



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

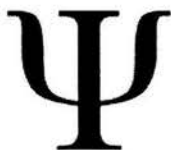
**AVAL CIUDADANO: PROGRAMA PARA
EVALUAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE
SALUD. EL CASO DE LAS SALAS DE ESPERA
EN UN HOSPITAL GINECOLÓGICO PÚBLICO**

**INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

ESTEBAN MENA MÉNDEZ

DIRECTORA: MTRA. BEATRIZ VÁZQUEZ ROMERO
SUPERVISORA: MTRA. BEATRIZ VÁZQUEZ ROMERO
APOYO DE SERVICIO SOCIAL Y BOLSA DE TRABAJO
NO. 2007-0012/0023-0043



MÉXICO, D. F. CIUDAD UNIVERSITARIA

OCTUBRE 2009



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.



UNAM.251
2009

M.-
TPs.

Agradecimientos

A la Mtra. Beatriz Vázquez Romero por las asesorías, tiempo y la oportunidad de hacer este IPSS con ella.

A la Mtra. Laura Ángela Somarriba Rocha por todo el apoyo académico y emocional que me ha brindado; por su amistad, tiempo y aportaciones que hicieron enriquecer este trabajo.

A mis revisores: Mtra. Laura Ángela Somarriba Rocha, Mtra. María Asunción Valenzuela Cota, Dra. Mariana Gutiérrez Lara y el Mtro. Celso Serra Padilla por tomarse el tiempo de leer este IPSS.

Al Dr. Luis Alberto Villanueva Egan, Director del Hospital de la Mujer por abrirnos las puertas de la Unidad a su cargo y permitirme trabajar ahí con todas las facilidades.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, nuestra máxima casa de estudios quién me acogió desde mis tres años.

Con mucho cariño a mi Madre por su apoyo incondicional en todo momento, por nunca limitar mis necesidades intelectuales aportando siempre el recurso que las satisfaga, pero sobre todo por el cariño que siempre me ha tenido y que es bien correspondido. En verdad que te lo agradezco mucho.

A Quique por ser un ejemplo humano a seguir, su inteligencia, ocurrencias, acciones y apoyo lo hacen un ser muy completo. Gracias Che por enriquecer mi personalidad.

A mi hermana, los altibajos en nuestra relación nunca han impedido celebrar momentos felices ni apoyarnos en los tristes.

A Martha por el amor que me ha inspirado e igualmente he recibido de su parte. Por alentarme, cuidarme, y alegrarme el corazón en todo momento. Te amo preciosa.

A mi padre por el apoyo económico que me brindó.

A mis primos, tíos y especialmente a la abuelita Estela por siempre recibirme con los brazos abiertos en sus casas.

A Socorro por ser mi guía espiritual, quién sin su orientación no estaría ahora en este camino ni en muchos otros que ya he emprendido.

A todos mis amigos de la primaria, prepa, facultad u otros campos pues hemos compartido muchos momentos importantes no sólo de mi vida si no también de la suya.

A Mirla, Arturo, Natalia y Ely quienes han estado conmigo en los momentos más felices y tristes. Gracias por todas aquellas horas de estimulantes charlas y experiencias.

A toda la familia Martínez Ochoa por sus atenciones, cariño y gratos momentos pasados juntos.

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	5
ÍNDICE DE TABLAS.....	5
RESUMEN	6
JUSTIFICACIÓN.....	8
CONTEXTO.....	9
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	14
1.1 Historia del Sector Salud en México.....	14
1.2 Acciones de Calidad en los Servicios de Salud en México.....	21
1.3 Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS).....	23
1.4 Programa Aval Ciudadano	30
1.5 Satisfacción con los Servicios Médicos	39
CAPÍTULO II. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS DEL IPSS.....	44
2.1 Objetivo general	44
2.2 Objetivos específicos.....	44
2.3 Objetivos personales.....	45
2.4 Participantes	45
2.5 Criterios de inclusión.....	45
2.6 Instrumentos	46
2.7 Escenario	51
2.8 Procedimiento.....	51
CAPÍTULO III. RESULTADOS	53
3.1 Datos sociodemográficos de las pacientes.....	54
3.2 Indicadores de trato digno de Aval Ciudadano (F1-TD/02).....	57
3.3 Verificación de instalaciones (F3-VI-AC/04)	64
CAPÍTULO IV. CONSIDERACIONES FINALES	67
REFERENCIAS	73
ANEXOS.....	75

