres. Significa incorporar la experiencia, el conocimiento y los intereses de las mujeres y de los hombres para sacar adelante el programa de desarrollo.

Puede entrañar la identificación de cambios necesarios en programas de salud. Quizás requiera cambios en los objetivos, estrategias y acciones para que hombres y mujeres a un tiempo puedan influir y participar en los procesos de desarrollo y beneficiarse de ellos. El objetivo de la integración de la igualdad de género es, por lo tanto, transformar las estructuras sociales e institucionales desiguales en estructuras iguales y justas para los hombres y las mujeres.

El poner en evidencia la desigualdad existente conduce al enfrentamiento y subsiguiente desencanto con la concepción idealista, al plantear esta que las estructuras políticas existentes, los estados y sus leyes pueden establecer la igualdad en el día a día a través de la proclamación de decretos. "Desde esta perspectiva, es posible comprender que las leyes, normas y mitos culturales expresan de diversas formas hechos parcialmente existentes, hechos de eras pasadas o hechos utópicos, que plasman necesidades y deseos de igualdad, reprimidos y subordinados" ³⁰ Todo esto afecta el esfuerzo de reformar el estado ya que exige un cambio de mentalidad entre las mujeres y los hombres, y pone en evidencia las desigualdades que permanecen debido a cierta construcción del estado y ejercicio de poder.

2.7 MODELOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Cabe señalar que estos modelos han sido aplicados exitosamente en materia de salud reproductiva, sin embargo, permiten ser modificados y evaluados en cualquier situación de salud.

El modelo de **Judit Bruce**³¹ considera seis elementos fundamentales que están íntimamente vinculados pero que pueden evaluarse de manera separada:

Elección de métodos. Se refiere a que cada programa de Planificación familiar, en una determinada área geográfica, asegure un acceso al mayor número posible de métodos anticonceptivos.

Información a los usuarios. Considera que los proveedores de servicios deben proporcionar información sobre cómo usar los métodos anticonceptivos, sus beneficios y sus riesgos.

Competencia técnica de los proveedores de servicios.

Relaciones interpersonales. Definidas como el contenido afectivo de la transacción entre el usuario y el proveedor.

Continuidad y seguimiento que debe de dar a los usuarios para conocer el resultado del uso del método prescrito.

Constelación apropiada de servicios. Aborda la integralidad de servicios de salud para dar respuesta a otras necesidades de los usuarios, además de la planificación familiar.

Los 6 elementos de este marco conceptual no están desvinculados. Todos ellos obedecen a antecedentes comunes, políticas del programa, estilos de administración y recursos. Aún así, se pueden separar lo suficiente como para que el personal del programa, los evaluadores o los usuarios especialmente atentos puedan opinar de un modo diferenciado sobre cada uno de ellos. También permiten identificar oportunidades de intervención. Esta autora enfatiza la importancia de la investigación y propone el modelo como herramienta para generar nuevos conocimientos en materia de gestión de salud.

Hilda Reyes Zapata: propone un modelo de mejora continua de la calidad de los servicios en salud sexual y reproductiva, centrado en las (os) usuarias (os) desde una perspectiva de género y desarrollo en dos etapas, la primera se llevó a cabo en SIPAM de la siguiente manera:

- Revisión de la literatura de los sistemas de calidad, género y salud sexual y reproductiva.
- Revisión de las expectativas operativas en el desarrollo de programas de calidad.

- Realizar un diagnóstico organizacional y de la calidad de los servicios de salud de SIPAM por medio de encuestas a proveedoras de servicio y usuarias, revisión documental y observación directa.
- Integración de equipos de trabajo para la mejora de la calidad de los servicios.
- Realización de seminarios y talleres de capacitación en temas de calidad, género y salud reproductiva, tratando de cubrir especialmente, los aspectos identificados con carencias conceptuales y técnicas.
- Identificar procesos necesarios para cumplimiento de los objetivos propuestos.
- Análisis continuo de problemas que interfieran en el cumplimiento de dichos procesos que limitan o impiden los logros.
- Diseño de indicadores que respondan a la necesidad de vigilar la realización de procesos.
- Creación de fuentes de información para la obtención de indicadores.
- Realizar sesiones periódicas de los equipos de trabajo para la reflexión y el análisis conjunto de los avances, logros e impacto en las usuarias y en las proveedoras de servicio durante el desarrollo del modelo de mejora continua de calidad.

Un modelo sumamente innovador y actual, que identifica las necesidades de salud de las mujeres desde una perspectiva de género, es el propuesto por María **Isabel Matamala**³². Ella concibe que:

“Una atención de calidad en salud reproductiva de las mujeres, en el marco de salud integral, resuelve el motivo de consulta, tomando en cuenta la historia, el trabajo, la vida cotidiana, las necesidades y la subjetividad de las usuarias, y a la vez, potencia su autoestima, su autonomía, su dignidad y el ejercicio de sus derechos”.

La autora señala cinco categorías que integran los requerimientos que deben cumplir los servicios de salud:

- A. **Dignificación de las usuarias/os.** Resultado de la interacción entre el servicio y las mujeres, es decir el fortalecimiento de la individuación y autoestima de éstas, potenciando su empoderamiento o autodeterminación. Impacta recíprocamente a la institución de salud, dignificándola también.

- B. **Conciencia, respeto y ejercicio de derechos,** en particular los derechos. Capacidad de asumirse como sujeto de derechos a través de ejercerlos y defenderlos, así como también, la capacidad de promover, reconocer, defender y aceptar el ejercicio de derechos de otras(os).

- C. **Competencia técnica.** Capacidad del sistema de salud y sus integrantes de garantizar conocimientos, habilidades, recursos y tecnologías acordes con el desarrollo científico y humano de la sociedad, así como de aplicarlos para resolver las demandas y necesidades de las mujeres.

D. **Vínculo Interpersonal.** Articulación o desarticulación que se produce en la interacción de proveedoras(es) y usuarias. Está condicionado por factores institucionales (estructurales) e individuales.

E. **Potenciación de comportamientos favorables.** Capacidad de la institución y sus integrantes de generar a través de la interacción entre la persona proveedora y la usuaria, disposición o cambios que contribuyan al cuidado de su salud en lo individual y en los espacios comunitarios. Como son resultado de sus esfuerzos desarrollados desde el servicio, se van a identificar a través del seguimiento con posterioridad a la atención brindada.

El trabajo de Matamala ha sido un insumo importante para las propuestas que las organizaciones civiles hacen respecto a la calidad de los servicios dirigidos a las mujeres, como la elaborada durante el Foro de reflexión colectiva sobre la calidad de la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva, efectuado en 1995 en la ciudad de México, con la participación de 13 organizaciones no gubernamentales de 8 entidades de la república³³.

El modelo de Matamala, asegura que el enfoque de género es una herramienta valiosa no sólo para asegurar un elevado nivel de calidad de los servicios en el escenario de salud reproductiva, sino también para contribuir a superar las inequidades de género en otras áreas de la salud.

Aplicar el enfoque de género permite reconocer la identidad que asumen hombres y mujeres derivada de la asignación de los roles impuestos a partir de su sexo y acordes a su contexto sociocultural, que al ser introyectados determinan muchos aspectos de su conducta y en el ejercicio del poder a todos niveles, generando desigualdad e inequidad en las condiciones de vida, donde con mayor frecuencia son las mujeres las menos favorecidas.

A partir de ese reconocimiento podemos planear acciones para que los procesos de atención sean más efectivos y se obtengan mejores resultados con los servicios que se otorgan, al mismo tiempo que se promueve desde los diferentes ámbitos la igualdad y la equidad entre hombres y mujeres. Todo esto sin duda redundará en una mejor calidad de la atención.³⁴

El enfoque de género da elementos para entender mejor el proceso de salud y enfermedad y, a partir de ello, dar una mejor calidad de la atención a la salud. Es posible acceder mediante el enfoque de género al menos a tres niveles de análisis:

- a) Las diferentes maneras en que hombres y mujeres sufren enfermedades derivadas de sus roles de género (aunque en algunos países desarrollados ya no es tan clara la diferencia, en el nuestro todavía se observa, con variantes en relación a la zona). Por ejemplo: los hombres tienen con mayor frecuencia accidentes, problemas de isquemia de miocardio, alcoholismo, cirrosis hepática y VIH/SIDA; las mujeres padecen más de desnutrición y depresión emocional.

- b) La manera distinta en que se otorgan servicios a hombres y mujeres, como "disparidades de género", consistentes, por ejemplo, en la decisión de realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos de masas cerebrales, de problemas isquemia del miocardio, cáncer del pulmón y trasplantes renales dando prioridad a hombres respecto a las mujeres. En este rubro se considera también el trato personal, tal es el caso durante la atención a mujeres en algunos servicios de ginecología y obstetricia o de hospitalización por diversas causas, donde se acostumbra llamarles "mijita", "mi reina", "vieja", "madrecita", etc, formas paternalistas que minimizan a quien recibe los servicios de salud y fomentan la inequidad. Ese trato no se refleja en la atención a los varones, a los que nunca se les llama "papacito" o "mijito" o "mi rey", sino por el contrario, se les trata por su nombre y anteponiendo el "Señor" o el "Don".
- c) La manera en que las proveedoras y los proveedores de servicios debieran considerar los roles de género, sus consecuencias y su impacto en la salud para dar una mejor atención. Por estudios de diferentes autores se reconoce que muchas mujeres, a consecuencia de la identidad asumida respecto al rol de género asignado socioculturalmente, tienen una baja autoestima, no tienen conciencia de sus derechos, no son asertivas y no ejercen su autodeterminación respecto a su corporalidad, sexualidad, capacidad reproductiva, trabajo e incluso ciudadanía.

De manera importante, esta propuesta considera eliminar acciones indeseables por parte de las/os proveedores(as) de servicios, como la expresión de mensajes que retroalimenten o propicien inequidades de género.

Es indudable que una buena parte del personal de salud realiza varias de las acciones arriba descritas al otorgar la atención, sin embargo, acompañadas de las reflexiones previas y reconociendo el impacto que conllevan, podrán sistematizarse de mejor manera y se contribuirá más efectivamente a superar las consecuencias negativas asociadas al género³⁵ y las inequidades derivadas de ellas y, sin duda, redundarán en el otorgamiento sistemático de un servicio integral y de mayor calidad centrado en las necesidades de las(os) usuarias(os).

2.8 VÍNCULOS ENTRE CALIDAD Y ENFOQUE DE GÉNERO EN EL CUIDADO DE LA SALUD INFANTIL

La calidad en los servicios de salud ha sido abordada por diversos autores que han propuesto metodologías para evaluarla, e incluso asegurarla y garantizarla.³⁶

Su inclusión da elementos para comprender, de manera más completa, el proceso de salud enfermedad y para otorgar un servicio integral en el que se potencie efectivamente la adhesión terapéutica y el cuidado de la salud, y se contribuya a superar las consecuencias negativas de los roles de género y con ello las inequidades. Al mismo tiempo, considerar dicho análisis nos alerta para evitar atender a hombres y mujeres con disparidades de género.

Al aplicar el enfoque de género en el terreno operativo se pueden encontrar las siguientes ventajas, sobre todo cuando el servicio se otorga en niños y niñas:

- a) Directamente potencien la autoestima, autonomía y autodeterminación de las niños y niñas conjuntamente con sus familias (escuchando, reconociendo y tomando en cuenta su saber respecto a su propia salud, favoreciendo el conocimiento de su cuerpo y el auto cuidado, propiciando su participación en la toma de decisiones durante su consulta o tratamiento, evitando usar apelativos que minimicen a la persona.
- b) Que tomen en cuenta el contexto social infantil, reconociendo que su salud depende en gran medida de estos factores.

- c) Enfatizan el reconocimiento y ejercicio de sus derechos, prestaciones en salud, al igual que a recibir una atención de calidad.

- d) Consideren la historia de la mujer y de los niños y niñas, derivada de sus roles de género y sus posibles repercusiones en la salud (miedos, sometimiento, negación, violencia sufrida, riesgo de enfermedades transmisibles, depresión, estrés, dificultad para recibir o demandar servicios de salud, y contribuir en lo posible a superar los aspectos negativos presentes en el momento de la consulta o tratamiento, en un marco de respeto y confidencialidad.

- e) Que propicien la participación bajo consenso, del padre y la madre en la consulta y tratamiento de un niño o niña, y del cuidado general de salud al igual que en aspectos de vida familiar.

Esta propuesta también considera eliminar acciones indeseables por parte de proveedores (as) de servicios, como la expresión de mensajes que retroalimenten o propicien inequidades de género.

2.9 DERECHOS DE LOS NIÑOS EN UNA INSTITUCION DE SALUD³⁷

- 1- Los niños serán internados en el Hospital sólo si el cuidado que requieren no puede ser igualmente provisto en su hogar o en un tratamiento ambulatorio.
- 2- Los niños en el hospital tienen el derecho de estar junto a sus padres o a un sustituto de los padres, todo el tiempo que permanezcan internados.
- 3- Los padres deben ser ayudados y alentados para que compartan el cuidado de sus hijos, y deben ser informados acerca de la rutina de la sala.
- 4- Los niños y sus padres deben tener el derecho de estar informados de manera apropiada para su edad y entendimiento.
- 5- Deben ser tomadas todas las precauciones posibles para evitar en los niños el stress físico y emocional.
- 6- Los niños y sus padres tienen derecho a la participación informada en todas las decisiones que tengan que ver con el cuidado de su salud.
- 7- Cada niño debe ser protegido del dolor, de tratamientos y procedimientos innecesarios.
- 8- En caso de ser invitados a participar en ensayos clínicos o pruebas, los padres deben ser informados detalladamente sobre el procedimiento y,

una vez comprendido, deberán autorizarlo por escrito (consentimiento informado). Si el niño tiene capacidad de comprensión, deberá decidir por sí mismo si quiere participar de dichas pruebas.

9- El niño tiene derecho a compartir su internación con otros niños que tengan las mismas necesidades de desarrollo y, salvo en casos de necesidad extrema, no deben ser internados en sala de adultos.

10- Los niños deben tener oportunidad de jugar, recrearse y educarse de acuerdo con su edad y condiciones de salud y posibilidades del hospital.

11- Los niños deben ser cuidados por personal capaz de responder a las necesidades físicas y emocionales de los infantes y sus familias.

12- Debe disponerse por todos los medios posibles, la continuidad del tratamiento y el cuidado, tanto por el equipo de salud como el grupo familiar a cargo de la niña o el niño.

13- Cada niño debe ser tratado con tacto y comprensión y su privacidad debe ser respetada en toda circunstancia. Esto incluye los medios de comunicación masiva.

14- Debe tratarse por todos los medios de que el niño se sienta protegido y acompañado, cualquiera sea la circunstancia por la que se halla internado.

2.10 POLITICA DE LA OPS EN MATERIA DE IGUALDAD DE GÉNERO

La Política de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en materia de igualdad de género, política que fue oficialmente adoptada por el Consejo Directivo de esta Organización, mediante la Resolución CD46.R16 del 30 de septiembre de 2005.

El contenido de esta política refleja el compromiso inalterable de la OPS con los principios de equidad, respeto a los derechos humanos y el ejercicio de ciudadanía, así como la voluntad de sumarse activamente a la corriente mundial dirigida a eliminar cualquier forma de discriminación por razones de género. Es una expresión asimismo de la determinación institucional de fortalecer la eficacia y la eficiencia de la práctica de la salud pública en las Américas.

En concordancia con la Política de Género de la OMS (2002) y los mandatos de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), la OPS ha hecho explícito que integrará consideraciones de equidad de género en todas las facetas de su trabajo, incluyendo acciones de cooperación técnica, desarrollo de políticas nacionales, y manejo de los recursos humanos dentro de la institución misma y en el sistema de salud.

Adicionalmente, y como instrumento crítico para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2001), esta política se orienta hacia el logro del tercero de tales objetivos, “igualdad de género y empoderamiento de las mujeres” el cual

ha sido destacado como un fin en sí mismo y como condición necesaria para alcanzar los objetivos restantes.

Los retos planteados por esta política son, ciertamente, considerables y su superación exige no solo la acción decidida de todas las instituciones del sector, sino también, de la colaboración de los sectores de gobierno involucrados con salud, de la academia, de otras agencias nacionales e internacionales y de manera central, de la sociedad civil organizada.

La documentación de las diferencias por sexo en la salud y sus determinantes se constituye en el pilar básico del desarrollo de acciones dirigidas a eliminar desigualdades injustas entre las mujeres y los hombres en su doble condición de beneficiarios(as) y proveedores(as) de salud. Acentúo el término de proveedores(as) para enfatizar que los objetivos de igualdad de género que orientan esta política se aplican no solo al ámbito de las instituciones de salud, sino también, al de la participación democrática en la distribución de responsabilidades, compensaciones y poder en el proceso de desarrollo de la salud.³⁸

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio que por su **diseño** es de tipo no experimental, transversal y de campo, su **alcance** es Descriptivo y Exploratorio, el **enfoque** es Mixto de triangulación metodológica QUAN+qual. Cuantitativo porque todos los instrumentos elaborados se les denotara un número para mejor interpretación de los resultados y Cualitativo, por que se estudiaran los aspectos subjetivos de la atención, desde el punto de vista de la usuaria/o y del mismo proveedor (a) de salud.

3.2 VARIABLE

Calidad de la atención

Medida en cinco **Dimensiones del Modelo de Isabel Matamala**: Dignificación de usuarias/os, Conciencia, respeto y ejercicio de derechos, Competencia técnica, Vínculo interpersonal, Potenciación de comportamientos favorables y las dimensiones de estructura, proceso y resultado.

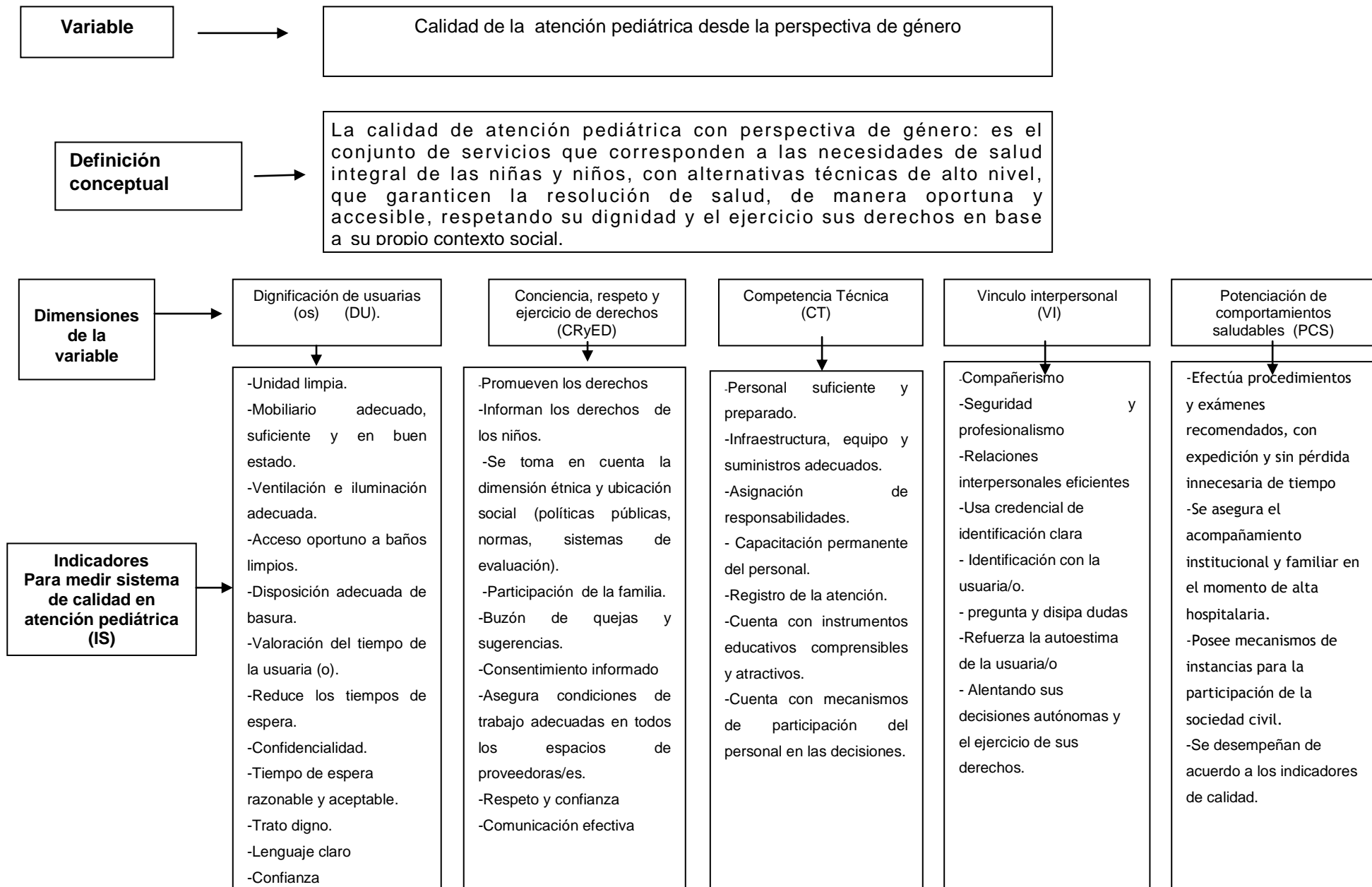
3.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LA VARIABLE

La calidad de atención pediátrica con perspectiva de género es:

El conjunto de servicios que corresponden a las necesidades de salud integral de las niñas y niños, con alternativas técnicas de alto nivel, que garanticen la resolución de salud, de manera oportuna y accesible, respetando su dignidad y el ejercicio de sus derechos en base a su propio contexto social.

(Autora: Alicia Hernández Cantoral. creado el 17 Marzo 2010)

Esquema 1. Definición conceptual y operacional de la variable en base al modelo de María Isabel Matamala.



En el esquema anterior se muestran parte de los 100 indicadores del modelo de Isabel Matamala, en las cinco dimensiones del modelo. Se descartaron los que están enfocados específicamente al área de salud reproductiva.

Los indicadores elegidos ayudaron a la elaboración de los instrumentos para este estudio citados en este trabajo.

3.4 UNIVERSO POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo lo constituye el 100% del fenómeno de estudio de médicos y enfermeras del servicio de urgencias en los diferentes turnos, y los usuarias/os y/o tutores de este servicio, en el Instituto Nacional de Pediatría.

La muestra será para los proveedores no probabilística, ya que se tomara el 100% del personal médico y de enfermería, del servicio de urgencias pre-hospitalización y hospitalización. Médicas/os 24 (No se detalla el género porque existen residentes que rotan por el servicio y se encuestará a los que en el momento de la aplicación del instrumento estén en el servicio.

Enfermeras 36 y 2 enfermeros

La muestra de las usuarias y usuarios se calculó en base al número de ingresos otorgados en el mes anterior a la aplicación del instrumento.

(Abril) Ingresos: **1114**

Se entrevistaron a las madres, padres y/o tutores, de los menores ingresados al servicio de urgencias.

FORMULA:
$$n = \frac{NZc^2 PQ}{d^2 (N - 1) + Zc^2 PQ}$$

N = 1114 pacientes

Zc² = zeta crítica o nivel de confianza o margen de error aceptado
5% que equivale a 1.96 de error

P = Proporción aproximada de población que posee la característica de Interés. (0.85)

Q = La proporción aproximada que no posee la característica de interés. (0.15)

d = Intervalo de confianza (0.05)

Substitución $1114 (3.8416) (0.85) (0.15)$ $(4279.5424) (.1275)$

$$n = \frac{1114 (3.8416) (0.85) (0.15)}{0.05^2 (1114 - 1) + (3.8416) (.1275)}$$

$$n = \frac{(4279.5424) (.1275)}{2.7825 + .489804}$$

$$n = \frac{545.641656}{3.272304} = \mathbf{167}$$

n= 167 = 14.99 % DE LA POBLACIÓN

3.5 UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Padres o Tutores de pacientes que se encuentre en el servicio de urgencias:

- Con expediente provisional (Folio) ó expediente institucional.
- Que sean capaces de contestar la cédula.
- Con previo consentimiento informado.
- Ingresados al servicio de urgencias con más de 3 hrs de estancia en el servicio.

El tipo de muestreo que se utilizó fue de tipo probabilístico, ya que el subgrupo de la población determinado (n = 167) tuvieron la misma posibilidad ser elegidos de manera aleatoria.

3.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN

No se estudiaron:

Todas aquellas personas que no proporcionaron su consentimiento para la entrevista y el llenado de la cédula.

El personal de enfermería y medicina con menos de un mes de tiempo laboral en el instituto, y proveedores que no dieron su consentimiento para el estudio.

Se excluyeron los cuestionarios incompletos y confusos en su llenado.

3.7 RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de los datos se realizó a través de las técnicas de:

Entrevistas a profundidad audio grabada a usuarias/os, y a proveedoras/es complementando esta información con una nota de campo, que se realizaron al finalizar la entrevista y mediante la realización del procedimiento de consentimiento informado escrito. En base a esta información se trabajaron las categorías del modelo de Isabel Matamala.

Las entrevistas fueron audio grabadas y transcritas textualmente, buscando obtener la percepción de la calidad de la atención, donde se afirmó, la manera muy particular de percibir, de sentir y de expresar sus emociones respecto del fenómeno de la calidad de la atención.

También se aplicó un cuestionario tipo Liker. Elaborado en base al modelo propuesto y a la consulta de expertas/os en estudios de género, salud pediátrica y calidad de la atención. Uno para usuarias/os y otro para proveedores de salud.

3.8 INSTRUMENTOS:

Se utilizaron cuatro instrumentos:

- Cuestionario para usuarias/os. (Anexo 1)
- Cuestionario para proveedoras/es. (Anexo 2)
- Guía para entrevista a profundidad a usuarias/o. (Anexo 3)
- Guía para entrevista a profundidad para proveedoras/es. (Anexo 4)

- Hoja de consentimiento informado

Los cuestionarios se elaboraron en base a los indicadores del modelo de Isabel Matamala, (uno para usuarias/os y otro para proveedores) en ambos casos se realizaron con 3 apartados, el primero muestra los datos socio-demográficos, el segundo muestra información para calificar calidad y el tercero muestra una escala tipo likert, para calificar calidad de atención según estructura, proceso y resultado, se anexaron 2 preguntas abiertas sobre la percepción de la atención brindada. Los datos fueron procesados en el software SPSS versión 18 integrados de la siguiente manera:

Instrumento Usuarías/os (anexo 1)

Con un total de 52 ítems.

Formados de la siguiente manera, según las dimensiones:

Perfil del usuario/a preguntas: 1-13 **13=ítems**

Categoría: Dignificación de usuarias/os. Preguntas: 14-22, 25-35, 44 **12= ítems**

Categoría: Conciencia y Ejercicio de Derechos. Pregunta: 23, 40-43 **7=ítems**

Categoría: Competencia Técnica. Preguntas: 36-39 **6= ítems**

Categoría: Vínculo Interpersonal. Preguntas: 26-27, 33, 41-42 **6= ítems**

Categoría: Comportamientos Favorables. Preguntas: 49-52 **6= ítems**

Estructura 23-27,29-31,41-42, T=10

Proceso 16,18,28,32-36,38,43,45,47 T=12

Resultado 14-15,17,19-22,37,39-40,44,46,48-**49,50** T=15

Preguntas abierta: 51 y 52.

Instrumento Proveedoras/es (anexo 2)

Con un total de 47 ítems.

Formados de la siguiente manera, según las dimensiones:

Perfil del proveedor/a pregunta: 1-9 t=9 **ítems**

Categoría: Dignificación de usuarias/os. Preguntas: 11, 16-25, 46 **12 =ítems**

Categoría: Conciencia y Ejercicio de derechos. Preguntas: 13, 28-32 **6 =ítems**

Categoría: Competencia Técnica. Preguntas: 10, 12, 15, 34-36 38 **7 =ítems**

Categoría: Vínculo Interpersonal. Pregunta 26-27, 33, 37, 41-42 **6=ítems**

Categoría: Comportamientos Favorables. Preguntas: 14, 39-40, 43-45, 47

7= ítems

Estructura 12,15,16-20,22-23,33-35,37,41 T=14

Proceso 21,25-26,28-32,36,38,40,42,45-**46** T=14

Resultado 10-11,13-14,24,27,39,43-44,**47** T=10

Preguntas abiertas: 46 y 47

Específicamente en todo el instrumento, los ítems están clasificados con las siguientes iniciales, en la columna izquierda, para ubicar la dimensión de:

E= Estructura

P=Proceso

R= Resultado

3.9 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

En cuanto a la confiabilidad, se llevó a cabo una prueba piloto con 30 informantes en un hospital similar al del estudio, para detallar la consistencia interna de los ítems y su funcionalidad.

Arrojando un alfa de chombach de 0.8 para ambos instrumentos.

Para la validación de contenido, el instrumento se sometió a jueceo de expertas/os en estudios de Género y calidad de la atención (4 expertas).

3.10 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Para este estudio se consideró el principio de Anonimato y Privacidad del reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación. (1987)

Titulo segundo Cáp. I Art. 14 fracción V que se refiere al Consentimiento informado de los sujetos implicados en una investigación.

El principio de privacidad del Art. 16 que hace referencia al anonimato de los sujetos de investigación, por lo que no se solicitará el nombre al proveedor/a y usuaria/o, entrevistado y se les respetará su libertad de decidir participar o no en el estudio. Se tomaran en cuenta los principios de autonomía, justicia, confiabilidad, confidencialidad, beneficencia y no maleficencia.

Se realizó una hoja de consentimiento informado, para la elaboración de las entrevistas a profundidad, sometida a evaluación del comité de calidad institucional.

Se registró el protocolo en la Unidad de Investigación y ética del Instituto Nacional de Pediatría, para su aplicación en el servicio y tiempo acordado. Reportando los resultados y hallazgos del estudio.

3.11 TRIANGULACIÓN METODOLÓGICA

Una vez obtenidos los datos cuantitativos, se sometieron a pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas. Para los datos cualitativos se realizó una caracterización de las personas que participaron en la entrevista, para identificar las categorías evaluadas (dimensiones del modelo).

Para tener un mejor acercamiento a la complejidad del fenómeno de estudio se realizó una triangulación metodológica ya que ofrece más ventajas que el uso de un solo método, de hecho se considera que la suma a profundidad a un estudio, da fuerza al desarrollo del conocimiento, a la construcción de teorías y a la resolución de problemas.³⁹ Ambos métodos son complementarios, constituyen diferentes aproximaciones al estudio.

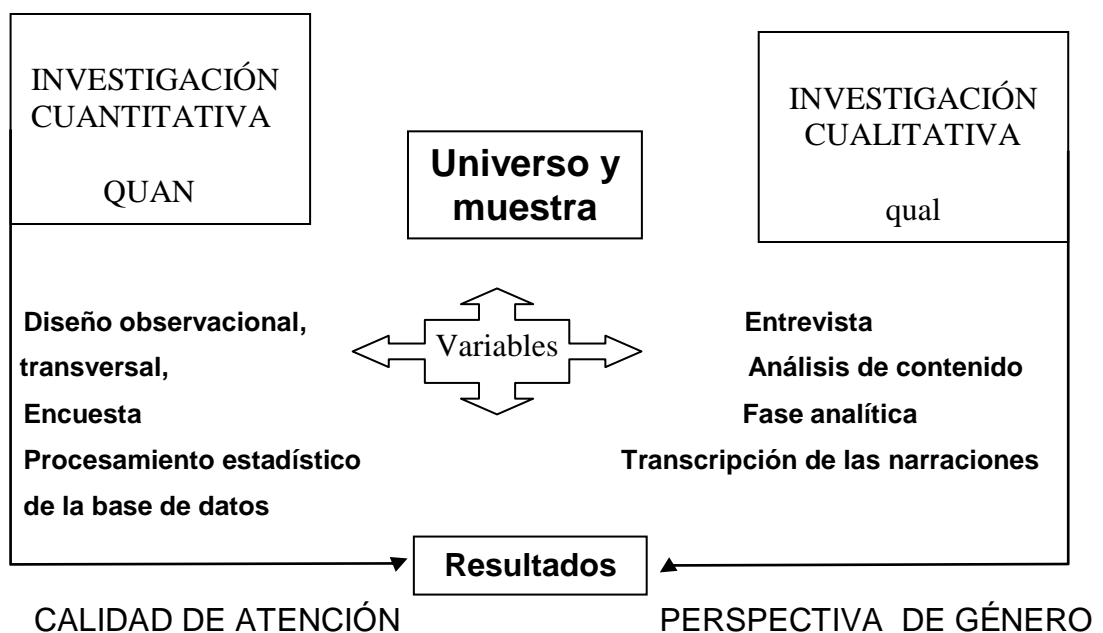
Por analogía, las técnicas triangulares en las ciencias sociales intentan explicar más concretamente la riqueza y complejidad del comportamiento humano, estudiándolo desde varios puntos de vista, utilizando datos, tanto cualitativos como cuantitativos. Existen 4 tipos básicos de triangulación en investigación: 1) de fuentes de datos, 2) de investigadores, 3) de teorías y 4) de métodos de investigación.⁴⁰

La triangulación entre métodos es una forma más sofisticada de combinar métodos disímiles para iluminar la misma clase de fenómenos, lo racional en esta estrategia es que las flaquezas de un método constituyen las fortalezas de otro; y con la combinación de métodos, los observadores alcanzan lo mejor de cada cual, superan su debilidad.

El enfoque mixto ofrece varias ventajas para ser utilizado,⁴³ como se observa en el siguiente esquema: donde el tipo de triangulación metodológica usada en este estudio fue QUAN+qual, esto quiere decir que el método cuantitativo fue complementado con métodos cualitativos.

El proyecto de origen es deductivo y está direccionado por las dimensiones de las características para evaluar la calidad de atención.

Esquema 2. Triangulación metodológica



CAPÍTULO IV DE RESULTADOS

En este apartado se presenta la triangulación de datos cuantitativos y cualitativos y se establecen las relaciones entre éstos, se muestran los datos separados entre usuarias/os y proveedoras/es para seguir un orden, conjuntamente se muestran los discursos obtenidos de las entrevistas a profundidad, para completar la información por dimensiones.

4.1 USUARIOS

La muestra estuvo constituida por 167 usuarios distribuidos en los diferentes turnos del servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría, a los cuales se les aplicó una encuesta con 50 ítems, distribuidos de la siguiente manera: a) del 1-13 describen el perfil del usuario, b) del 14-22 la calidad de atención, c) del 23-48 es una escala de Likert que miden las cinco dimensiones de la perspectiva de género en la atención pediátrica y d) del 49-50 son preguntas abiertas con comentarios y sugerencias para mejorar la calidad de atención. Todos los datos fueron procesados en el programa SPSS versión 18.

Las características socio-demográficas de las usuarias/os se observan en el (cuadro 1), donde por cada 7 mujeres se entrevistó un hombre.

4.1.1 Perfil del usuario

Como se observa en el (cuadro 1), las/os usuarias/os que solicitan el servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría, acuden por el prestigio que esta

institución tiene (26%). A pesar de ser un hospital descentralizado del sector público, que atiende a población no derechohabiente, en un 18% se encontró que cuentan con algún tipo de seguridad social. Por otro lado, el 25% de los entrevistados menciona que acuden por el buen trato y un 14% por recomendación.

Del lugar de procedencia destaca un 57% son personas de D.F, el 34% acuden de los estados de Querétaro, Guerrero y Veracruz.

En cuanto al motivo de consulta de primera vez, estas personas declaran haber solicitado un servicio de urgencias, en un 33% por accidentes, en personas subsecuentes que han utilizado el servicio más de dos veces, destaca que el 15% acude por problemas asociados algún proceso infeccioso de vías respiratorias y gastrointestinales, 28 % complicaciones referentes a quimioterapias e inmunosupresores (pacientes con padecimientos onco-hematológicos) y un 24% acude por descontrol de crisis convulsivas. De esta base de datos el 14% acudió por primera vez, y el 86% de pacientes cuenta con un expediente en esta institución. (Figura 1)

Del total de la muestra se encontró que el 85% eran urgencias reales, sin embargo las urgencias sentidas aun ocupan los espacios de urgencias. Esto es debido a la angustia que tienen los padres ante el cuidado de salud de sus hijos y a la falta de educación que se tiene sobre una verdadera urgencias de salud.

Uno de los indicadores para medir calidad de atención, es la percepción del tiempo de espera por parte de los usuarios/as de los servicios de salud. (figura 2) En este caso se encontró que independientemente del tipo de consulta y del tiempo de espera los usuarios/as califican el tiempo de espera de manera razonable.

4.1.2 Percepción de la calidad por parte del usuario

Se encontró que el 93% calificó que si se respetan los derechos de los niños en el servicio de urgencias. Afirmando con la declaración de usuario:

“Nos gusta como nos tratan, es como todo, siempre se va a encontrar con gente comprometida y no comprometida con su trabajo, pero siento que en general si toman en cuenta nuestros derechos en esta institución”

Aunque esta declaración no denota respeto absoluto a los derechos humanos, se puede tomar en cuenta la percepción que se tiene al recibir atención.

Al cuestionar de que personal habían recibido mal servicio, el 39% declaró haber sufrido algún tipo de maltrato, como indiferencia, incompreensión y falta de comunicación, ubicando al médico en primer lugar como personal de trato inadecuado con un 17%, y ponderando con el 11% al personal de enfermería y vigilancia en igual porcentaje. Al preguntar de que personal ha recibido mejor servicio se encuentra la enfermera 55%, el 42% la médica y el 3% médico, no registrando al personal enfermero.

Dentro de los datos obtenidos de la entrevista a profundidad con respecto al trato percibido por parte del proveedor/a argumenta usuaria de 22 años:

“ El trato es bueno, siento que las enfermeras si estan en su papel, pero cuando ingresé, el policia no permitió que entrara mi esposo, eso me molesto, tambien los médicos no estan de buenas, además no se me informo a tiempo, pero la atención que recibimos la califico como buena...”

El lenguaje que utilizó el personal de salud, el usuario lo califica como claro y sencillo en un 81% y a un 14% se le hizo difícil de entender.

Cuando se preguntó si utiliza el buzón de quejas, sugerencias y felicitaciones, solo el 22% lo ha utilizado y el 60% desconoce este derecho.

Al cuestionar como perciben el trato del personal de salud, se encontró que el 56% lo califica al personal de enfermería como excelente, un 34% bueno y el 10% restante como regular, sin embargo, al personal médico el 61% lo califica como bueno, 14 % excelente. 23% regular y 2% como malo.

Dentro de la percepción de haber sufrido algún tipo de abuso o discriminación al recibir atención se encontró que el 13% acepta haber sido maltratado, y de este porcentaje el 81% se quedó callado por el miedo a represalias contra su niña/o, el 10% acudió a trabajo social, 7% levanto una queja directiva y solo el 2% enfrentó la situación en el momento. Donde una usuaria del servicio retiró:

“Cuando llegue a este hospital, mi niño estaba muy grave, llegue muy nerviosa, a lo mejor me porte grosera, espero me hayan entendido, pero me sentí incomprendida al principio, se que hacen su trabajo y lo hacen bien, aveces uno se queda callado, cuando no se recibe buen trato, por miedo a que ya no reciba atención... he estado en varios hospitales, pero se que aquí estaré mejor...”

Al preguntar como percibe la calidad de los servicios de salud pediátrica de esta institución en sus cinco categorías descritas, calificaron como excelente un 55% y 45% como bueno, descartando regular y deficiente.

Dentro de la percepción que las usuarias/os precisaron en las entrevistas a profundidad, declara usuario de 46 años:

“La calidad de atención es cuando resuelven problemas de salud de manera rápida y de la mejor manera, y donde tomen en cuenta nuestras necesidades, el servicio que recibí lo califico como excelente”

Mujer de 22 años reitera lo siguiente:

“La calidad es que te traten bien, que se utilice todo para curar, que te digan que esta pasando todo el tiempo, aquí en este servicio la calidad es buena”

Como se puede apreciar tanto el dato objetivo como el subjetivo tienen alguna similitud, en cuanto a la percepción de la calidad de atención.