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Criterios de Selección para ser Aval Ciudadano.....	30
<i>Figura 2.</i> Criterios para el reconocimiento de las unidades médicas.....	36
<i>Figura 3.</i> Edades de las pacientes de Consulta Externa.....	53
<i>Figura 4.</i> Edades de las pacientes de Urgencias.....	54
<i>Figura 5.</i> Las pacientes de consulta externa fueron recomendadas por.....	55
<i>Figura 6.</i> Las pacientes de urgencias fueron recomendadas por... ..	55
<i>Figura 7.</i> Con el tiempo que esperó para pasar a consulta ¿Quedó usted...?.....	56
<i>Figura 8.</i> ¿El médico le permitió hablar sobre su estado de salud?.....	57
<i>Figura 9.</i> ¿El médico le explicó sobre su estado de salud?	57
<i>Figura 10.</i> ¿El médico le explicó sobre el tratamiento que debe de seguir?.....	58
<i>Figura 11.</i> ¿El médico le explicó los cuidados que debe de seguir?.....	59
<i>Figura 12.</i> ¿Cómo considera la información que el médico le dio?.....	59
<i>Figura 13.</i> En general ¿El trato que recibió usted en esta unidad fue...?.....	60
<i>Figura 14.</i> Verificación de instalaciones: Índice de Integridad.....	62
<i>Figura 15.</i> Verificación de instalaciones: Índice de Comodidad.....	63
<i>Figura 16.</i> Verificación de instalaciones: Índice de Limpieza.....	64

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1.</i> Distribución de entrevistados.....	52
<i>Tabla 2.</i> Áreas por bimestre en 2007 en las que se registró mal trato a usuarios en Consulta Externa.....	61
<i>Tabla 3.</i> Áreas por bimestre en 2007 en las que se registró mal trato a usuarios en Urgencias.....	61

RESUMEN

En México es necesario mejorar la calidad de los servicios de salud e incrementar la esperanza de vida de sus habitantes. Para ello se requiere conocer la eficiencia en la atención que brindan los hospitales del Sector Salud. Para cubrir esta necesidad, el Gobierno Federal implementó en el año 2001 la *Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud* (CNCSS) incluyendo en ella, al programa Aval Ciudadano como un “mecanismo... que faculta a ciertos grupos y organizaciones civiles, con representatividad social, prestigio y credibilidad entre la población, a visitar unidades de salud para avalar las acciones a favor del trato digno que en ellas se llevan a cabo y a garantizar que los informes emitidos por las autoridades se apeguen a la realidad” (SSA, 2004b, p. 14).

En este Informe Profesional de Servicio Social (IPSS) se expondrá el trabajo realizado en el periodo de mayo a diciembre de 2007 en el *Hospital de la Mujer* de la Ciudad de México como parte del programa *Aval Ciudadano* en donde la Facultad de Psicología participa, con el fin de conocer principalmente la satisfacción de los usuarios respecto a la atención recibida en la unidad y las condiciones de confort que éstas ofrecen.

Se entrevistaron a 1617 usuarios (as), pacientes, familiares o acompañantes, que se encontraban en las salas de espera de consulta externa y urgencias, utilizando el instrumento *Hoja de recolección de datos (F1-TD/02)* diseñado por el Sector Salud, que contiene los indicadores de trato digno. Los usuarios contestaron a cada indicador de acuerdo a su vivencia dentro del hospital. Además, se recabó información adicional de las pacientes a través del *Cuestionario sociodemográfico de la paciente* elaborado por la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector

Social (CCSCUSS) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Cuando no era posible entrevistar a la paciente, eran sus familiares o acompañantes quienes nos proporcionaban los datos de ella.

Las salas de espera fueron evaluadas con un instrumento también diseñado por el Sector Salud, nominado *Verificación de instalaciones* (F3-VI-AC/04), con el objetivo de identificar los siguientes indicadores: integridad, comodidad y limpieza.

Los datos fueron analizados y posteriormente expuestos (siguiendo los índices de calidad que marca el programa Aval Ciudadano) en reportes bimestrales dirigidos a las autoridades del hospital ginecológico, logrando con ello identificar las áreas de oportunidad y proponer soluciones para mejorarlas.

Se encontró que en general existe una buena percepción en los servicios médicos brindados en ambas salas de espera, sin embargo, el servicio de vigilancia era constantemente el área en donde había más insatisfacción.