Con respecto a las dimensiones medidas para evaluar la calidad de atención, según la propuesta de Donabedian se encontró que la calificación de la dimensión de **estructura** con una puntuación mínima de 25 y la máxima de 45, con una media de 37 ± 6 , de 45 puntos. En la dimensión de **proceso** la calificación tiene una media de 43 ± 6 de una mínima de 32 y una máxima de 50, siendo esta dimensión la que obtuvo mejor calificación. Para la dimensión de **resultado** se encontró una calificación media de 29 ± 4 , con una mínima de 21 y una máxima de 35, de 35 puntos como se observa en el (cuadro 2). Donde también se aprecian la frecuencia de calificación de acuerdo al instrumento (ítems), observando que las primeras opciones muy de acuerdo y de acuerdo tienen la mayor frecuencia de respuestas. Sin embargo en la (figura 4) se puede apreciar la calificación porcentual de cada dimensión del modelo de Isabel Matamala, donde los usuarios/as califican con un 70.7% muy de acuerdo a la dimensión de respeto y ejercicio de los derechos humanos, eje fundamental para medir calidad desde la perspectiva de género.

El instrumento aplicado tiene las cinco dimensiones de Modelo de Matamala (Dignificación de usuarios, respeto y ejercicio de los derechos humanos, competencia técnica, vínculo interpersonal y comportamientos favorables) pero dentro de estas dimensiones los ítems están identificados para medir estructura, proceso y resultado de la atención, es por eso que se muestran los datos separados de esta manera.

En la (figura 3) Se puede apreciar la calificación total de calidad (sumatoria de las dimensiones de estructura, proceso y resultado), donde se obtuvo una media de

118±14, de un total de 130 puntos, donde la calificación mínima fue de 78 puntos y la máxima de 129 puntos.

4.1.3 Estadística Inferencial de la muestra de usuarias/os

La Estadística inferencial o Inferencia estadística estudia cómo sacar conclusiones generales para toda la población a partir del estudio de una muestra, y el grado de fiabilidad o significación de los resultados obtenidos.

Al relacionar la variable sexo con la percepción del tiempo para conocer si hombres y mujeres califican de manera igual esta percepción, si se encontró significancia donde usuarias/os califican de manera diferente los servicios de salud. Como se observa en el (Cuadro 3).

La proporción de hombres que consideran que el tiempo de espera para la atención del servicio de urgencias es razonable, es diferente a la proporción de mujeres que refieren que el tiempo de espera es de regular a prolongado. (cuadro 3) ($\chi^2=8.933$, con gl.=2 p=0.011).

Así mismo se comprobó que existen diferencias en la preferencia de usuarias/os que acuden al servicio de urgencias del Instituto nacional de Pediatría de acuerdo a su edad (cuadro 4) encontrando una significancia de ($\chi^2=47.220$, gl.=20 ,p=0.001) que indica que los sujetos con edad de 16 a 25 años que prefieren acudir a este instituto por el prestigio es diferente entre las personas de 26 y 25 años que prefieren acudir por la gratuidad (seguro popular) y el buen trato.

Por otro lado, al medir la percepción de la calidad, en las dimensiones de Estructura, Proceso y Resultado se encontraron diferencias estadísticamente significativas al correr una prueba de estadística paramétrica: ANOVA de una vía, para demostrar si existe alguna relación de la calificación con la edad del usuario, encontrando que la percepción de los usuarios sobre la dimensión de resultado se encontró una $p < 0.05$. Donde se desconoce el grupo de edad donde se encuentra la diferencia, por lo que se corre la prueba post-hoc tests, encontrando que el grupo que da la diferencia es el de 46 a 55 años Vs los grupos de edad establecidos. (Cuadro 5) en la dimensión de proceso ($F= 2.506, gl=4, p< 0.044$). En cambio los grupos que dan la diferencia en la dimensión de Resultado es el de 16 a 25 años Vs los grupos establecidos ($F= 2.506, gl 4, p<0.013$) en esta misma dimensión de resultado el grupo de edad de 46 a 55 años Vs grupos establecidos, también se encontraron diferencias ($F=2.506, gl 4, p<0.028$). A grandes rasgos se puede decir que las personas de más de 46 a 55 años califican mejor el proceso de atención, sin embargo las personas entre los 16 y 25 años se enfocan en calificar mejor la dimensión de resultado.

También se llevo a cabo una correlación entre las variable de edad (rangos) con la de la calificación total, que se obtuvo de la dimensiones de Estructura, Proceso y Resultado, destacándose que aunque la asociación es débil según los criterios de Colton, sin embargo explica una significancia estadística donde ($r_p = 0.194$ y $p= 0.012, r^2 0.038$) y se puede interpretar que a más edad se tienen mejor percepción de la calidad de atención (figura 5).

4.1.4 Calidad de atención para el usuario/a

Dentro de las preguntas abiertas se encontraron los siguientes datos, al preguntar sobre “Que consejos se daría a otras personas que utilizan estos servicios, para que les vaya mejor” destacan 72 respuestas de 167: donde de acuerdo a las contestaciones de saco una frecuencia de respuestas, se sacaron porcentajes, donde se mostró lo siguiente: ser respetuosos (65%), cumplir con indicaciones médicas (12%), preguntar dudas del tratamiento (6%), llegar temprano a las citas un (7%) y con un (10%) participar en el proceso de atención. Ante este cuestionamiento resalta lo que dice una mujer de 22 años:

“Para mejorar la calidad, se tienen que poner en el lugar de mamá y papá, porque el sufrimiento, de tener un hijo o hija enferma es muy grande, la angustia de poder perderlo, de ver a nuestros hijos indefensos y de que no está en nuestras manos, nos hace tener que confiar en extraños, pero cuando ves que el trato es bueno, eso te tranquiliza...”

En la pregunta sobre: “que comentarios y sugerencias tienen para mejorar la calidad de atención de los servicios” destacan 78 respuestas de las 167 personas cuestionadas, donde las respuestas recaen en tomar en cuenta la opinión del usuario (55%), comprender las necesidades del usuario/a (13%) y más respeto (18%), cabe mencionar que no todas/os las/os encuestados contestaron estas preguntas. Para completar esta pregunta se muestra el testimonio del usuario entrevistado:

“Esta bien que me pregunte estas cosas, siento que se preocupan por lo que sentimos y de cómo vemos la atención que dan, no se olviden que somos personas con necesidades, a veces quisiéramos que nos atendieran rápido, pero uno también debe de entender que no somos los únicos, pero sí me gusta como cuidan a los niños aquí... no veo que traten diferente a alguien por ser mujer o hombre”

Al cuestionarles si querían ser atendidos por personas de un solo sexo, declaran lo siguiente, usuaria:

“Me da igual, en la actualidad hombres y mujeres tienen los mismos derechos, eso no es lo importante al solicitar atención, pero creo que atienden mejor las mujeres”

Esto lo sustenta el aspecto cultural que se tiene sobre el cuidado de la mujer.

Sin embargo el usuario reiteró:

“Eso era en los tiempos pasados, ahora ya todos estudian y se tiene la misma oportunidad, sin embargo yo veo más mujeres aquí que hombres, pero también veo que ya somos más hombres los que participamos en la atención de los hijos...”

4.2 PROVEEDORES

Dentro de los objetivos de este estudio residió, evaluar la percepción de la calidad de atención pediátrica desde la perspectiva de género, tanto de usuarias/os como de proveedoras/es del servicio de urgencias de un Instituto de tercer nivel de atención pediátrica. Es por eso que se aplicó un instrumento en este servicio para los proveedores de salud (médicas/os enfermeras/os) que se encontraron en el momento de la aplicación de la cédula de encuesta, elaborada de los 100 indicadores del modelo de Isabel Matamala que consta de 50 ítems, distribuidos de la siguiente manera: a) del 1-9 describen el perfil del proveedor/a, b) del 10-15 la calidad de atención, c) del 16-45 es una escala de Likert que miden las cinco dimensiones de la perspectiva de género en la atención pediátrica y d) del 46-47 son preguntas abiertas con comentarios y sugerencias para mejorar la calidad de atención. De igual manera los datos fueron procesados con el programa SPSS versión 18. También se muestran los resultados de las entrevistas a profundidad (una médica de 30 años, una enfermera de 38 años, un médico de 42 años y un enfermero de 26 años)

4.2.1. Perfil de las y los Proveedores de salud

Dentro de las características de los proveedores se puede destacar, que se encuestaron a 47 mujeres con una media de edad de 32 ± 7 y 15 hombres con una edad media de 32 ± 8 (cuadro 7). De los cuales el 60% son enfermeras, el 6% son enfermeros, 22% son médicas y el 12% son médicos, predominando el sexo femenino y la profesión de enfermería. Con una antigüedad laboral de 7

años, sobresale que el 71% de los proveedores de salud tienen menos de 10 años de trabajar en el instituto y el tiempo máximo de laborar fue de 29 años (figura 6).

Al cuestionar porque prefieren laborar en esta institución, el 52% refirió que lo hace por el prestigio institucional, sin embargo solo el 5% prefiere por que recibe un buen trato y solo el 3% lo hace por el buen compañerismo (figura 7).

El turno de las y los proveedores de la muestra fue equitativo, (figura 8) sin embargo resalta la opción de que el personal que trabaja con horario especial y por guardia es de (22%) esto es referente en el personal médico.

4.2.2 Calidad de atención desde la perspectiva del proveedor/a

Al indagar si habían negado el servicio por falta de personal, material, instrumental, equipo o medicamentos se encontró que el 16% se ha enfrentado ante esta situación.

Sin embargo al preguntar como perciben la calidad de los servicios de salud pediátrica en esta institución se encontró que (26%) califica el servicio como excelente, el (66%) como bueno y el (8%) como regular.

Al preguntar abiertamente que es “dar calidad de atención” el enfermero declaró:

“Es dar un servicio adecuado a nuestros pacientes pediátricos, sin negligencias”

Enfermera:

“Es dar un trato adecuado con calidez, un trato respetuoso, donde se utilicen todos los recursos humanos, físicos y materiales, para satisfacer las necesidades de salud, tomando en cuenta sus necesidades ”

Médica:

“Es brindar una atención oportuna, que solucione el problema de una familia, dada con respeto”

Médico:

“Atención rápida, eficaz y adecuada”

Como se puede apreciar la respuesta del médico, es más práctica a diferencia de su colega.

En el ítem 13 se cuestionó si habían recibido maltrato o discriminación en esta institución, en el cual respondieron que sí un (47%), al preguntar qué acción habían llevado a cabo el (76%) respondió que no hizo nada por miedo a represalias y castigos, el 10% enfrentó la situación dialogando en el momento y (14%) lo reportó a su jefe inmediato, cabe mencionar que se desconoce el tipo de evento por el tipo de pregunta y si este fue real o sentido.

Por otro lado al indagar sobre, si las funciones que realizan son acordes al puesto que se desempeña con su nivel académico el (73%) respondió que sí y el (13%) respondieron que realiza funciones con mucha responsabilidad y no se le remunera como tal.

Para enfatizar este punto de vista también se preguntó si creía tener el perfil idóneo para brindar atención pediátrica, el 6% refiere no tenerlo. Siendo esto alarmante porque se encuentran ejerciendo acciones de las cuales no están convencidos.

Dentro de la evaluación total de la calidad de atención pediátrica por parte de los proveedores de salud se encontró una calificación de 106 ± 10 de una calificación total de 150 puntos. (figura 9) La calificación mínima fue de 89 y una máxima de 136 de 150 puntos, de la escala que mide las dimensiones de estructura, proceso y resultado. Sin embargo dentro de esta misma dimensión de calificación de la calidad, también se encuentran obstáculos donde de manera subjetiva se encontró lo siguiente:

Médico:

“Falta de motivación e interés por los directivos para la superación profesional, variantes idiosincráticas como la existencia de una sociedad machista, brechas en la comunicación vertical y la horizontal no está del todo bien, la gente que está en los altos mandos a veces no tiene la preparación adecuada...”

Médica:

“Expectativas altas de los usuarios, falta de recursos físico, a veces los padres no están dispuestos a cooperar, largos tiempos de espera, hay niños vienen ya manejados por otras unidades de salud, deteriorados y a

veces no hay mucho que hacer, cada vez existen patologías más complejas, faltan enfermeras, la comunicación es adecuada hacia el paciente y su familia, pero entre el gremio no, yo me llevo mejor con una enfermera y un enfermero que con mis iguales, como médica me encuentro con la limitante de que para el familiar soy señorita o enfermera, en cambio el médico siempre es el doctor”

Enfermera:

“La limitante más grande es que nos tocan muchos pacientes de 7 a 12 aproximadamente y no se puede dar buena atención, también falta material y equipo, la comunicación a veces no es buena entre compañeros, sobre todo con los médicos, a ellos no les gusta que les sugieras algo”

En este párrafo resalta la relación enfermera paciente, donde los indicadores nacionales en pediatría por enfermera son 6 pacientes por turno.

Enfermero:

“ Los obstáculos que veo, son que yo por ser hombre me traten diferente, a veces me siento incomodo de trabajar con muchas mujeres, cuando hay pacientes recomendados se ve la diferencia en el trato, también falta material y más enfermeros”

Se pueden apreciar las aportaciones que dan las y los proveedores sobre su percepción sobre las limitantes que enfrentan para dar una adecuada calidad de atención, se unifica sobre estándares de estructura y de comunicación.

Para saber si existe diferencia significativa de acuerdo a la edad sobre la preferencia de laborar en esta institución se utilizó la prueba no paramétrica chi-cuadrada, donde se evaluó si existía relación proporcional entre la preferencia de laborar en esta institución de acuerdo a la edad, se encontró una significancia de ($\chi^2= 27.786$, $gl.=10$, $p=0.002$), que indica que la proporción de sujetos con edad de 21 a 30 años y de 41 a 50 años prefieren trabajar en este instituto por el prestigio es diferente con las personas entre 31 y 40 años ya que prefieren laborar por la cercanía y el buen trato. (Cuadro 6)

También se encontró significancia al medir la proporción por tipo de profesión y la preferencia de laborar en la institución. Donde se encontró que la preferencia de laborar en esta Institución es diferente de acuerdo a la profesión, con una significancia de $\chi^2= 40.594$, $gl.=15$, $p=0.0001$, que indica que la proporción de proveedores que prefieren trabajar en la institución por prestigio es diferente por la profesión de enfermero que prefiere laboral por el sueldo percibido.(Cuadro 8)

4.2.3 Estadística inferencial de los resultados de las y los proveedores

Se corrió la de t de student, encontrando significancias estadística para medir la calidad de atención pediátrica dentro de los proveedores, en base a las tres dimensiones de calidad. Encontrando que la percepción del profesional sobre si tiene o no el perfil idóneo para desempeñar servicio de atención pediátrica en el servicio de urgencias, se encontraron diferencias significativas en cuanto a la percepción de proceso ($t= 6.369$, $gl=23$, $p= 0.006$) y para la dimensión de

resultado ($t= 5.456$, $gl=21$, $p= 0.0001$) por lo tanto los proveedores de salud que califican que si tienen el perfil idóneo para desempeñar sus funciones, califican mejor la dimensión de proceso (46 ± 6) y resultado (20 ± 3) (Cuadro 9). Esto se sustenta con la elección de trabajar en la institución por el prestigio y al desempeñar sus funciones por vocación.

4.2.4. Calidad de atención para el proveedor/a

En las preguntas abiertas se ponderó, que dentro de las medidas tendientes a perfeccionar la práctica pediátrica destacan; mejorar las medidas de seguridad (33%), fomentar un entorno de equipo y compañerismo (45%), reconocimiento profesional (18%) y el (4%) respetar los derechos laborales.

En sugerencias y comentarios para mejorar la calidad de atención solo 45 proveedores respondieron esta pregunta, de los cuales el (76%) refiere que debe existir una adecuada dotación de material y equipo, el (22%) declara que debe de existir más personal calificado y el (2%) menciona deben de tener más educación los usuarios para ocupar los servicios de urgencias.

Al indagar sobre el trato entre mujeres y hombres, respondieron lo siguiente:

Medica:

“Siento que no se da el trato que merecemos, nunca se nos motiva, solo nos utilizan para sacar la chamba, creo que aun se tiene que trabajar en busca de identidad, como médica me enfrento a un trato diferente con el médico, ellos por tener bata blanca ya es respetado, sin embargo a mi aun se me confunde con la enfermera, y por otro lado para unas personas soy

la señorita, todavía hay una barrera cultural, y es notorio que la mayoría del personal que trabaja en pediatría es femenino”

Enfermera:

“Cada vez vienen más hombres al servicio, responsables de la salud de su hija o hijo, ahora la mujer trabaja más, por lo tanto los papás son los que traen al niño, eso es bueno, no me ha tocado ver que alguna persona solicite ser atendido por un sexo en particular, eso en pediatría no ve”

Para los proveedores del sexo masculino, esta connotación no es significativa, dentro de sus respuestas niegan que exista un trato diferente al brindarse atención.

4.4 CUADROS Y FIGURAS

Cuadro 1. Características socio demográficas de las/los usuarias/os

	Femenino		Masculino	
	(n=145)		(n=22)	
Edad (años)	34 ± 12		36 ± 12	
Lugar de procedencia		%		%
DF	90	62	5	23
Edo. México	11	8	4	18
Otro	44	30	13	59
Cuentan con seguridad social		%		%
SÍ	30	21	1	5
NO	115	79	21	95
Tipo de seguridad social utilizada		%		%
IMSS	8	6	2	9
ISSSTE	2	1	0	
Secretaria de salud	45	31	1	5
DDF	10	7	4	18
Servicio privado	25	17	1	5
Centro de salud	48	33	14	63
Otros	7	5	0	
Preferencia de atención		%		%
Por el prestigio	36	25	5	23
Por cercanía	0		3	14
Por motivos económicos	26	18	1	5
Por el buen trato	31	21	11	48
Por recomendación	23	16	1	5
Por otra razón	29	20	1	5

Cuadro 2. Ítems por dimensión de la calidad de atención percibida por las usuarias/os.

DIMENSIONES	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En Desacuerdo	Muy en desacuerdo	DE ±
Estructura						37±6
1. Limpieza de aéreas	45	46	18	58	-	
2. Señalización	64	81	22	-	-	
3. Iluminación adecuada	94	55	-	18	-	
4. Ventilación adecuada	36	107	9	15	-	
5. Condiciones de mobiliario adecuadas	64	63	36	4	-	
6. Material y equipo suficiente	46	66	37	18	-	
7. Medicamentos y soluciones indispensables	68	63	27	-	-	
8. Personal necesario	72	64	9	22	-	
9. El personal es de alto nivel	81	68	18	-	-	
Proceso						43±6
10. Se respetan los DH	72	50	45	-	-	
11. Lenguaje claro y sencillo	105	20	-	42	-	
12. Se respeta su privacidad	82	64	18	4	-	
13. Se le respetó	100	54	9	4	-	
14. Se le inspiró confianza	91	54	18	4	-	
15. Uso gafete visible	73	72	9	13	-	
16. Personal fue amable	73	72	18	4	-	
17. Se solicitó consentimiento	112	46	3	-	-	
18. Respondieron sus dudas	77	81	4	-	-	
19. Enfermería es atento	85	55	27	-	-	
20. Se le refirió a otro servicio	65	56	19	18	9	
21. Se le informó oportunamente	72	72	23	-	-	
Resultado						29±4
22. La atención es pronta y oportuna	64	76	18	9	-	
23. La atención cumple con sus expectativas	68	81	18	-	-	
24. Se sintió agredida/ o maltratada/o	27	45	27	28	40	
25. Se brinda atención de calidad	83	75	9	-	-	
26. Recomendaría los servicios	82	72	13	-	-	
27. Le proporcionaron plan de alta	72	58	37	-	-	

Cuadro 3. Percepción del tiempo de espera por sexo de las y los usuarios del servicio de urgencias del Instituto Nacional Pediatría. 2010

	Mujeres (n=145)	Hombres (n=22)
Tiempo de espera		
Muy prolongado	35 (24%)	5 (23%)
Regular	68 (47%)	4 (18%)
Razonable	42 (29%)	13 (59%)*

*Prueba χ^2 * $p = < 0.05$*

Cuadro 4. Preferencia de las/os Usuarías/os de acudir al servicio de urgencias del INP de acuerdo a su edad.