Las propuestas para mejorar el servicio en el Hospital de la Mujer abarcan todas las áreas en que se registraron quejas por parte de los usuarios, como es el mejorar el trato personal de los trabajadores, dotar a la cajera con moneda fraccionaria para facilitar el cambio a las pacientes, descripción y difusión del procedimiento para ser atendida en el hospital por medio de un cartel para orientar sobre todo a las pacientes de primera vez, entre otros.

JUSTIFICACIÓN

La atención a la salud es prioritaria para el bienestar y el desarrollo de México ya que las enfermedades que afectan a su población tienen un gran impacto social y económico, por esta razón el país necesita prevenir y/o resolver los problemas de salud que afectan la calidad y la esperanza de vida de sus habitantes. Un recurso para solucionar estas dificultades es implementar programas a nivel nacional que mejoren los servicios de las instituciones públicas de salud. Dentro de ellos contamos con la **Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS)**, la cual a su vez contempla al **Aval Ciudadano** como un mecanismo que ratifica las acciones de las unidades de salud en favor del trato digno y garantiza que sus informes se apeguen a la realidad.

Con base en indicadores de trato digno, integridad, comodidad y limpieza, el Sector Salud pretende elevar la calidad de la atención, emprendiendo acciones que la favorezcan. Existen diversos estudios donde se manifiesta la importancia de mejorar la atención brindada por los servicios sanitarios. Por ejemplo Avedis Donabedian (1966) se enfoca en la calidad de la atención; Patricia Ortega, A. P., Mercado, D. S., Reidl, M. L. M., Estrada, R. C. (2005) en la valoración psicoambiental y J.A. Bellón (2001) en la comunicación médico paciente, entre otros. Esto es muy importante ya que se ha observado que estas características influyen en el nivel de satisfacción de los usuarios y en sus niveles de estrés al acudir a estos servicios.

El estrés es un elemento que puede deteriorar la salud sobre todo en personas enfermas, por eso se deben identificar los factores que lo generan y evitarlos en la medida de lo posible. Estudios citados por Ortega Andeane et al. (2005) en su libro “Estrés Ambiental en Instituciones de Salud”, demuestran que exposiciones

prolongadas al estrés pueden deteriorar los recursos físicos y psicológicos del individuo, esto hay que tomarlo especialmente en cuenta ya que las personas que se encuentran en un hospital tienen disminuidas sus capacidades de afrontamiento debido a la fatiga y/o la alteración emocional. Por esta razón es necesario conocer los estresores percibidos por los usuarios y tratar de reducirlos en la medida de lo posible. De esta manera los pacientes corren menos riesgo de prolongar o agravar su enfermedad.

CONTEXTO

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud fue implementada por la Secretaría de Salud (SSA) en el año 2001, siendo Secretario de Salud el Dr. Julio Frenk Mora. Tiene como finalidad “*eleva la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país, que sean claramente percibidos por la población*” (SSA, 2002b), para lograrlo se desarrollaron estrategias que incluyen a los usuarios de los servicios, los prestadores individuales, organizaciones prestadoras de los servicios y el sistema de salud en general.

El programa Aval Ciudadano es una estrategia de la Cruzada que nos permite conocer la percepción de los usuarios respecto a la atención recibida en los servicios de salud en México. Su objetivo es avalar las acciones a favor del trato digno en las unidades de salud, y garantizar la veracidad de los informes emitidos por ellas (SSA, 2004b).

Este Informe Profesional de Servicio Social presenta los datos de este programa aplicado en el Hospital de la Mujer durante el periodo comprendido de mayo a diciembre de 2007.

Dicho nosocomio es una unidad de salud centralizada, dependiente de la Dirección General de Coordinación y Desarrollo de Hospitales Federales de Referencia. Atiende a mujeres de cualquier parte de la República Mexicana que solicitan la atención. Se encuentra ubicado en Prolongación Salvador Díaz Mirón #374, Ciudad de México, colonia Santo Tomás en la delegación Miguel Hidalgo, código postal 11340. Sus objetivos principales son: proporcionar a sus pacientes atención ginecológica, obstétrica y oncología ginecológica, así como asistencia neonatal.

Su misión es “proporcionar con calidad, atención gineco-obstétrica y oncológica a la mujer y al su recién nacido, así como formar capital humano comprometido con la sociedad”. Su visión es “ser centro líder nacional en la asistencia, la enseñanza e investigación en gineco-obstetricia, neonatología y oncología ginecológica” (SSA, 2008b).

Dentro de la **atención médica** que ofrece el *Hospital de la Mujer* encontramos las siguientes:

Consulta Externa:

- ▶ Ginecología
- ▶ Obstetricia
- ▶ Oncología ginecológica
- ▶ Embarazo de alto riesgo
- ▶ Clínica de amenorrea y endocrinología ginecológica
- ▶ Clínica de displasias del aparato genital
- ▶ Clínica de esterilidad e infertilidad
- ▶ Odontología
- ▶ Clínica de atención a la mujer en situación de violencia
- ▶ Estimulación temprana del recién nacido

Hospitalización:

- ▶ Neonatología
- ▶ Puerperio complicado
- ▶ Medicina perinatal y embarazo de alto riesgo
- ▶ Alojamiento conjunto
- ▶ Cirugía ginecológica
- ▶ Oncología ginecológica
- ▶ Unidad toco-quirúrgica
- ▶ Unidad de cuidados intensivos neonatales
- ▶ Unidad de cuidados intensivos del adulto

Admisión y Urgencias:

- ▶ Atención gineco-obstétrica las 24 horas los 365 días del año (SSA, 2008a).

Además el hospital cuenta con los servicios de:

- ▶ Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
- ▶ Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto.
- ▶ Hospitalización neonatal para prematuros, de crecimiento y desarrollo.
- ▶ Área de Consulta externa con 15 consultorios, la mitad con baño interno; dos salas de espera de pacientes.
- ▶ Laboratorios de análisis clínicos, citología, patología y genética, así como un peine de laboratorio para investigación.
- ▶ Clínica de lactancia materna.

- ▶ Biblioteca con paneles de consulta electrónica.
- ▶ Aulas con divisiones que permiten convertir 3 aulas en 6 pequeñas.
- ▶ Central de equipos y esterilizado (SSA, 2008c).

Cabe mencionar que el inicio de mi Servicio Social en el Hospital de la Mujer coincidió con la finalización de la remodelación de las instalaciones iniciada en el 2004.

La Facultad de Psicología como Aval Ciudadano

El convenio de colaboración con la Facultad de Psicología de la UNAM para instaurar el Aval Ciudadano en el Hospital de la Mujer fue firmado el 7 de junio de 2005 (Gutiérrez, D. L., Hernández, F., Ramírez, T. & Cepeda, A., 2005). A la cita acudieron por parte de la UNAM la Dra. Lucy María Reidl Martínez, Directora de la Facultad de Psicología y la Mtra. Beatriz Vázquez Romero, Coordinadora de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social. Por parte del Hospital de la Mujer asistieron el Dr. Bernardo Bidart Ramos, Director General para la Coordinación y Desarrollo de los Hospitales Federales de Referencia y el Dr. Juan Luis García Benavides, Director del Hospital en ese momento (Gutiérrez, D. L., Hernández, F. & Cepeda, A., 2005).

Desde abril de 2005 hasta 2008, la Facultad de Psicología ha entrevistado periódicamente a los usuarios que se encontraban en las salas de espera del Hospital de la Mujer y con la información recabada se han elaborado reportes dirigidos a dicha unidad con la finalidad de identificar y atender las necesidades relativas al trato digno, así como las observaciones y sugerencias hechas por los propios pacientes. Esto es importante pues con ello se reduciría el riesgo de prolongar o agravar sus enfermedades.

Para comprender la evolución que el Sistema de Salud en México ha tenido que realizar para lograr hoy en día la instalación de programas importantes que mejoren la

calidad de la atención prestada en las unidades de salud, es necesario conocer la historia que hay detrás del Sector Salud; la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud y el Aval Ciudadano.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 Historia del Sector Salud en México

El actual sistema de salud tiene dos antecedentes fundamentales, el primero data del 19 de enero de 1943, fecha en que surge el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con la promulgación de la Ley del Seguro Social; el segundo ocurrió el 15 de octubre del mismo año cuando la fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública darían origen a la **Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)** (Secretaría de Salud [SSA], 2006b).

En sus primeros años de existencia la SSA centró sus esfuerzos en cumplir el Plan de Construcción de Hospitales iniciado en 1940, el propósito era el de crear un sistema hospitalario que impartiera atención médica en tres grupos de instituciones: hospitales generales centrales, regionales y rurales (SSA, 1994). Posteriormente, y debido al incremento de la población, fue necesario dividir al Distrito Federal (D.F.) en distritos sanitarios, en donde se instalaron centros de salud con diversos servicios médicos.