	Prestigio	Cercanía	Gratuidad	Recomendación	Buen trato	Otra razón
16 – 25 años (n=49)	15 (30%)	1(2%)	0	9(19%)	10(20%)	14(29%)
26 – 35 años (n=51)	9 (18%)	0	16(31%)*	12(23%)	9(18%)	5(10%)
36 – 45 años (n=41)	11 (27%)	1(2%)	10(24%)	1(2%)	12(30%)	6(15%)
46 – 55 años (n=15)	4 (27%)	0	0	1(7%)	8(53%)*	2(13%)
56 - 66 años (n=11)	2 (19%)	1(9%)	1(9%)	1(9%)	3(27%)	3(27%)

*Prueba χ^2 * $p < 0.05$*

Cuadro 5. Percepción por dimensión de la calidad de atención percibida por los usuarios de acuerdo a la edad.

Dimensiones	Estructura	Proceso	Resultado
Edad en Años	Media	Media	Media
16 a 25 (n=49)	35±4	28±5	42±4 ‡
26 a 35 (n=51)	37±7	44±7	29±4
36 a 45 (n=41)	37±5	43±5	29±5
46 a 55 (n=15)	38±5	46±5 *	31±4 +
56 a 66 (n=11)	35±6	45±7	30±5

ANOVA de una vía con prueba de Dunnett como posthoc * $p=0.044$, + $p=0.028$, ‡ $p=0.013$

Cuadro 6. Preferencia de laborar en esta institución de acuerdo a la edad del proveedor/a

EDAD	Prestigio	Cercanía	Sueldo	Compañerismo	Trato digno	Otra
21 a 30 años (n=32)	22(69%)*	0	5(16%)	2(6%)	1(3%)	2(6%)
31 – 40 años (n=22)	6(27%)	8(36%)*	3(14%)	0	1(5%)	4(18%)
41 – 50 años (n=8)	4(50%)*	0	0	0	1(13%)	3(37%)

Prueba X^2 * $p < 0.05$

Cuadro 7. Características socio demográficas de las y los proveedores de salud del servicio de urgencias del INP. Mayo 2010.

	Femenino	Masculino
Total	n=47	n=15
Edad (años)	32 ± 7	32 ± 8
Grado máximo de estudios		
Nivel técnico	14	1
Bachillerato	6	3
Licenciatura	13	4
Especialidad	13	7
Maestría	1	0
Turno laboral		
Matutino	15	3
Vespertino	8	4
Nocturno	11	1
Jornada acumulada	1	1
Otros	12	6
Preferencia de trabajar en esta Institución		
Por el prestigio	22	10
Por cercanía	7	1
Por motivos económicos	6	2
Por el buen compañerismo	1	1
Por ser tratado con respeto	2	1
Por otra razón	9	0

Cuadro 8. Preferencia de laborar en el INP y la profesión del proveedor de salud.

Profesión	Prestigio	Cercanía	Sueldo	Compañerismo	Buen trato	Otra
Enfermera (n=35)	13(37%)*	8(23%)	5(14%)	0	1(3%)	8(23%)
Enfermero (n=4)	1 (25%)	0	2(50%)*	0	1(25%)	0
Médica (n=15)	13 (86%)*	0	1(7%)	0	0	1(7%)
Médico (n=8)	5 (62%)*	0	0	2(25%)	1(13%)	0
Total	32	8	8	2	3	9

*Prueba X² * p < 0.05*

Cuadro 9. Calificación de las dimensiones de calidad y el perfil del usuario.

VARIABLE	Con Perfil (n=58)	Sin perfil (n=4)
Estructura	41±6	38±4
Proceso	46±4*	44±1
Resultado	20±3*	17±1

*Prueba t de Student *p<0-05.*

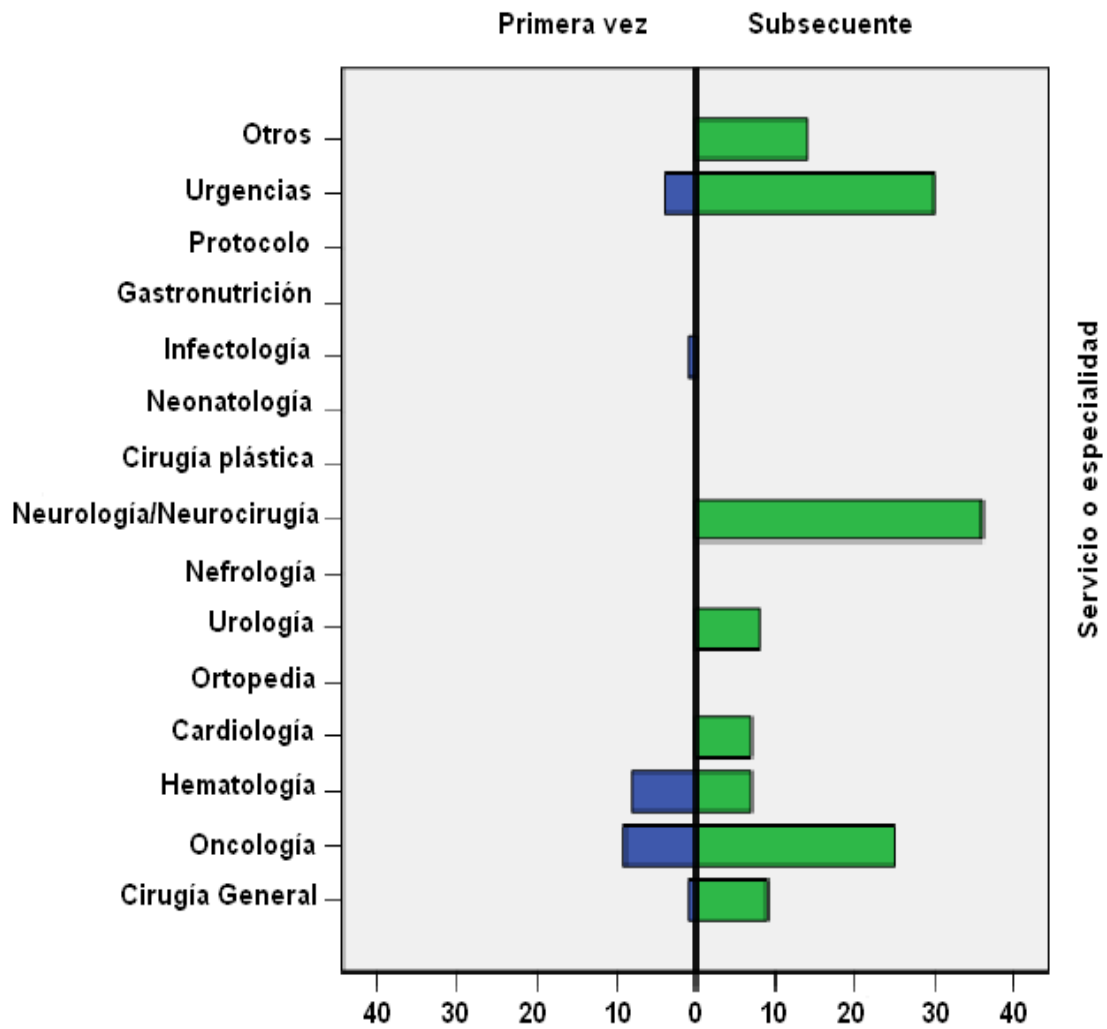
4.3 Caracterización de la muestra cualitativa

Cuadro 10. Características de las personas entrevistadas

PROVEDORA/OR	EDAD	ANTIGÜEDAD EN AÑOS	CARGO
ENFERMERA	35	15	Lic. c/ Especialidad
ENFERMERO	28	3	Lic. enfermería
MÉDICA	30	2	Residente (2° año)
MÉDICO	43	17	Directivo

USUARIO/O	EDAD	SUBSECUENTE	EDAD HIJA/O
MADRE	22	NO	2 (Hijo)
PADRE	46	SI	13 (Hija)

Figura 1. Servicio o especialidad solicitado en el servicio de urgencias de acuerdo al tipo de consulta.



Fuente Directa: 167 usuarios (madres, padres y tutores) del servicio de urgencias durante Mayo del 2010.

Figura 2. Perspectiva del tiempo de espera por parte del usuario del servicio de urgencias de acuerdo a su tipo consulta.

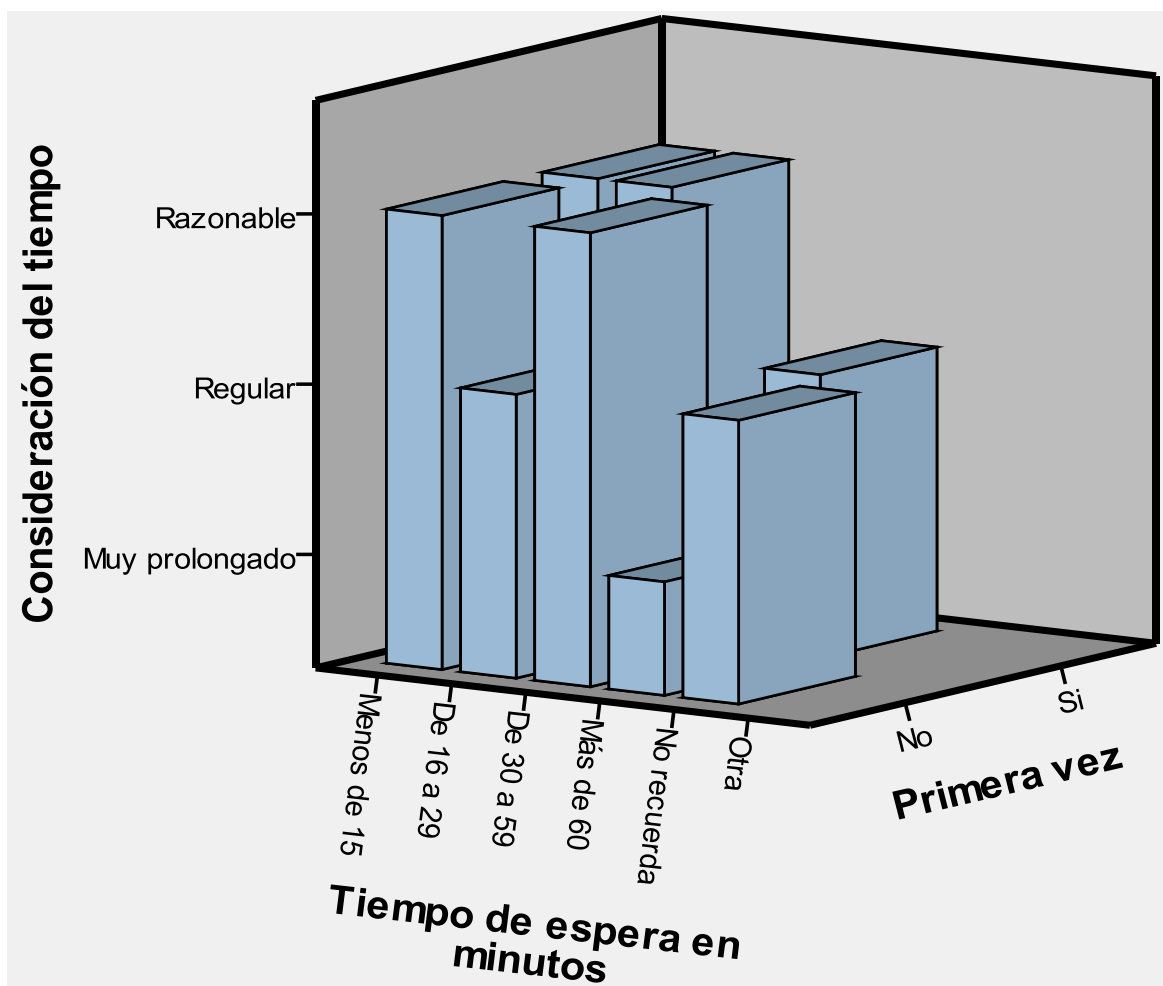


Figura 3. Calificación total de la calidad de atención con perspectiva de género de los usuarios de urgencias del INP. Mayo.2010.

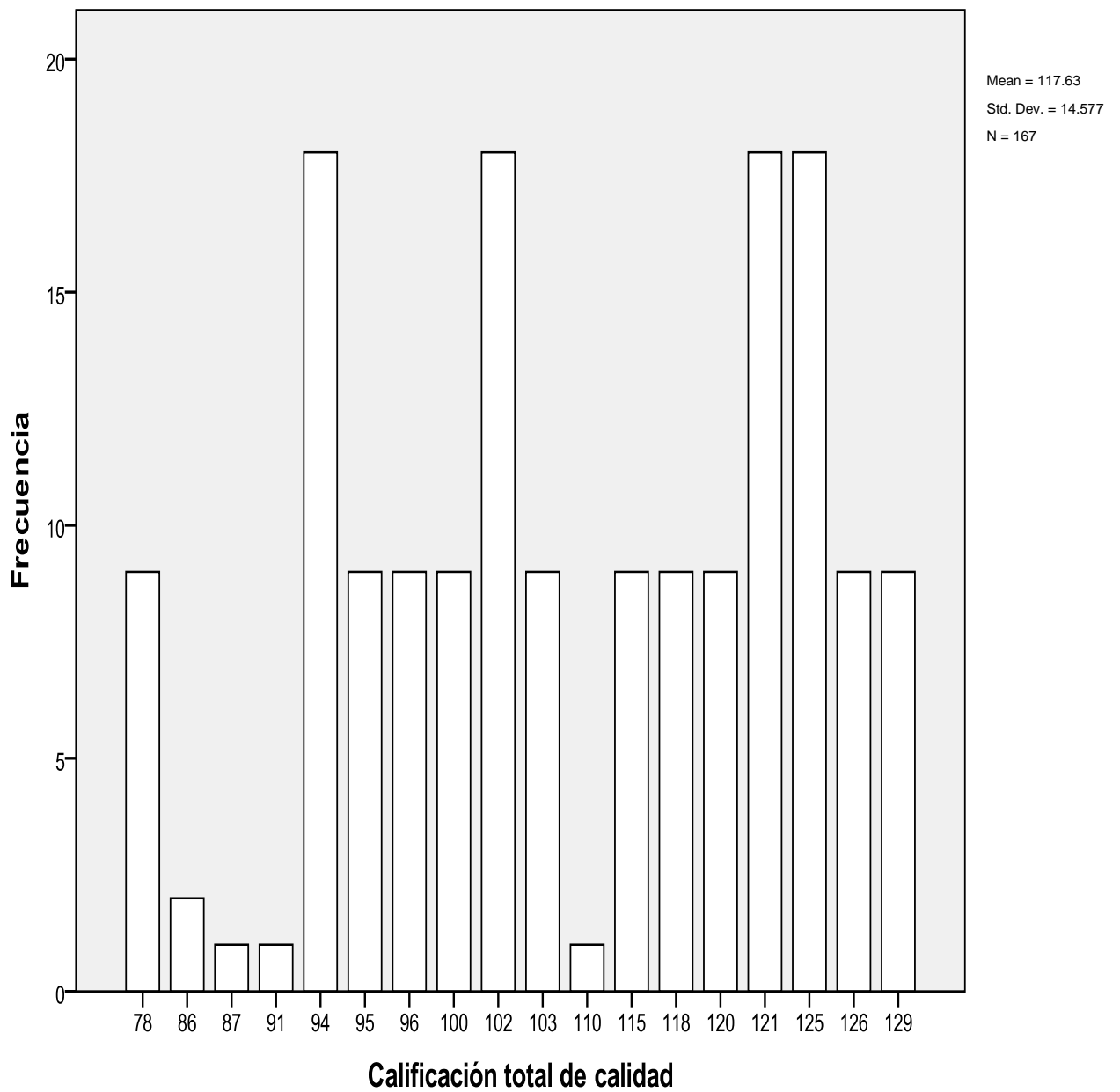


Figura 4. Calificación por dimensión del modelo de calidad desde la perspectiva de género, por parte de los usuarios de urgencias del INP. Mayo 2010. Según la escala tipo likert.

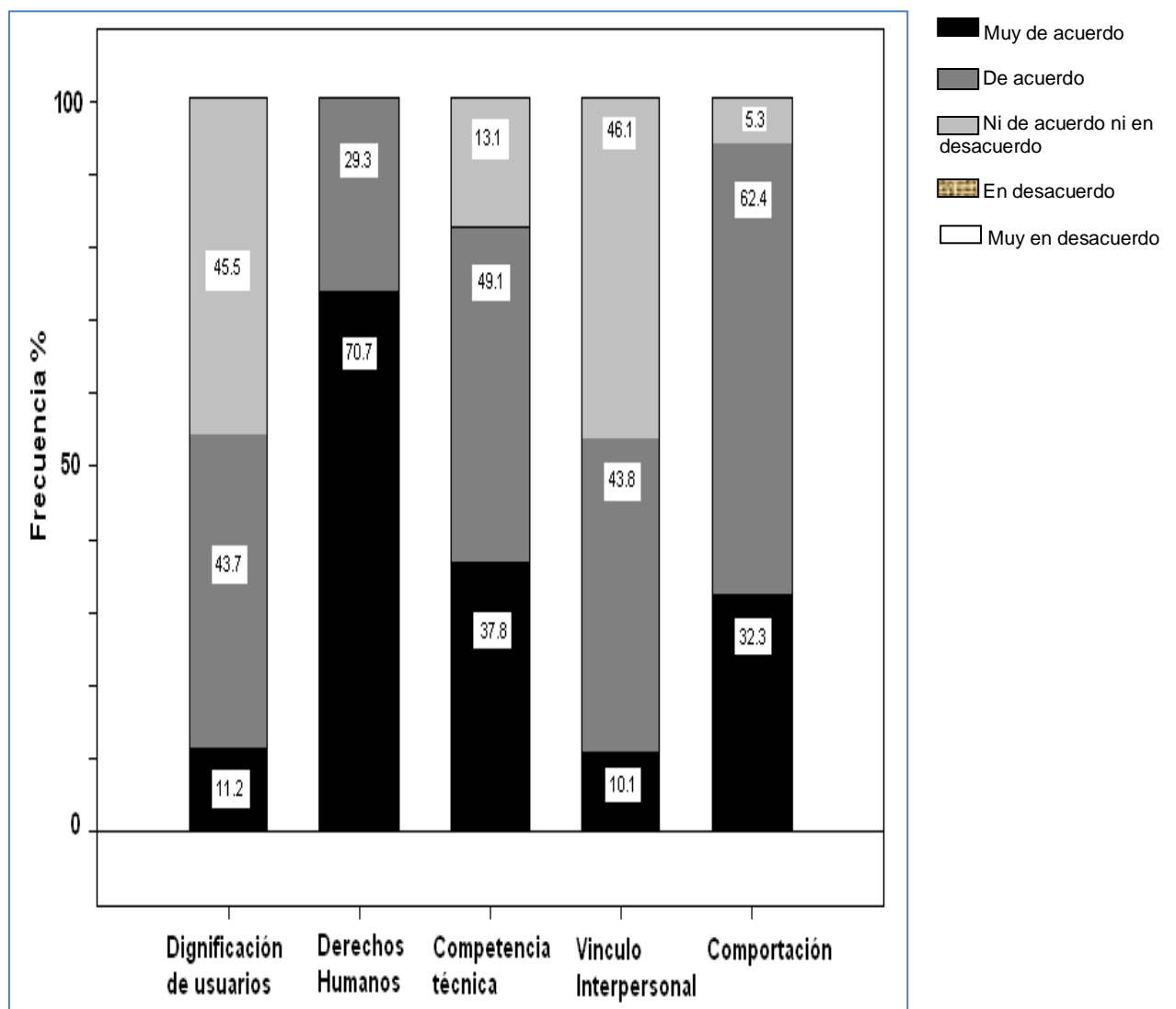


Figura 5. Correlación entre edad de Usuarios/os y la calificación de la calidad de atención

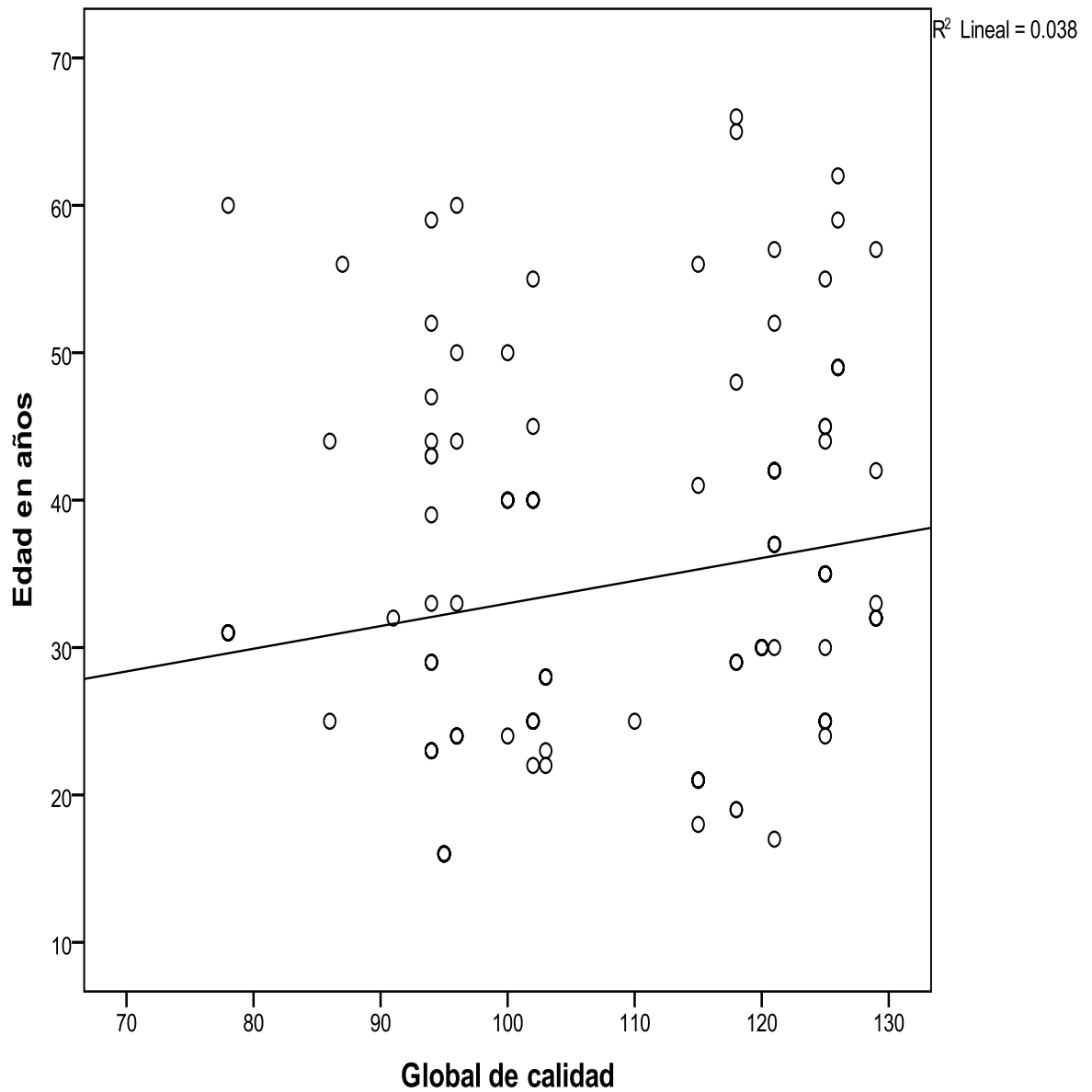


Figura 6. Profesión de las y los proveedores del servicio de urgencias con relación a su antigüedad laboral en años.

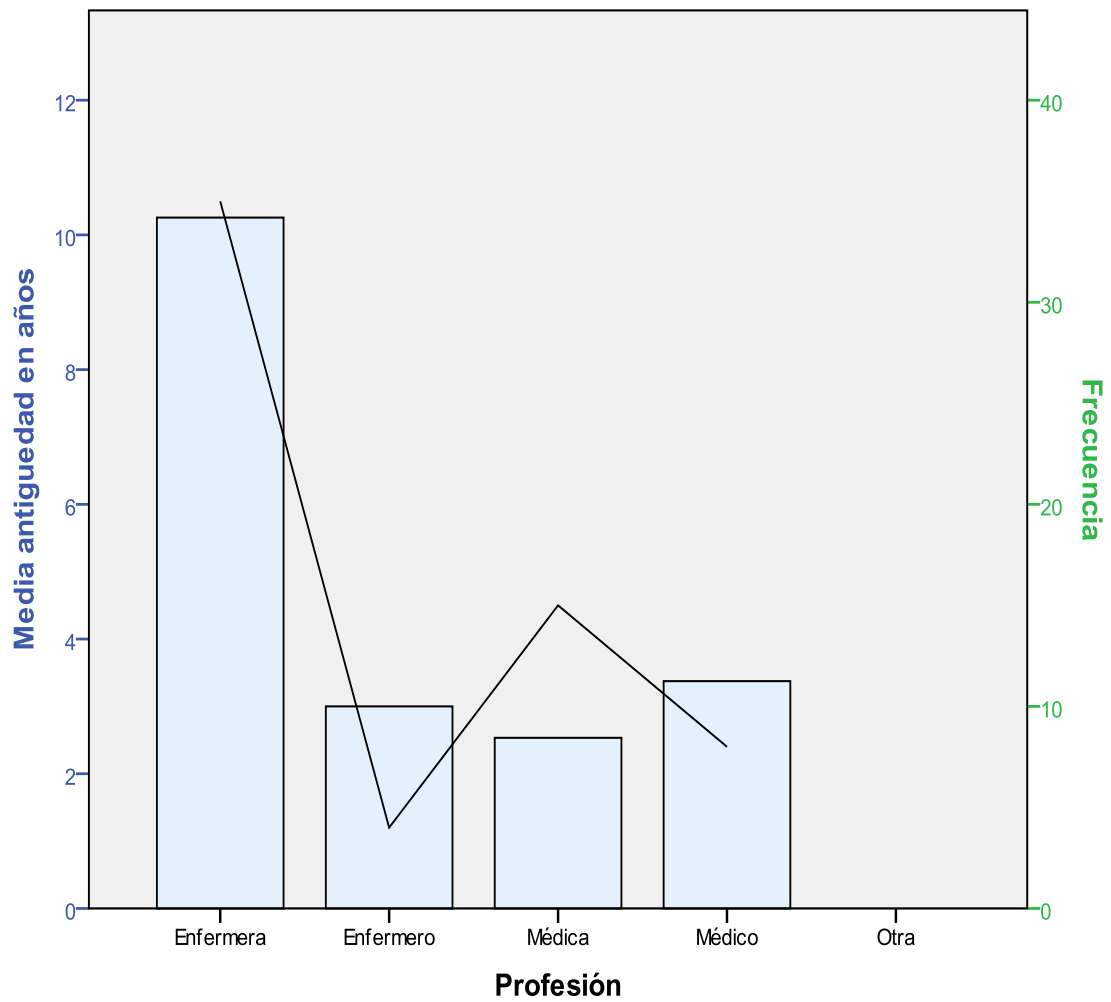


Figura 7. Preferencia de los usuarios para laborar en el INP. Mayo 2010.

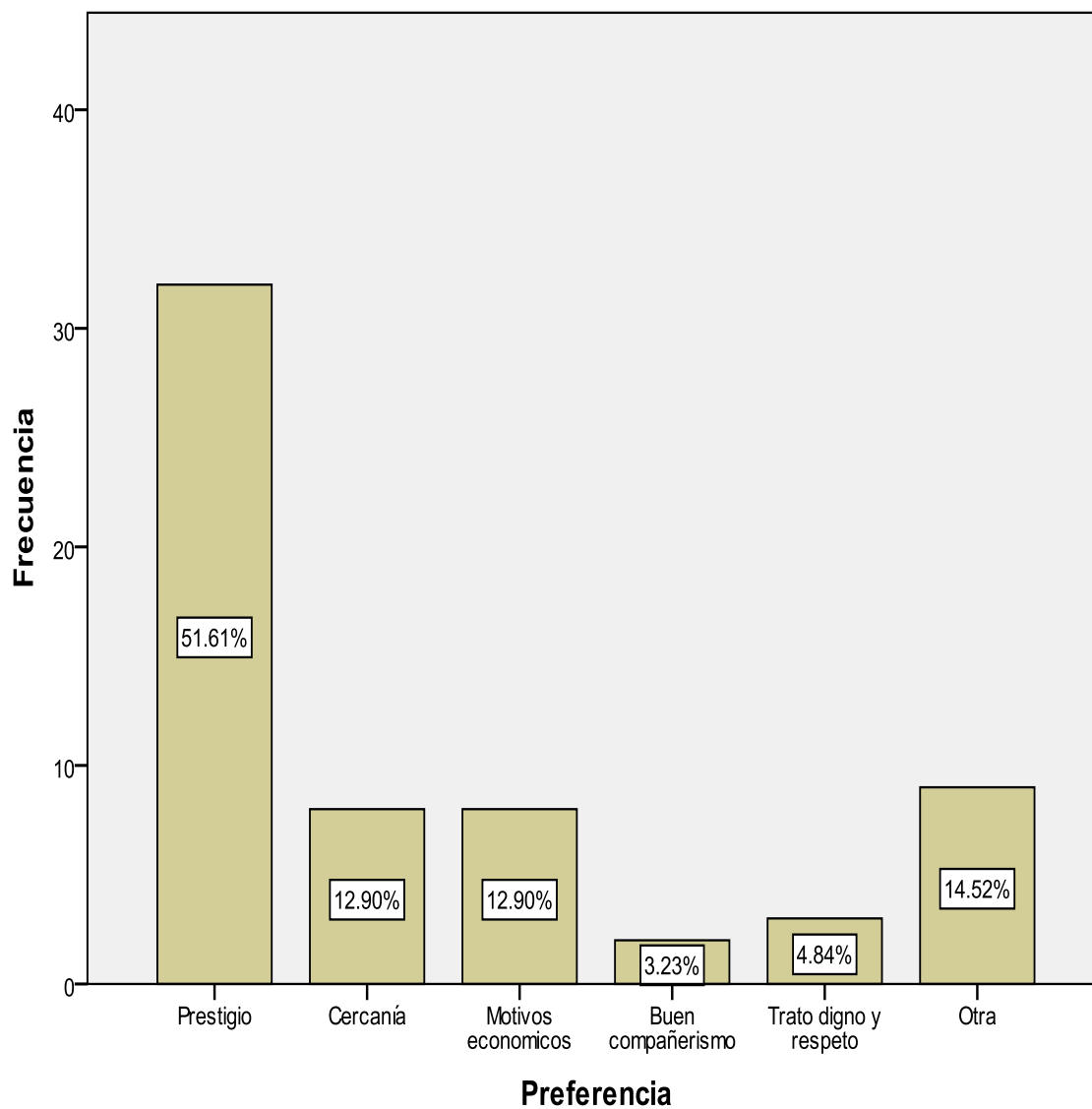


Figura 8. Turno laboral de las y los proveedores de salud del INP mayo 2010.

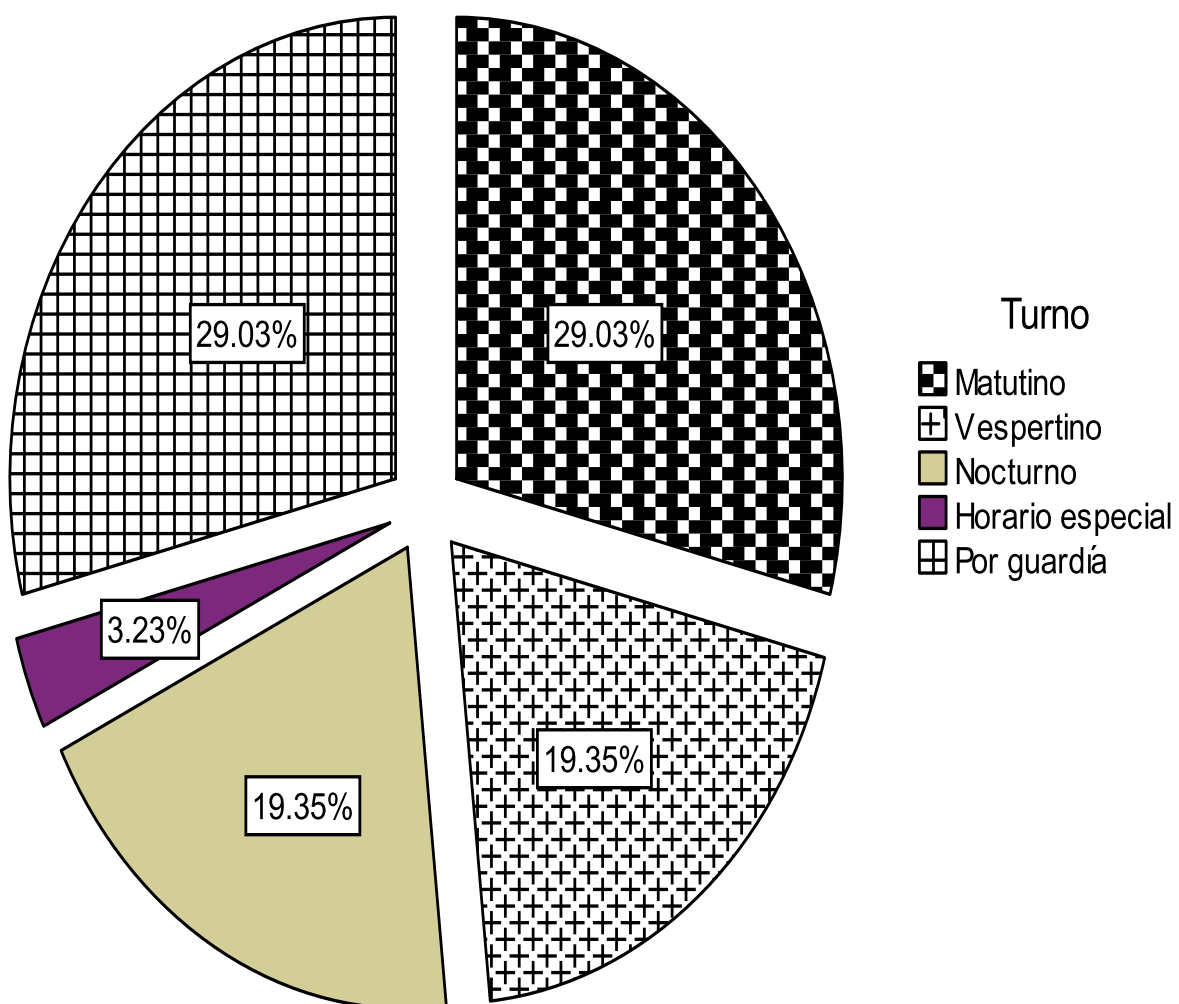
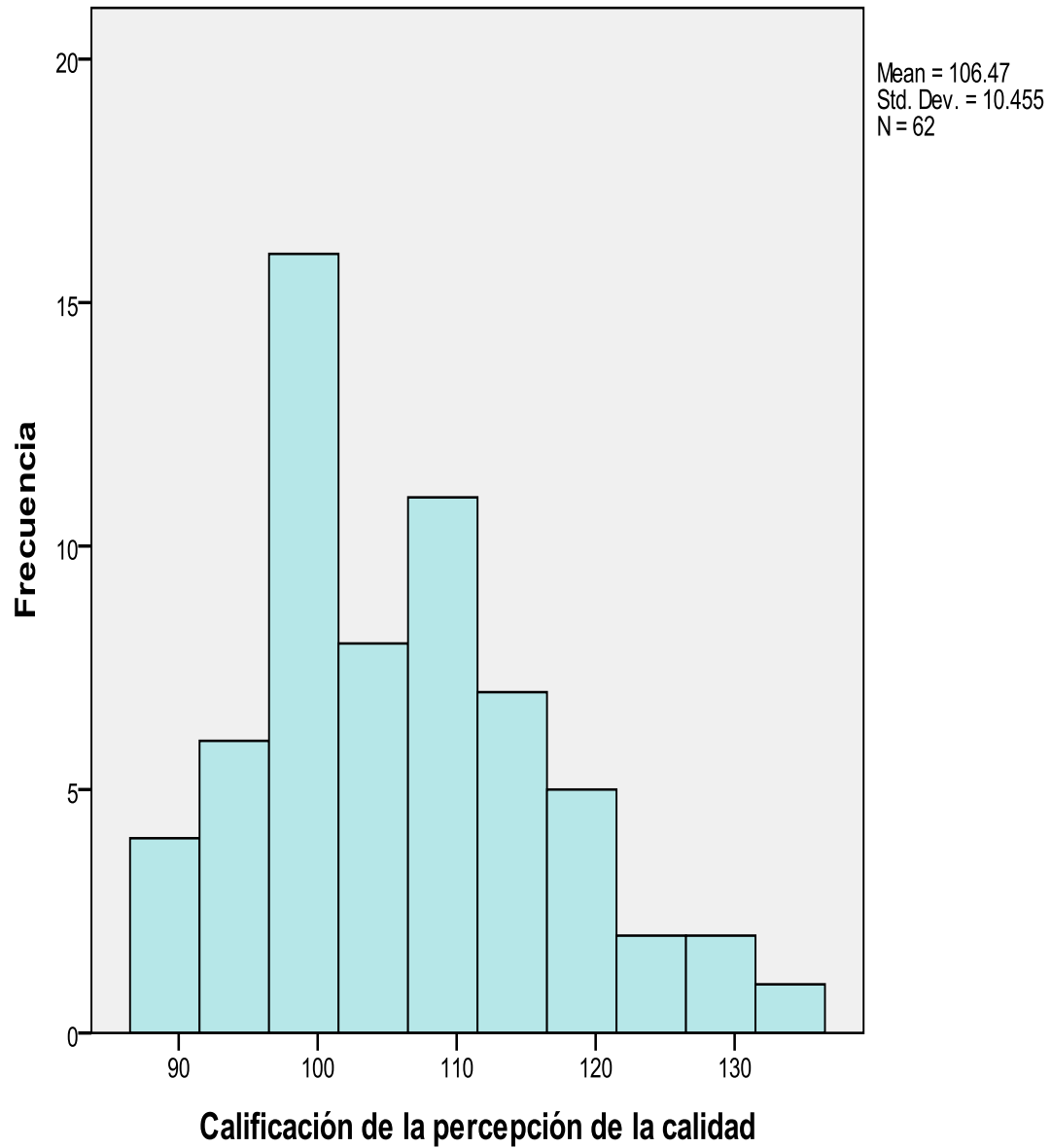


Figura 9. Calificación de la Calidad de la atención pediátrica percibida por los proveedores de salud del servicio de urgencias del INP. Mayo 2010.



CAPITULO V DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Una vez analizados los datos tanto cualitativos como cuantitativos, se puede argumentar que la percepción de la calidad de atención, medida en las dimensiones de estructura, proceso y resultado, tanto para usuarias/os como para las y los proveedores de salud del servicio de urgencias pediátricas es favorable. En este escenario de salud, se pueden encontrar grandes aportaciones para aquellos que aspiren estudiar, la calidad de atención desde la perspectiva de género, ya que esta visión se ha analizado y publicado desde el punto de vista de salud reproductiva, sin embargo en el contexto pediátrico, es el primer acercamiento que se tiene de ello.

5.1 Integración de la perspectiva de género en la evaluación de la calidad de atención pediátrica.

La necesidad de integrar la perspectiva de género, en las políticas y programas gubernamentales a nivel internacional⁴¹, ha sido reconocida a partir de los compromisos acordados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo efectuada en el Cairo (1994) y de la cuarta Conferencia Internacional de la mujer celebrada en Beijing (1995), sin embargo esta perspectiva, forma parte del tercer objetivo de las metas del milenio, donde se ha declarado “Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer” con el fin de de reconocer y corregir las inequidades de género que vulneran el ejercicio del derecho a la salud entre los escenarios de salud, apoyados en los tres pilares conceptuales: equidad, género y participación democrática.⁴²

A este respecto, Torres⁴³, propone que la perspectiva de género aplicada a la salud nos permite ver los mecanismos que reproducen e institucionalizan las desigualdades entre mujeres y hombres a partir de dos premisas fundamentales, donde la diferenciación biológica es utilizada para incrementar una construcción social que establece dos modos de vida, dos seres humanos y por lo tanto dos formas de ser y la segunda premisa indica que esta diferenciación social y cultural implica un orden jerárquico basado en la supremacía de los hombres, y de desvalorización de la mujer y que se expresa en la construcción diferenciada de identidades en un acceso desigual al poder, a las oportunidades, a los recursos y por ende a la salud.