Con el programa de acción 1943-1946 hubo mejorías sanitarias, como las obras de saneamiento urbano y rural mediante la introducción de agua potable, la instalación de sistemas de avenamiento y la lucha contra las enfermedades transmisibles más frecuentes de la época con la construcción de dispensarios, campañas de salud y brigadas ambulantes (SSA, 1993a).

Durante el régimen del Presidente Miguel Alemán Valdés (1946-1952), la Secretaría de Salubridad y Asistencia se encontraba al mando del Dr. Rafael Pascasio Gamboa, quien impulsó campañas de salud para disminuir la mortalidad de la población

en general e infantil en particular, para ello prestó especial atención a la lucha contra las enfermedades evitables por vacunación y el fomento a los trabajos de saneamiento en los medios rural y urbano.

Esto se complementó con educación de salud e higiene para la población, utilizando medios de comunicación como radio, prensa y cine. El propósito era obtener la colaboración ciudadana en las campañas sanitarias.

Se crearon comedores familiares, hogares sustitutos, asilos y guarderías infantiles para la protección de la maternidad, niñez y “clases débiles”.

En el siguiente sexenio a cargo del Presidente Adolfo Ruíz Cortines (1952-1958) las principales acciones en pro de la salud fueron: el Programa de Bienestar Social Rural, en el cual gobierno y población local trabajaban conjuntamente en actividades económicas, sanitarias y culturales; la Campaña Nacional para la Erradicación del Paludismo; la elaboración del Censo Nacional de Hospitales, que permitió contar con datos sobre la ubicación, la capacidad, y el radio de acción de cada uno de ellos; y los Programas de Salubridad Integral, cuyo fin era lograr el bienestar de la población mediante la solución de problemas sanitarios-asistenciales.

En el mandato del Presidente Adolfo López Mateos (1958-1964), la tasa de mortalidad siguió bajando gracias a las campañas de salud y a las investigaciones epidemiológicas, e inició el Programa de Agua Potable Rural y el Programa de Nutrición.

En los años subsiguientes (1964-1970) con las diversas campañas de salud, continuaron bajando las tasas de mortandad de algunas enfermedades, a ello se le suman también las obras de saneamiento y la construcción de redes de distribución de agua potable (SSA, 1993a).

Más adelante (1973) el Código Sanitario se modificó y actualizó, posibilitando en México la entrada de las campañas de planificación familiar (SSA, 2006b). Subsiguientemente se creó el primer *Plan Nacional de Salud 1974-1983*, entre sus objetivos se encontraba el extender la cobertura de los servicios sanitarios a la totalidad de la población, e incorporarla en la colaboración de los programas de salud.

En 1977, se establece un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio llamado Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el cual unificaba las funciones del Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) y el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMAN), (SSA, 1994). Su finalidad era promover y atender a la población infantil en lo concerniente a la salud, la educación y el desarrollo cultural dentro del seno familiar y en la comunidad al que el niño pertenecía (SSA, 1993a).

Para 1978 se organizó el Gabinete del Sector Salud, a quien competía examinar, aprobar, priorizar y evaluar los programas y planes sectoriales. De estos esfuerzos resaltó la creación de la cartilla de vacunación. Paralelamente, algunas enfermedades fueron reducidas en todo el país. Además, se crearon programas de desarrollo económico, social y político tanto en el Distrito Federal como en el interior de la república (SSA, 1993a), entre ellos se encontraba el de IMSS-COPLAMAR y el de Atención a la Población Marginada en Grandes Urbes, ambos eran programas de atención primaria que buscaban satisfacer la demanda interna del país y a su vez responder a las presiones internacionales (SSA, 2006b).

Más tarde en 1982, los Institutos de Salud se integraban en un subsector del Sector Salud, favoreciéndose este último ya que le permitía contar con apoyo científico y técnico (SSA, 1994).