Con todo ello la Dra. Mirta Roses⁴⁴, Directora de Organización Panamericana de la salud, refiere que...”no es posible seguir insistiendo en el potencial impacto de la reforma sectorial para reducir las inequidades, mientras que las necesidades específicas de hombres y mujeres, no se toman en cuenta desde el inicio en su diseño, implementación, financiamiento y monitoreo, por lo que incorporar la mirada del género garantiza la solidez de las políticas desarrolladas en los procesos de reforma de los sistemas de salud”. Siendo necesario evaluar los escenarios y que a su vez los resultados permitan realizar verdaderos cambios que impacten al otorgar servicios de salud de alta calidad.

Por lo tanto, dentro de éste estudio, fue indispensable establecer la connotación conceptual del género, centrándose en lo que corresponde a las características socioculturales asignadas a las personas femeninas y masculinas⁴⁵, donde se

considera como un conjunto de ideas, creencias, representaciones sociales y atribuciones construidas, que marcan espacios y el rol social diferenciado y que está determinado por el sexo biológico.

Así lo analiza Bronfenbrenner (citado por Corsi 1994)⁴⁶, en su teoría ecológica, donde menciona que la perspectiva de género comprende valores culturales, mitos estereotipados, aprendizaje social de roles genéricos incluso la discriminación genérica dentro de la familia. Menciona que todas esas características son aprendidas por las personas desde su infancia y que esto determina la forma de comportamiento de su vida adulta.

El estudio de evaluación de la calidad de atención, se ha realizado en el área de Salud reproductiva, por parte de las autoras: María Isabel Matamala (1995), Monserrat Salas (1995), Mónica Jasis (1995) e Hilda Reyes (1995, 1999). Estas experiencias han enfatizado los componentes psico-sociales de la atención, han reconocido la dimensión subjetiva de las y los usuarios y de las y los proveedores de los servicios sanitarios y la concepción de salud integral en un marco de equidad y de derechos humanos.

Ante esta postura, es evidente la necesidad de prever el futuro de una práctica social, que demanda un trato basado en un trato digno, cálido y oportuno que satisfaga las necesidades de una población inmersa en una diversidad cultural, donde la niña y el niño no reciban una postura de inequidad, por índole de ser menor de edad, que lo torna a no poder decidir por sí solo (a) una práctica de

salud. Según las cinco dimensiones del modelo, se puede argumentar lo siguiente:

5.2 Dignificación de usuarias y usuarios

En esta categoría que propone en su modelo Matamala (1995) se busca el resultado de la interacción entre institución de salud y usuarias(os), traducido efectivamente en fortalecimiento de la individualización, la autovaloración y autoestima, que potencien su empoderamiento, que a la vez, se traduce en autodeterminación, que impacta recíprocamente a la institución y sus integrantes, dignificándoles también.

Dentro de los datos obtenidos se puede destacar que las usuarias/os dan una calificación a la atención recibida de manera global como “buena” sin embargo las y los proveedores la califican como “regular”. Cabe mencionar que en los instrumentos, la mayoría de los ítems son semejantes, pero no iguales, y fueron tomados de los 100 indicadores que propone el modelo de Isabel Matamala, que plantea visualizar el proceso de atención en 5 dimensiones (dignificación de usuarias/os, respeto y ejercicio de los derechos humanos, competencia técnica, vínculo interpersonal y los comportamientos favorables) dentro de estas variantes también están inmersas las dimensiones que propone Donabedian, estructura, proceso y resultado, para medir la calidad de atención.

Dentro de las características de las y los usuarios se encontró una media de edad 32, los cuales proporcionaron información realmente importante, un ejemplo de ello es que a mayor edad (más de 40 años) se califica mejor la dimensión de proceso ($F= 2.506$, *gl* 4, $p<0.013$) en la forma en que se da la atención, para las personas menores de 25 años califican mejor la dimensión de resultado ($F=2.506$, *gl* 4, $p<0.028$), en pocas palabras, que se les atiendan rápido y que le resuelvan su problema o necesidad, sin embargo a mayor edad se tienen mejor percepción de lo que se hace y como se realiza. Por otro lado la dimensión de estructura, no es tan importante para el usuario/a, posiblemente no conozca de la dotación de medicamentos, material, equipo, pero da por entendido que la institución cuenta con ello. Ejemplo de esto es el siguiente testimonio:

“La verdad estoy agradecida por la atención que brindan aquí, a pesar de que tienen mucho trabajo, me han tratado bien y mi hijo se curó, no importa que tenga que esperar mucho, se que aquí tratan bien a los niños y tienen todo para curarlos...no importa que a mí no me hagan caso mientras cuidan a mi hijo”

Siendo que el médico reitera:

“Aunque no contamos con todo los aditamentos necesarios, falta material y equipo, pero sobretodo personal, tratamos de dar lo mejor de nosotros, al escuchar a nuestros pacientes y sus familias, a veces no lo entienden, y lo reclaman...”

Se puede observar que para el usuario/a lo importante es el prestigio y los resultados, mientras que para el proveedor/a lo importante es dar la mejor atención, sin embargo existe la inconformidad al no contar con lo necesario para realizarla, y es destacable que para la usuaria/o no es importante, sino más bien el trato que se le brinda.

Es por eso que al hablar de dignidad de la persona en este caso de la usuaria/o que generalmente es la madre o el padre del menor, se tiene que pensar que el enfermo no abandona sus derechos de ciudadano cuando entra a un hospital, sin embargo lo primero que se deja a un lado, es su autonomía. Afirmado en este estudio, donde en la entrevista a profundidad lo describen *“No importa que a mi me traten mal lo que si importa es que a mi hijo lo atiendan bien”*

Por lo tanto, la dignidad de la persona es el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad que orientan toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica. Por eso, toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarias/os y su percepción de ello, donde lo ideal es que el paciente o usuario/a, tienen el derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. Para que esto se lleve a cabo cuando el proveedor/a cuida de otro, le dignifica a él o a ella, al hacerlo adecuadamente y también se dignifica la institución, cumpliendo los fines para los que fue creada.

Tanto médicos como pacientes están profundamente afectados por sus respectivas identidades prácticas así como por sus ambientes sociales y emocionales en el momento en que se enfrentan a la toma de decisiones sobre una enfermedad. A esta afirmación se le une la de COLT (2006), que declara en su ensayo de autonomía y autoridad médica, que este encuentro, es por lo tanto natural, que no se puedan escribir reglas para delinear un modelo único de respeto perfecto por la autonomía para todas las personas en todos los momentos, sino que, más bien cada encuentro médico-paciente deba ser manejado como lo que es: el encuentro único e irrepetible entre dos individualidades que se deben mutuo respeto y consideración,⁴⁷ en pocas palabras un encuentro autónomo donde cada quién muestra ser un ser único, e importante y el resultado de esa interacción es una dignificación mutua.

5.3 Conciencia, respeto y ejercicio de los derechos

Bajo esta percepción Matamala (1995) afirma que no solo se deben de conocer los derechos, sino que estos deben ser defendidos, promovidos y reconocidos, al aceptar el ejercicio de derechos de otras y otros.

Es importante resaltar que el infante/a necesita de una persona tutora que sea responsable de su salud, ya que carece de autonomía propia, desde el punto de vista político social que le hace dependiente de cuidado. Sin embargo es necesario enfatizar que independientemente del tipo de usuario/o de una institución de salud, se deben analizar las actividades que se realizan, para verificar si están enmarcadas en el respeto y ejercicio de los derechos humanos,

desde el punto de vista de la madre, padre, tutora o tutor y de las y los proveedores de salud. Es por eso que medir la calidad de atención en base a lo que piensan, sienten y necesitan las personas, es ya una prioridad.

Sin embargo en este estudio, las y los proveedores con una antigüedad laboral (media de 10 años) califican mejor la dimensión de resultado, preocupados en cumplir con las expectativas de las y los usuarios.

En las entrevistas a profundidad se pudo destacar que las y los proveedores, proporcionan una atención basada en el ejercicio y respeto de los derechos humanos, ya que de las 5 dimensiones del Modelo de estudio, es la que califican mejor, tanto usuarias/os y proveedores.

Es evidente que no debe considerarse más al enfermo como objeto o ser inanimado, como suele suceder en los sistemas de salud saturados, en donde ni se sabe su nombre, ni se le saluda, ni se le explora, y con frecuencia no se le diagnostica. Esa medicina impersonal no permite al enfermo cuestionar o rechazar.

Así como existen derechos para pacientes también existen los derechos para los que prestan y otorgan servicios en el ámbito de la salud. No se debe olvidar que también existen obligaciones tanto de usuarias/os como de proveedores/as.

Dentro de las variables medidas, se cuestionó la presencia de maltrato o discriminación, donde las y los usuarios, afirman en un 39% haber sufrido algún

tipo de ofensa, colocando como responsable al médico en primer lugar, sin embargo, al preguntar de que personal ha recibido el mejor servicio, se encuentra la enfermera 55%, 42% la médica y el 3% médico, no registrando al personal enfermero (por su baja frecuencia).

Cabe hacer mención que la Asamblea General de las Naciones Unidas (1990) reconoce que el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Donde el niño debe de estar plenamente preparado para una vida independiente en sociedad y ser educado en el espíritu de los ideales proclamados en la carta de las Naciones Unidas, en particular, en un espíritu de paz, dignidad, tolerancia, libertad, igualdad y solidaridad.

No obstante, también existen derechos de las niñas y niños en una institución de salud. Donde el principal derecho es recibir atención, pronta y oportuna. Según las y los proveedores de salud del Instituto nacional de Pediatría, reiteran que es difícil complacer al usuario, ya que se le debe de dar un trato acorde a las normas y códigos éticos al infante y por otro lado no descuidar a la familia, argumentando por medico directivo entrevistado:

“Estoy contento de formar parte del equipo de trabajo de esta institución, los derechos si se respetan, aunque es difícil, ya que a veces los usuarios ya vienen desesperados y maltratados por otras instancias, pero se trata de hacer lo mejor posible, tampoco he visto un trato diferente entre hombres y mujeres al brindarse

atención, hay ocasiones que a demás de atender a los niños, tratamos también a los padres...”

No cabe duda que el respeto y ejercicio de los derechos enmarca una práctica de cuidado responsable, para que el niño y la niña sean tratados dignamente y no se violenten sus derechos. Donde en el escenario de salud exista la igualdad en el trato de mujeres y hombres, con una práctica sin abuso de poder, respaldado en un marco de ética y justicia, en donde al infante se le trata como un ser en desarrollo y no como un adulto pequeño.

5.4 Competencia técnica

En esta dimensión es medible la capacidad del sistema de salud y sus integrantes, de garantizar conocimientos, habilidades, recursos y tecnologías acordes con el desarrollo científico y humano de la sociedad, así como de aplicarlos para resolver demandas y necesidades.

Como se puede observar en los resultados, el usuario/a no tienen problemas en calificar la dimensión de estructura, que contempla todo lo referente al material y equipo, preparación profesional, etc, mientras que para los proveedores la calificación de esta dimensión si es más cuestionable, ya que dentro de la calificación total de la calidad de atención pediátrica por parte de los proveedores de salud se encontró una evaluación de 106 ± 10 de una calificación de un total de 150 puntos. Siendo evidente en la respuesta subjetiva:

Médico:

“Falta de motivación e interés por los directivos para la superación profesional, variantes idiosincráticas como la existencia de una sociedad machista, brechas en la comunicación vertical y la horizontal no está del todo bien, la gente que está en los altos mandos a veces no tiene la preparación adecuada...”

Médica:

“Tenemos expectativas altas de los usuarios, falta de recursos físico, a veces los padres no están dispuestos a cooperar, hay largos tiempos de espera, hay niños que vienen ya manejados por otras unidades de salud, deteriorados y a veces no hay mucho que hacer, cada vez existen patologías más complejas, faltan enfermeras, la comunicación es adecuada hacia el paciente y su familia, pero entre el gremio no, yo me llevo mejor con una enfermera y un enfermero que con mis iguales, como médica me encuentro con la limitante de que para el familiar soy señorita o enfermera, en cambio el médico siempre es el doctor”

Enfermera:

“La limitante más grande es que nos tocan muchos pacientes de 7 a 12 aproximadamente y no se puede dar buena atención, también falta material y equipo, la comunicación a veces no es buena entre compañeros, sobre todo con los médicos, a ellos no les gusta que les sugieras algo”

Enfermero:

“ Los obstáculos que veo, son que yo por ser hombre me traten diferente, a veces me siento incomodo de trabajar con muchas mujeres, cuando hay pacientes recomendados se ve la diferencia en el trato, también falta material y más enfermeros”

Como se puede apreciar las aportaciones que dan las y los proveedores sobre su percepción, para dar una adecuada calidad de atención, se unifican sobre estándares de estructura y de comunicación.

Es evidente que las personas acuden a esta institución por el prestigio, el hecho de ser un hospital de tercer nivel y de tener todas las especialidades médicas en pediatría le hace ser competente, para otorgar atención pediátrica de alta calidad. Esta afirmación es declarada por usuarias/os del servicio de urgencias del INP.

Como se puede apreciar, existen limitantes que obstaculizan una adecuada práctica laboral, ya que en base a las respuestas obtenidas se nota que existe inequidad en el trato de mujeres médicas y médicos, por parte de las y los usuarios, referentemente al estereotipo de médico (doctor) ya que este reconocimiento social es antiguo.

5.5 Vínculo interpersonal

La feminización en el ejercicio de la Pediatría es creciente y se observa tanto en la composición de los miembros de nuestra sociedad como en la demanda de capacitación y certificación. Por lo que se deben de contemplar los aspectos del

ejercicio profesional relativos al género al diseñar políticas y acciones futuras. A demás se puede destacar que existe más insatisfacción y discriminación, en el sexo femenino, siendo que este sector tiene más dedicación hacia el paciente en tiempo y acciones preventivas.⁴⁸

Para el personal de enfermería, esta postura no es tan difícil de encarar, ya que tienen poca competencia el sexo femenino con el masculino.

La enfermería, como disciplina científica, requiere de constructos éticos que fundamenten el cuidar con calidad, los cuales se deben considerar como virtudes básicas e ineludibles que se requieren para cuidar a un ser humano con excelencia profesional, en este estudio se destaca que el hecho de cuidar las personas con trato humano es lo más percibido con mayor importancia. Desde la orientación humanista sólo tiene sentido cuidar si este cuidado se integra a un proceso de interacción.

De este modo “cuidar” se convierte en un acto de reciprocidad⁴⁹ cuando, temporal o definitivamente, se tienen que recibir ayuda de otra persona para llevar a cabo las necesidades básicas. Por lo tanto los comportamientos importantes para los pacientes y sus familias abarcan en gran medida un adecuado trato, la evaluación aporta que en ese sentido las proveedoras enfermeras de salud, desempeñan su papel sin problemas sustantivos.

El enfermero se enfrenta a algún tipo de acoso por parte del profesional de enfermería del sexo femenino, así lo reitera el enfermero entrevistado, en las afirmaciones cualitativas: *“ Me siento acosado, por trabajar con muchas mujeres, aún no se acostumbran a compartir el escenario asistencial con un enfermero”*.

Como se puede observar en el capítulo de resultados, que el sexo masculino tanto de proveedores y usuarios, su percepción es más objetiva, para medir la atención de calidad, esto es respetable, su misma condición socio cultural le respalda esta percepción, sin embargo la proveedora de profesión médica, entrevistada argumentó: *“yo ante las y los usuarios en la mayoría de los casos me dicen señorita, y al médico por portar una bata siempre se le trata con más respeto y siempre le llaman doctor o médico”*.

Sin embargo el personal de enfermería reitera: *“siento que el trato hacia médicos y enfermeras no es el mismo, a ellos los médicos y medicas, se les tienen mejores consideraciones, más respeto por parte de los usuarios, de mayor calidad los zapatos, mejores uniformes, yo si percibo discriminación por parte de los directivos...”*

Alda Afacio⁵⁰ señala que la definición de “discriminación” da una concepción nueva de igualdad entre los sexos que se fundamenta que mujeres y hombres son igualmente diferentes. La definición no dice que se debe tratar a la mujer igual que al hombre para eliminar la discriminación. Todo lo contrario, dice que es discriminatorio todo trato que tenga por resultado la igualdad, lo que quiere decir es que si a una mujer se le da un trato idéntico al del hombre y ese trato la deja

en una posición inferior, ese trato en sí es discriminatorio aunque su objetivo haya sido de igualdad.

En general los proveedores reiteran que faltan condiciones adecuadas para brindar atención de calidad, como material, recurso humano, falta de reconocimiento y poco apoyo directivo, etc. Variables que pudiesen ser estudiadas en estas y estos proveedores de servicios asistenciales.

Cabe señalar que el sexo femenino predomina en el área médica, reiterándolo en los datos cualitativos, y encontrando que las mujeres abarcan más porcentaje de elección en comparación con el sexo masculino. Esto es justificado según resultados de una encuesta realizada a sus miembros por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM) , y publicada como documento en Septiembre de 2005, donde el 44% de las médicas refirió discriminación laboral (“la meritocracia está pensada para hombres”) y a demás tener diferentes responsabilidades en la vida doméstica y familiar.

Al mismo tiempo, otro análisis del mismo Colegio describe a las mujeres médicas como eficaces, empáticas, con mayor ejercicio de roles preventivos, y dedicando 10% más de tiempo a la consulta que los hombres estipulado por la condición de género.

Este estudio, refiere también que presentan 60% más posibilidades de burn out y que durante la crisis laboral que afectó a 20 000 médicos españoles en el año 2002, 61% eran médicas. Bajo esta aseveración, se encontró que las mujeres referían más obstáculos: obtenían significativamente menos fondos para

investigación, menos apoyo gremial, publicaban significativamente menos, y percibían sus progresos como más lentos y menos satisfactorios. Estas diferencias no se observaron cuando las médicas no tenían hijos pequeños. Los autores comentan que algunos de estos obstáculos podrían ser fácilmente modificados como horarios de reuniones y ayuda para el cuidado de sus hijos/as.⁵¹

Por lo que se puede concluir que, entre otros aspectos, deben existir políticas de igualdad de oportunidades y trato en la formación y en el empleo, no sólo es una cuestión de justicia social sino que es un factor de desarrollo económico y social y se halla estrechamente vinculado a una adecuada gestión de los recursos humanos, desde que conduce a una valorización y optimización de las potencialidades y posibilidades de todo el capital humano (hombres y mujeres) que, en último término incrementará la competitividad de las empresas y del país.

5.6 Comportamientos favorables

En esta dimensión es evaluada en la capacidad de la institución y sus integrantes de generar, a través de la interacción prestador/a usuaria/o, resultados que se traducen en cumplimiento de las recomendaciones y en cambios referidos a percepciones, valoraciones y comportamientos de las y os usuarios, los cuales contribuyen al cuidado de su salud en lo individual y lo colectivo.

Estos cambios pueden ser evidentes a través de diversos signos de empoderamiento de las mujeres y hombres, respecto de la salud de sus hijas e

hijos y de sus derechos, que suponen proyección del impacto hacia las y los padres ó tutores y la misma familia de las niñas y los niños que necesitan atención de tercer nivel de atención.

Estos comportamientos favorables, como son resultado desarrollados desde el sistema, suponer un período de intervalo que permita su realización con posterioridad a la atención brindada por la institución de salud. Por consiguiente, se van a identificar sola a través de un seguimiento.

Lo que sí es evidente, es que cada vez se ha incorporado el sexo masculino al cuidado de la salud de los niños y niñas (padre).

La familia constituye el espacio primario para la socialización de sus miembros, siendo en primera instancia el lugar donde se lleva a cabo la transmisión de los sistemas de normas y valores que rigen a los individuos y a la sociedad como un todo.⁵²

De esta manera, desde muy temprano, la familia va estimulando el sistema de diferenciación de valores y normas entre ambos sexos, asentando así tanto la identidad como el rol de género. Las reglas sociales van deslindando de manera clara las expectativas relacionadas con los roles que las personas deben asumir. Igualmente, la idea que se tiene sobre el rol de padre, madre, esposa o esposo, está condicionada en gran medida por la sociedad de la cual somos resultado.⁵³

El contexto familiar refuerza la diferenciación genérica, dando actividades diferentes a niños y a niñas; a las niñas se les destinan aquellas relacionadas con el hogar, servir, atender a otros; mientras que a los niños se reservan actividades de competencia que les permiten tener un mayor control sobre el medio externo, lo cual es una forma muy importante de ir delimitando las normas de comportamiento y dejando claras las expectativas sociales hacia cada sexo. La familia, por tanto, es el principal eslabón del proceso de tipificación sexual dado que es formadora por excelencia y de difícil sustitución.⁵⁴

Este proceso de tipificación sexual se observa en las familias, no solo en el proceso de transmisión de estos valores a las nuevas generaciones, sino como parte intrínseca, importante e indiscutible de las pautas relacionales que se establecen entre sus miembros, que conlleva, en no pocas ocasiones, a alteraciones en las relaciones familiares y en el funcionamiento familiar. De ahí que nos propongamos en este trabajo hacer un análisis de su efecto en los diferentes indicadores del funcionamiento familiar, y cómo puede afectar el mismo, e incidir de esta manera en la salud familiar.

Dentro de los elementos que interfieren considerablemente en la salud familiar está la dinámica interna de las relaciones o funcionamiento familiar. Cuando estas son armónicas, hay cohesión familiar, una adecuada comunicación, flexibilidad, claridad de reglas y roles, en fin, un adecuado funcionamiento familiar, hay una predisposición favorable a la salud en la familia como sistema; sin embargo, cuando hay un funcionamiento inadecuado este se constituye en un factor de riesgo para la salud familiar.⁵⁵

Como indicadores de un funcionamiento familiar adecuado puede considerarse la flexibilidad en las reglas y roles familiares, es decir que estas no sean rígidas, que no se impongan, sino que sean claras y que se asuman conscientemente por los miembros existiendo complementariedad entre los integrantes del sistema familiar para su cumplimiento, con el objetivo de evitar la sobrecarga y sobre exigencia en algún miembro. Cuando analizamos este indicador desde el concepto de género nos damos cuenta que están indiscutiblemente relacionados y que las problemáticas del rol de género, en cuanto a las normas establecidas para cada sexo, imposibilita en muchos hogares su comportamiento culturalmente adecuado, manteniéndose, por lo general, un modelo tradicional de distribución de las tareas domésticas que da a la mujer la mayor responsabilidad ante ellas y mantiene el hombre un rol periférico, mismo que se refleja en el escenario de la salud, visualizado en este estudio.

Al unirse a esto la creciente independencia e incorporación de la mujer a las actividades económicas, se provoca inevitablemente una sobrecarga y sobre exigencia en ella, dinámica que se hace aún más compleja al tratar la familia, y al varón como jefe, de incorporarse cada vez más a estas tareas, para tratar de asumir un rol diferente en aras de lograr mayor complementariedad, pero al no cambiar sus valores aparecen conflictos en la relación asignación-asunción del rol, lo que afecta necesariamente los procesos de interrelación familiar. Esta situación se convierte en un espiral, dado que las madres educan, en la mayoría de los casos, a sus hijos en patrones sexistas, mientras que exigen que el padre

participe más en las tareas del hogar, con lo que provocan que no queden claros los roles y valores en la familia.

Según P. Arés se hace muy difícil cambiar porque aún persisten influencias sociales muy poderosas que son las generaciones precedentes, los medios de comunicación y la propia sociedad, que en ocasiones promueven nuevos valores y a la vez preservan los de la familia patriarcal.⁵⁶

Los cambios podrán ser medidos con en base a un seguimiento de evaluación sobre los comportamientos favorables que se desencadenen de una participación coactiva entre usuarias/os y proveedores.

CAPITULO VI CONCLUSIONES

Por lo tanto se puede destacar que la perspectiva de género es una propuesta crítica que aporta elementos fundamentales para analizar el fenómeno de la calidad de la atención en los servicios de salud.

Este acercamiento teórico-metodológico coincide con la justificación ética de la calidad, pues evalúa el ejercicio de derechos y permite visualizar la actuación que existe entre la preponderancia de la biomedicina sobre otros sistemas médicos y la hegemonía de lo masculino sobre lo femenino en la atención médica.

La necesidad de integrar la perspectiva de género en los programas estratégicos de organismos internacionales como la OMS, la OPS y por el Consejo Internacional de Enfermeras, parte del reconocimiento a la violencia de género, como un problema de salud pública de prevalencia global que vulnera el ejercicio del derecho a la salud.

El propósito de este trabajo fue mostrar el panorama que se vive en un escenario de salud pediátrico, donde el trato entre mujeres y hombres, como se mostró en los capítulos anteriores, se aprecia que a pesar de las diferencias o inequidades entre hombres y mujeres, califican la calidad de atención de “regular a buena”.

El modelo de Isabel Matamala que fue retomado como metodología para elaborar los instrumentos (2) con las 5 dimensiones, puede ser replicado en cualquier escenario donde estén inmersas las relaciones entre hombres y mujeres que

brindan o reciben atención de los servicios de salud y no solo en el ámbito de salud sexual y reproductiva.

El enfoque de investigación cualitativa prospera todo tipo de investigación, donde se pretenda evaluar la percepción de las personas, y el aplicar la triangulación metodológica cualitativa y cuantitativa enriquece el fruto de la investigación y permite expresar mejor los fenómenos de estudio.

No cabe duda que este escenario permite vislumbrar, más allá de cómo se puede calificar la calidad de atención en base a los estándares de calidad comúnmente conocidos, y más bien, da a conocer eso que no se ve, eso que las personas callamos, eso que a veces incomoda durante las relaciones interpersonales, que se dan, al brindar atención en materia de salud.

Las inequidades por razón de género en materia de salud, son cada vez una necesidad que precisa ser proyectada, dentro de las prioridades de investigación en salud, derivado de la necesidad de integrar la perspectiva de género en las políticas y programas gubernamentales de nuestro país.

Incluir esta perspectiva de género en los programas de salud debe de ser una prioridad, para permitir desarrollar acciones más sólidas, donde se comprometa la sociedad a tomar nuevas medidas y aunar esfuerzos en la lucha contra la pobreza, el analfabetismo, el hambre, la falta de educación, la desigualdad entre los géneros, la mortalidad infantil y materna, la enfermedad y la degradación del medio ambiente.

CAPITULO VII HALLAZGOS DEL ESTUDIO

1.- Que a mayor edad de la usuaria/o (padre, madre o tutor), mejor es la percepción de la calidad de atención. Califican mejor la dimensión de PROCESO.

2.- A menor edad de la usuaria/o, se califica mejor la dimensión de resultado, donde se busca que se le resuelva el problema de salud de una manera pronta sin importar el proceso en que se da la atención.

3. De las tres dimensiones para evaluar calidad de atención, la de ESTRUCTURA no resulto ser la mejor calificada, donde la usuaria/o, le da lo mismo esperar 15 minutos para su atención a una hora. Debido principalmente al prestigio institucional.

3. Las proveedoras médicas, argumentan tener desventajas ante los varones pares, por el prestigio social alcanzado, aún no se les reconoce como tales profesionales; sino más bien, se les confunde con el personal de enfermería, al nombrarles “señoritas” a diferencias de los médicos, que por portar la bata blanca siempre serán “médicos o doctores”

4. En la práctica pediátrica, si se respetan los derechos de los niños y niñas y se incluye la participación de la familia en ello.

5. El proveedor/a de enfermería, declara, que el personal médico/a, se le proveen mejores prestaciones laborales, como: mejores uniformes, zapatos de mejor

calidad y más oportunidad para desarrollarse profesionalmente, además del gran reconocimiento que se tiene socialmente.

6. El usuario/a califica a la enfermera como el prestador de salud que mejor desempeño tiene, en segundo lugar a la médica y en tercer lugar al médico, cabe mencionar que al profesional enfermero no se le reconoce aun su desempeño, por su baja frecuencia en la plantilla de enfermería y se le confunde con otro profesional de salud.

7. Hablar de género en el ámbito de la salud aún es causa de controversia y confusión, pero existe la disposición para su estudio.

8. La institución Pediátrica evaluada desde esta perspectiva de género, calificó adecuadamente y se destaca el gran prestigio social con el que cuenta para desempeñar su práctica de salud infantil.

CAPITULO VIII SUGERENCIAS

A nivel institucional

1.- Partir del conocimiento de la situación inicial: para adelantar **diagnósticos** que identifiquen las necesidades que pudieran afectar la calidad de atención y priorizarlas con la percepción de las y los usuarios/as.

2.- A nivel institucional, contar con **equipos interdisciplinarios** de trabajo, que incluyan personas con experiencia en el tema de género.

3.- Contar con **metodologías específicas, alternativas y apropiadas**, que posibiliten el reconocimiento del papel de las mujeres (trabajo, conocimiento, percepciones, intencionalidades, tiempos); y que posibiliten el análisis, la interlocución y reflexión con grupos de hombres, de mujeres y mixtos.

4.- La perspectiva de género debe ser **transversal en el proyecto**, es decir que debe permear todos los componentes y estar presente de principio a fin de la atención.

5.- Propiciar **nuevos liderazgos**, que superen los criterios patriarcales de manejo del poder (autoritarismo, verticalidad) y posibiliten nuevas prácticas entre hombres y mujeres, basadas en la confianza y la solidaridad.

6.- Contar con estrategias de **sistematización y comunicación** - difusión de la perspectiva de género al brindar la atención.

Difundir los hallazgos de este estudio.

7.- La perspectiva de género tiene que **transformar a las personas y a las organizaciones.**

CAPITULO IX REFERENCIAS

1. Prieto C. "Género: La cuestión esta en la diferencia infidencias de la discriminación y exclusión por género en materia de salud en Colombia. Mayo 17,2002
2. Hernández Bello, A. Perspectiva de género en la reforma de la seguridad social en salud. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL Serie financiamiento del desarrollo No. 73. Proyecto Conjunto CEPAL/GTZ, Bogotá, 1998.
3. Torres Lagunas Ma. Ángeles. El género como categoría social determinante para el análisis del cuidado de la salud. Revista panamericana de enfermería. México.D.F. Vol. 4. N°2. 2 Jul/Dic. 2006.
4. Gita Sen, Asha George, Pirooska Östlin. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Harvard Center for Population and Development Studies, 2005 Publicación Ocasional No. 14
5. Denzin, Norman K. "Triangulation". En: Keeves, John P. (1990): Educational Research, Methodology, and Measurement. An International Handbook, Pergamon Press, 1990.
6. Torres Lagunas Ma. A. OP CIT.
7. Sottoli Susana, La pobreza en la niñez y la adolescencia desde una perspectiva de género. Oficial de programas de UNICEF en Paraguay. Disponible en <http://www.eclac.cl/mujer/reuniones/pobreza-genero/UNICEF.ppt>.
8. Gómez, E. "Equidad de género y salud. Mitos y realidades" en; Revista Mujer y salud. Red de salud de las Mujeres latinoamericanas y del caribe.3/2000.
9. Salas V. Monserrat. "Calidad de la Atención con Perspectiva de Género". Aportes desde la sociedad civil. Plaza y Valdez Editores. SIPAM. México D.F. 2001.
10. Varo J. Gestión estratégica de la calidad de los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid, España. Ediciones Díaz de santos, S.A.1994.
11. Orozco-Ochoa FJ. El nuevo paradigma de la competitividad. México DF., editorial panorama, 1998.
12. Bruce, Judith. De la calidad de la atención. Un marco conceptual sencillo. INOPAL III. Documentos de trabajo N° 21. 1998. EUA.

13. Donabedian, A. The definition of quality and approaches to its management, Vol. 1. Explorations in quality assessment and monitoring, and arbor: Michigan Health Administration Press. The Quality of Care; How can it be assessed?, Journal of the Americal Association, 260 (12):1743-748. 1988.
14. Donabedian A. Los Espacios de la Salud: Aspectos Fundamentales de la Organización de la Atención Médica. Biblioteca de la salud. Edición en Español. México. 1988.
15. Martínez Ramírez A. manual de gestión y mejora de procesos en los servicios de salud. Manual Moderno. México. 2005.
16. Donabedian A: Criteria, Norms and Standard of quality: ¿Who so they mean? American Journal Public Health 1981.
17. Donabedian A: evaluation the Quality of Medical Care. The Milbank memorial fund Quaterly 1996.
18. Bruce,J."Un marco conceptual sencillo de la calidad de la atención" INOPAL III. Documentos de trabajo, num. 21, 1998.
19. Matamala, M.I., Berlagoscky F., Salazar G. y Núñez L (1995), Calidad de la Atención, Género, ¿Salud reproductiva de las mujeres?, Reproducciones América, Santiago de Chile.
20. Reyes-Zapata, H. at. cols. Un sistema de medición de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género, Documento de trabajo núm. 29, Population Council, 1999
21. Sayavedra G. Ser Mujer: ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar, al poderio y la salud, Red de Mujeres A.C., México 1997. p-100.
22. Lagarde M. Cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas. Ed. FFyL Coodinación General de estudios de posgrado, México.2003.
23. Reyes H.y Cols. "Un sistema de medición de los servicio de salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género" Ed. Población Council. Documentos de trabajo. N°29. Nueva York. EUA. 1999.
24. Tapia Hernández Silverio. Principales declaraciones y tratados internacionales de derechos humanos ratificados por México. Comisión nacional de derechos humanos. México. 1999. pp. 361-360.
25. CAZÉS, Daniel, 2000. La dimensión social del género. Posibilidades de vida para hombres y mujeres en el patriarcado. Antología de la sexualidad humana I:335-388. Consejo Nacional de Población, México.

26. Cuellar c. Estrategias de la unidad de género y salud. Taller de validación de la biblioteca virtual Gensalud de Centroamérica. San José, costa Rica. OPS/OMS. 28 de mayo de 2003. Disponible en: <http://www.genero.bvsalub.org>. Consultado el 30-jul-11
27. Bautista R. Luz Marina. Percepción de la calidad del Cuidado de Enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. Universidad de la sabana. Aquichan, Abril, Vol,8, N°1, Colombia 2008. ISSN 1657-5997.pp 74-84
28. FUNDAR "Servicio a la Vida" disponible en: <http://www.aciprensa.com/Familia/genero.htm>. Consultado el 30-07-11
29. Ibídem
30. Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. UAEM <http://redalyc.uaemex.mx>
31. Moreno JC, Osorio S, Romero Y, Jiménez J y cols. Manual de iniciación pedagógica al pensamiento complejo. ICFES-UNESCO. Colombia. 2002.
32. Debates en Sociología. N° 18. Sobre la Categoría género. Una Introducción teórico – metodológica. Pontifica Universidad Católica del Perú. Departamentos de ciencias sociales. 1993.
33. Zumbado C. La perspectiva de género y la participación: redimensionando el Estado. http://www.iigov.org/documentos/?p=5_0035 Consultado 05/10/10.
34. Martínez P. y Lacalle M. La ideología de género. Reflexiones críticas , Ciudadela Libros. ISBN 9788496836600. 2009.
35. Gómez, E. "Equidad de género en las políticas de reforma del sector de la salud de América latina y el Caribe." En: Revista Panamericana de Salud Pública. 11. 2002, pp. 454.
36. Gómez, E. "Equidad de género y salud. Mitos y realidades" en revista: Mujer y salud. Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe. N° 3. 2000 pp. 10
37. Informe anual 2009, del Servicio de Trabajo social del INP.
38. Tapia H. Silverio. Principales declaraciones y tratados internacionales de derechos humanos ratificados por México. Comisión nacional de derechos humanos. México. 1999. pp. 361-360.

39. Ibid., pp.363.
40. Casa de Mujer. DIF, Los Reyes La Paz Edo. Méx.
41. Servicio de Pediatría y el Comité de Bioética del Hospital HIGA EVA PERÓN, basados en: "Los derechos del niño hospitalizado"- Propuesta de Sta. Fé- 1994 de la Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF, "Programa para niños hospitalizados"- de la Asociación.
42. Roses P. M. Directora Organización Panamericana de la Salud. 2009.
43. Hernández Sampiere R. y cols. Metodología de la investigación. Capítulo 17. Cuarta edición. Editorial Mac Graw Hill. 2006. Pp. 755-756.
44. Hernández R. Fernández C. Baptista P. Metodología de la investigación.3ª. ed. México: McGraw Hill, 2003. p.18-24.
45. Bracker M. Metodología de la investigación social cualitativa. Tomo I. Sinopsis, Kassel/Managua 2002. [fecha de acceso:12 de mayo del 2004] Disponible en:<http://www.qualitative-forschung.de/publishing/modelle/methodologie/metodolo.pdf>
46. Torres, Á. "Hacia una perspectiva de género en la evaluación de la calidad de atención en los servicios de salud reproductiva." Revista de Enfermería Universitaria. 3 (1); 2006, pp- 20-24.
47. Naciones Unidas. Programa de acción de la conferencia Internacional sobre la Población y desarrollo- El Cairo, Egipto, 1994.
48. Torres Lagunas M. Á. *OP CIT.*
49. Roses P. M. Directora Organización Panamericana de la Salud. 2009.
50. Grenoville, D. Benítez, A. y Afazani, A. "Ejercicio profesional. El género en la práctica de la pediatría" Sociedad argentina de pediatría. Consultado en: www.sap.org.ar/docs/profesionales/Genero_practicaped.pdf. 04-12-10.
51. Corsi, J. "Violencia hacia la mujer en el contexto domestico" VI Conferencia Regional Sobre la integración de la mujer en el Desarrollo Económico y Social de América latina y el Caribe. C.I.M/O.E.A 1994.

52. Colt Henri. Autonomía e identidad Práctica, Pilares de la Conducta ética de los Médicos. MEDICINA (Buenos Aires) 2006; 66: 75-80. **ISSN 0025-7680**
53. Relación de responsabilidades familiares y género con productividad y satisfacción en las carreras de facultativos médicos. P Carr, A Ash, R Friedman y col .An Int Med 1998; 129: 532-538.
54. Bautista, L. "Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. Aquichan. Abril. N° 001. Colombia. 2008. pp. 83- 84.
55. Facio A. "El principio de igualdad ente la ley". Manuscrito presentado en una conferencia para la prevención del Delito. ILANUD, San José, Costa Rica. 1992. pp. 12-14.
56. Gallardo Linares, Francisco J.; Escolano López, Víctor M. (2009, Marzo). *Informe Diversidad Afectivo-Sexual en la Formación de Docentes. Evaluación de Contenidos LGTB en la Facultad de C.C.E.E. de Málaga*. Málaga (España): CEDMA.
57. Arce ML. El proceso de socialización y los roles en la familia. En: Teoría y metodología para la intervención en familias. San José: Universidad Nacional de Costa Rica, 1995:32-35.
58. Fernández L. Roles de género. Femenidad vs masculinidad. Tema No.5. Marzo 1996. pp.18.
59. Ariles LI de. Violencia y sexualidad. 1 ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1998 pp, 113-33.
59. Herrera SP. Familia funcional y disfuncional: un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1997; 13(6):591-5.
60. Arés MP. Mi familia es así. 1^{ra} ed. La Habana: Editorial Ciencias Sociales, 1990:18-36.

ANEXO 1

ENCUESTA A USUARIAS/OS

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

El propósito de esta encuesta es conocer las percepciones de las usuarias y de los usuarios que acuden a los servicios de pediatría desde una perspectiva de género. Sus fines son sólo académicos y de investigación por lo que se requiere de la mayor veracidad en sus respuestas y se le asegura que la información será absolutamente confidencial y anónima.

Encuesta _____

Instrucciones: Coloque en el recuadro el número que corresponda a su respuesta, según sea el caso. Procure anotar solo una respuesta Y en el caso de tener que especificar, realice su anotación dentro de la misma pregunta.

P E R F I L D E L U S U A R I O	1. ¿Cuál es su sexo ? 1) Femenino 2) Masculino	
	2. ¿Cuál es su edad ?	
	3. ¿Qué edad tiene su hija/o?	
	4. ¿Cuál es su lugar de procedencia? 1) DF 2) Edo Méx. Otra. (Especificar)	
	5. ¿Cuál es su religión ? 1) Católica 2) Evangelista 3) Cristiana 4) Judía 5) Testigo de Jehová 6) Otra. (Especificar)	
	6. ¿Cuál es su grado máximo de estudios ? 0) Analfabeta/o 1) Primaria 2) Secundaria 3) Bachillerato 4) Licenciatura 5) Especialidad 6) Maestría 7) Doctorado	
	7. ¿Cuál es su ocupación ? 1) El hogar 2) Empleada/o 3) Empleada/o por honorarios 4) Negocio propio 5) Trabajo independiente 6) Empleada/o doméstico 7) Temporalmente incapacitada/o 8) Jubilada/o 9) Trabajo temporal 10) Desempleada/o 11) Otra. (Especificar)	
	8. ¿Cuenta usted con seguridad social ? 1) Si 2) No	
	9. ¿Qué tipo de seguridad social utiliza usted más frecuentemente? 1) IMSS 2) ISSSTE 3) Secretaría de Salud 4) DDF 5) Marina 6) PEMEX 7) Servicio Privado 8) Medicina alternativa 9) Centro de Salud 10) Otro (especificar)	
	10. ¿ Por qué prefiere venir a atenderse en este hospital ? 1) Por el prestigio de la institución 2) Por cercanía 3) Por motivos económicos: gratuidad 4) Por el buen trato 5) Porque se lo recomendaron 6) Por otra razón (especifique)	
	11. ¿Es la primera vez que se le atiende en este hospital? 1) Sí 2) No	
	12. ¿Qué servicio o especialidad principalmente trata a su hija/o? 1) Cirugía general 2)Oncología 3)Hematología 4)Cardiología 5)Ortopedia 6)Urología 7)Nefrología 8) Neurología/Neurocirugía 9)Neumología 10) Cirugía plástica 11) Neonatología 12) Infectología 13) Gastronomía 14) Protocolo 15) Urgencias 16) Otro (especifique)	
	13. ¿Cuál es el motivo de su consulta? (Especifique)	
R 14. La última vez que solicitó el servicio ¿ Cuánto tiempo esperó ? 1) Menos de 15 minutos 2) De 16-29 min 3) De 30-59 min 4) Más de 60 min 5) No recuerda 6) Otra Especifique		
R 15. ¿Ese tiempo de espera fue para usted?) 1) Muy prolongado 2) Regular 3) Razonable		
P 16. ¿Aquí en esta institución cree usted que se respetan los derechos de los niños? 1) Sí 2) No ¿Por qué?		
R 17. ¿Sí ha recibido mal servicio, indique por parte de que profesional ? Si no pase a la sig. pregunta 1) Medico 2) Medica 3) Enfermero 4) Enfermera 5) Camillero 6) Otro		

P	18. ¿El lenguaje que utilizó el personal de salud para referirse a las condiciones de salud de su hija/o fue? 1) Claro y sencillo 2) Difícil de entender (con tecnicismos) 3) Despectivo 4) Otro	
R	19. ¿Antes de ingresar a esta unidad, le negaron la atención en otro hospital? 1) Sí 2) No	
R	20. ¿Ha utilizado el buzón que quejas, sugerencias y felicitaciones? 1) Sí 2) No ¿Por qué causa?	
R	21. ¿Ha vivido alguna situación de maltrato o de discriminación en este hospital? 1) Sí 2) No ¿De qué tipo?	
	a) Cuándo vivió esta situación ¿Qué acciones llevó a cabo? Especifique:	<input type="text"/>
R	22. ¿Cómo percibe la calidad de los servicios de salud pediátrica de esta institución de salud? 1) Excelente 2) Buena 3) Regular 4) Deficiente 3) Otra respuesta	

Marque la opción que se acerque más a su respuesta. Procure no dejar una pregunta sin respuesta.		Muy de Acuerdo	De Acuerdo	Ni de Acuerdo Ni desacuerdo en	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
E	23. La limpieza de las áreas de este hospital es generalmente buena					
E	24. Los señalamientos que existen en el hospital le permiten ubicarse fácilmente					
E	25. La iluminación del servicio es adecuada					
E	26. La ventilación del servicio es adecuada					
E	27. Las condiciones del mobiliario son adecuadas para brindar atención de calidad					
P	28. Los profesionales de la salud siempre respetan su privacidad					
E	29. El material y el equipo del servicio es suficiente					
E	30. Existen los medicamentos y soluciones indispensables en el servicio					
R	31. La atención que se otorga es pronta y oportuna					
P	32. El personal siempre se dirige a usted con respeto					
P	33. El personal se identifica con un gafete visible					
P	34. El personal que le atendió le inspiró confianza					
P	35. El personal de salud siempre es amable					

Marque la opción que se acerque más a su respuesta. Procure no dejar una pregunta sin respuesta.		Muy de Acuerdo	De Acuerdo	Ni de Acuerdo Ni desacuerdo en	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
P	36. Siempre se le solicitó autorización para realizarle algún procedimiento a su hija(o)					
R	37. En esta institución se respetan y ejercen los derechos de las personas					
P	38. Le preguntan y responden sobre sus dudas					
R	39. La atención que se le brindó cumple con sus expectativas planteadas					
R	40. Se ha sentido humillada(o), maltratada(o) ó agredida(o) al recibir la atención					
E	41. El hospital tiene el personal necesario para otorgarle un buen servicio					
E	42. La preparación profesional del personal que le atendió es de alto nivel					
P	43. El personal de enfermería siempre está al pendiente de su niña(o)					
R	44. El personal de salud de este instituto brinda atención de calidad					
P	45. Le refirieron a otros servicios dentro del hospital para hacerle un diagnóstico y/o tratamiento integral					
R	46. Sí Recomendaría a otra persona los servicios de salud pediátrica de este hospital					
P	47. El personal es capaz de informar oportunamente el tratamiento a seguir					
R	48. Le proporcionaron un plan de alta de acuerdo a las necesidades de su niña(o)					

R 49. ¿Qué **consejos** daría a las otras personas que utilicen estos servicios para que les vaya mejor? _____

R 50. ¿Qué **comentarios y sugerencias** tiene para mejorar la calidad de la atención de los servicios de esta institución? _____

“G R A C I A S”

PERFIL DE LA USUARIA/O

PREGUNTA: 1-13 T=13 ITEMS

CATEGORÍA: DIGNIFICACION DE USUARIAS/OS

PREGUNTA: 14-15,18-19, 23-27, 29-30, 33, T= 12 ITEMS

CATEGORÍA: CONCIENCIA Y EJERCICIO DE DERECHOS

PREGUNTA 16-17, 20-21, 38,39, 41 T= 7 ITEMS

CATEGORÍA: COMPETENCIA TECNICA

PREGUNTA 42,43-44, 46,47, 32 T=6 ITEMS

CATEGORÍA: VÍNCULO INTERPERSONAL

PREGUNTA 34-37 40 , 45 T=6 ITEMS

CATEGORÍA: COMPORTAMIENTOS FAVORABLES

PREGUNTA 22, 28, 31, 48-50 T=6 ITEMS

LAS INICIALES QUE APARECEN EN EL RECUADRO IZQUIERDO DEL INSTRUMENTO CORRESPONDEN

E: ESTRUCTURA

P: PROCESO

R: RESULTADO

Pregunta abierta 13, 21, 49 y 50



ANEXO 2

ENCUESTA A PROVEEDORAS/ES

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

El **propósito de esta encuesta** es conocer el perfil personal y las percepciones de las y los proveedores que proporcionan atención pediátrica. Sus fines son sólo académicos y de investigación por lo que la información es absolutamente confidencial y anónima y se requiere la mayor veracidad.

Encuesta _____

Instrucciones: Coloque en el recuadro el número que corresponda a su respuesta, según sea el caso. En caso de especificar, realizarlo dentro del recuadro de la pregunta. Recuerde que solo debe anotar una respuesta.

P P E R O R F V I E L E D O E R A L S A / S E S	1. ¿Cuál es su sexo ? 1) Femenino 2) Masculino	
	2. ¿Cuál es su edad ?	
	3. ¿Cuál es su lugar de procedencia? 1) DF 2) Edo Méx. 3) Otra. (Especificar) _____	
	4. ¿Cuál es su religión ? 1) Católica 2) Evangelista 3) Cristiana 4) Judía 5) Testigo de Jehová 6) Otra. (Especificar) _____	
	5. ¿Cuál es su grado máximo de estudios ? 1) Nivel técnico 2) Bachillerato 3) Licenciatura 4) Especialidad 5) Maestría 6) Doctorado	
	6. ¿Cuál es su profesión ? 1) Enfermera 2) Enfermero 3) Médica 4) Médico 5) Otra. (Especificar) _____	
	7. ¿Cuál es la principal función que realiza? 1) Directiva (Toma de decisiones) 2) Asistencial 3) Administrativa	
	8. ¿Cuál su antigüedad en esta institución?	
	9. ¿Cuál es el turno en el que labora? 1) Matutino 2) Vespertino 3) Nocturno 4) Jornada acumulada (mixta) 5) Otro (especifique) _____	
R	10. ¿Por qué prefiere trabajar en esta Institución? 1) Por el prestigio de la institución 2) Por cercanía 3) Por motivos económicos 4) Por el buen compañerismo 5) Por ser tratado con dignidad y respeto 6) Por otra razón (especifique) _____	
R	11. ¿En este hospital ha negado el servicio por falta de personal, material, instrumental, Equipo o medicamentos? 1) Sí 2) No Especifique causa: _____	
E	12. ¿Las funciones que realiza son acordes al puesto que desempeña y a su nivel de estudios? 1) Sí 2) No ¿Por qué? _____	
R	13. ¿Ha vivido alguna situación de maltrato o de discriminación en este hospital? 1) Sí 2) No ¿De qué tipo? _____	
	a) Cuándo vivió esta situación ¿Qué acciones llevó a cabo? Especifique: _____	<input type="text"/>
R	14. ¿Cómo percibe la calidad de los servicios de salud pediátrica de esta institución de salud? 1) Excelente 2) Buena 3) Regular 4) Deficiente	
E	15. ¿Cree usted tener el perfil idóneo para brindar atención pediátrica? 1) Sí 2) No ¿Por qué? _____	

Marque con una X su respuesta, procure solo elegir una Opción y no dejar preguntas sin contestar.		Muy de Acuerdo	De Acuerdo	Ni de Acuerdo Ni en desacuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
E	16. La limpieza de las áreas de este hospital es generalmente buena					
E	17. Los señalamientos que existen en el hospital me permiten ubicarme fácilmente					
E	18. La iluminación del servicio es la adecuada					
E	19. La ventilación del servicio es la adecuada					
E	20. Las condiciones del mobiliario son las adecuadas para brindar atención de calidad					
P	21. Asegurar la privacidad en mis pacientes es mi función principal					
E	22. Cuento con el material y el equipo necesario para otorgar atención de calidad					
E	23. Cuento con los medicamentos y soluciones necesarios para brindar atención de calidad					
R	24. La atención que proporciono siempre es pronta y oportuna					
P	25. Me identifico con un gafete visible y/o menciono mi nombre					
P	26. Siempre me presento por mi nombre					
R	27. Estoy conforme con la atención que se brinda en esta institución					
P	28. Siempre procuro disipar las dudas de mis pacientes					
P	29. Siempre solicito consentimiento para realizar algún procedimiento a mis pacientes					
P	30. Conozco mis derechos y de mis compañeras/os al prestar servicios de salud					
p	31. En esta institución si se respetan y ejercen los derechos humanos					
P	32. Reconozco que existe inequidad en el trato de mujeres y hombres en esta institución					
E	33. Si tengo una situación familiar que requiere mi presencia, puedo explicar abiertamente mi situación para dejar el trabajo					

Marque con una X su respuesta, procure solo elegir una Opción y no dejar preguntas sin contestar.		Muy de Acuerdo	De Acuerdo	Ni de Acuerdo Ni en desacuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
E	34. El hospital tiene el personal suficiente para otorgar un buen servicio					
E	35. La preparación profesional del personal de salud es de alto nivel					
P	36. Cuento con todas las facilidades para seguirme superando					
E	37. Soy una persona altamente valiosa para esta institución					
P	38. Siempre refiero a mis pacientes a otros servicios dentro del hospital para hacer un diagnóstico y/o tratamiento integral					
R	39. Yo recomendaría a otra/o colega prestar sus servicios de salud pediátrica en este hospital					
P	40. Establezco una relación de empatía con las usuarias/os que atiendo					
E	41. En mi ambiente de trabajo se le da un trato preferencial a un sexo en particular					
P	42. La atención se prioriza por la necesidad y el tiempo de las/los Usuarías/os					
R	43. Las condiciones de trabajo favorecen mi desempeño laboral y mi desarrollo personal					
R	44. Estoy satisfecho en mi trabajo					
P	45. La institución, me fomenta para que me realice periódicamente chequeos de salud, con información y tiempo					

P 46. ¿ Que acciones realiza para brindar una práctica más segura en esta institución? _____

R 47. ¿Qué **comentarios y sugerencias** tiene para **mejorar la calidad de la atención** de los servicios de esta institución? _____

“GRACIAS POR SU COLABORACIÓN”

PERFIL DE PROVEEDORAS/ES

PREGUNTA: 1-9 T=9 ITEMS

CATEGORÍA: DIGNIFICACION DE USUARIAS/OS

PREGUNTA: 11, 16-25, 46 T= 12 ITEMS

CATEGORÍA: CONCIENCIA Y EJERCICIO DE DERECHOS

PREGUNTA 13, 28-32 T= 6 ITEMS

CATEGORÍA: COMPETENCIA TECNICA

PREGUNTA 10, 12, 15, 34-36 38 T= 7 ITEMS

CATEGORÍA: VÍNCULO INTERPERSONAL

PREGUNTA 26-27, 33, 37, 41-42 T= 6 ITEMS

CATEGORÍA: COMPORTAMIENTOS FAVORABLES

PREGUNTA 14, 39-40, 43-45, 47 T= 7 ITEMS

Preguntas abiertas

11-14 46, 47,



INSTITUTO NACIONAL DE PEDITRÍA

GUÍA PARA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD A USUARIAS/OS

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN PEDIATRICA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

I. PREGUNTAS PARA INICIAR

1. Por favor, podría describirme **¿cuál fue su experiencia** de atención en este hospital?
2. **¿Qué significa para usted recibir una atención con calidad?**
3. Por favor, podría compartir conmigo **¿Qué situaciones le generaron satisfacción durante la atención y cuáles le generaron insatisfacción?**

II. PREGUNTAS DE PRUEBA

Las siguientes preguntas pueden ser utilizadas para solicitar información adicional de las y los participantes y uso dependerá de la situación particular de cada persona.

Podría usted decirme algo más acerca de...

1. **¿Qué obstáculos enfrentó usted para buscar y recibir atención en este hospital?**
2. **¿Me podría caracterizar al personal Médico y de Enfermería que le atendió?**
3. Podría narrarme **¿cómo le escuchó y atendió sus necesidades de salud el personal Médico y de Enfermería que le trató en este hospital**
4. **¿Qué aspectos positivos y negativos le reconoce al personal de salud de esta institución?**
4. **¿Ha observado en el personal de salud actitudes de prepotencia y autoritarismo durante la Atención hacia las niñas y niños?**
5. **¿En qué condiciones se proporcionan los servicios de salud en este hospital?**
6. **¿Qué sentimientos le generó el esperar mucho tiempo para recibir atención?**
7. **¿El ser mujer u hombre fue razón del buen trato o del mal trato por parte del personal de salud?**
8. **¿Tienen preferencia de atención por personal femenino o masculino en los servicios de este hospital?**
9. Podría referirme **¿sí se ha sentido discriminada/o durante la atención sólo por ser mujer u hombre?**
10. **¿Qué derechos como usuaria/o sabe que tiene y si los ha ejercido en alguna ocasión?**
11. **¿Qué cambios sugiere para mejorar la calidad atención al atender niñas y niños?**

III. PARA CONCLUIR.

¿Qué más quisiera usted relatar de su experiencia como usuaria/o de los servicios de salud en este hospital, que no se haya preguntado en la entrevista?



Anexo 4
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

**GUÍA PARA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD
A PROVEEDORAS/ES**

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ATENCIÓN PEDIATRICA DESDE LA PERSPECTIVA DE
GÉNERO**

I. PREGUNTAS PARA INICIAR

1. Por favor, podría describirme **¿Qué significa para usted una atención de calidad ?**
2. Podría describirme **¿cuál es el tipo de usuaria/o que solicita servicios de salud en este hospital ?**
3. Podría compartir conmigo **¿Qué necesidades de atención le manifiestan las usuarias/os en los servicios de salud de este hospital?**
4. **¿Cómo resuelve el hospital las necesidades de atención a la salud INFANTIL de las usuaria/os?**
5. Podría referirme **¿Qué factores explican la satisfacción o insatisfacción de las/los usuarios por la atención?**
6. Podría describirme **¿cómo es la satisfacción del personal que labora en los servicios de salud infantil de este hospital?**

II. PREGUNTAS DE PRUEBA

Las siguientes preguntas pueden ser utilizadas para solicitar información adicional de las y los participantes y uso dependerá de la situación particular de cada persona.

Podría usted decirme algo más acerca de...

1. **¿ Que caracteriza el trabajo que realiza en los servicios de pediatría?**
2. **¿Qué significado tiene para usted la salud infantil?**
3. **¿Qué situaciones facilitan y cuales obstaculizan la prestación del servicio?**
4. **Las condiciones en que se proporcionan los servicios de salud, ¿son equitativas para Mujeres y Hombres?**
5. **¿Qué acciones ha llevado a cabo el hospital para implementar la perspectiva de género en la atención?**
6. **¿Ha observado si las usuarias/os tienen preferencia de atención por personal femenino o masculino?**
7. **¿Cómo incluye a las usuarias/os en el proceso de atención?**
8. Podría describirme **¿Cómo favorece la comunicación con sus pacientes?**
9. Podría referirme **¿Cómo se da la atención a una mujer y a un hombre en este hospital?**
10. **¿Qué aspectos positivos le reconoce a sus pacientes durante el proceso de atención?**
11. **¿Qué aspectos negativos le reconoce a sus pacientes durante el proceso de atención?**
12. **¿Qué derechos le reconoce a sus pacientes?**
13. **¿Permite opinar a sus clientes sobre la atención recibida?**
14. **¿Qué avances ha tenido el servicio en los tres últimos años?**
15. **¿Qué cambios sugiere para mejorar la calidad atención en el servicio?**

III. PARA CONCLUIR.

¿Qué más quisiera usted relatar de su experiencia como personal que provee servicios en esta institución, que no se haya preguntado en la entrevista?



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 MAESTRIA EN ENFERMERIA ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO**

CÉDULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación:

“Evaluación de la calidad de atención pediátrica desde la perspectiva de género” **Responsable: Lic. Alicia Hernández Cantoral**

Entiendo que se me realizará un cuestionario y una entrevista audio grabada, en esta Institución de salud, en un horario que a mí me sea el más conveniente, estoy consciente que fui elegida/o para participar en esta investigación y que los resultados que se obtengan de la misma tendrán un beneficio social e institucional. También se me ha explicado que puedo negarme a responder alguna pregunta o a suspender la entrevista en el momento que yo quiera, si así lo deseo, por lo tanto acepto la realización de la entrevista a profundidad y autorizo la grabación de la información que proporcione sobre mi percepción respecto de la calidad de la atención que se brinda en este Hospital, consciente de que dicho procedimiento no implica ningún riesgo para mi persona y mi familia y que se me ha informado que los testimonios que exprese de mi experiencia en esta institución de salud serán confidenciales y utilizados única y exclusivamente para fines de la investigación: “Evaluación de la calidad de atención pediátrica desde la perspectiva de género”, cuyos beneficios permitirán mejorar la calidad de la atención en estos servicios, al brindarse una atención integral, con base en el ejercicio de derechos y en un marco de equidad.

Firma de aceptación de la entrevista -----

Fecha y firma de quien realiza la entrevista -----

Testigo 1
Nombre y firma

Testigo 2
Nombre y firma