Al año siguiente surgiría la iniciativa de incluir en la Constitución de la República el Derecho a la Protección de la Salud, promovida por el Presidente Miguel de la Madrid (SSA, 1985) logrando en 1984 la promulgación de la **Ley General de la Salud**, la cual:

- 1) Estableció las bases de un Sistema Nacional de Salud (SNS) con el que se hizo efectivo este nuevo derecho constitucional (SSA, 1993c, p. 42).
- 2) Derogaba las disposiciones del Código Sanitario y disponía las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud.
- 3) Establecía la separación de competencias entre la Federación y los estados.
- 4) Especificaba los rubros de la salubridad general (SSA, 1994, p. 26).

La Secretaría de Salud y Asistencia fue la encargada de encabezar el SNS buscando coordinar a todas las entidades del Sector Salud como son la misma Secretaría, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), así como dependencias de la administración pública federal, como el Departamento del Distrito Federal (DDF), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), la Secretaría de Marina (SEMAR), la Secretaría de Hacienda, Petróleos Mexicanos (PEMEX), Ferrocarriles Nacionales y la compañía de Luz y Fuerza del Centro (LFC), además de los subsectores de Institutos Nacionales de Salud y Asistencia Social. También incluía a los gobiernos estatales y los sectores social y privado (SSA, 1993c).

Dentro de este sexenio (1982- 1988) se puso en marcha el **Plan Nacional de Desarrollo** (PND) 1983-1988, referente a la salud, el plan contaba con dos grupos de estrategias: las generales y las instrumentales, las primeras contenían las acciones preventivas, la reorganización y la modernización de los servicios correspondientes; la consolidación del SNS, la reorganización de la asistencia social; la formación y la capacitación del personal, así como la realización de investigación en los centros hospitalarios. En el caso de las instrumentales, sus acciones fueron la sectorización, la descentralización, la modernización administrativa, la coordinación intersectorial y la participación de la comunidad (SSA, 1993a).

Para cumplir lo dispuesto tanto en la Ley General de la Salud como en el Plan Nacional de Desarrollo, la SSA coordinó la elaboración del **Programa Nacional de Salud** (PNS) 1984-1988, en donde participaron diversas instituciones del sector público, social y privado (SSA, 1994).

La Secretaría de Salud y Asistencia, que cambió su nombre por *Secretaría de Salud* a principios de 1985, (pero conservó las mismas siglas SSA), se encargó de normar, planear, evaluar y supervisar los servicios de salud, dejando paulatinamente la operación de los mismos a los estados y a otras entidades de la Administración Pública (SSA, 1994). Por esta razón surge la necesidad de crear Jurisdicciones Sanitarias, Sistemas Estatales de Salud y Sistemas Locales de Salud (SSA, 1993c).

El objetivo de desconcentrar y descentralizar los servicios de salud era ampliar la cobertura y a su vez mejorar la calidad de los servicios (SSA, 1994).

Durante la administración de 1982 a 1988 se estableció el **Sistema de Encuestas Nacionales de Salud** (SENS) el cual aportaba datos acerca de la situación de la salud en la población; los insumos y recursos disponibles e información útil para

implantar programas o reorientar sus acciones en la prevención y control de enfermedades (SSA, 1993a).

Otra medida importante en este periodo, fue la instauración del Modelo de Atención a la Salud a Población Abierta para **organizar la atención médica en relación con el grado de complejidad de los problemas de salud**, con base en esto se identificaron tres niveles:

1. El **Primer nivel** proporciona consultas externas atendidas por médicos generales o médicos especialistas en medicina familiar. Se ubican aquí los centros de salud y las unidades de medicina familiar, y es en donde se resuelve la mayoría de los problemas de la población.
2. El **Segundo nivel** ofrece consultas especializadas y hospitalizaciones generales.
3. En el **Tercer nivel** se brinda hospitalización y una atención más especializada a cargo de los Institutos Nacionales de Salud (SSA, 1993a, p. s/p).

Posteriormente, en 1985 se instauraron los días nacionales de vacunación, sustituyendo las campañas intensivas de vacunación que venían realizándose. Por otro lado, debido al temblor ocurrido en septiembre de ese mismo año se construyeron varios hospitales en la zona metropolitana (SSA, 1986).

Las instituciones encargadas de los cuidados de la salud elaboraron programas para organizar a la comunidad y capacitar a la población para que ésta cuidara de su salud y utilizara adecuadamente los servicios de salud. También se tuvieron reuniones

de consulta popular de forma periódica con los representantes sociales de la población (SSA, 1986).

En el siguiente periodo presidencial (1988-1994) la SSA junto con el Sistema Nacional de Salud elaboraron el Programa Nacional de Salud 1990-1994 como una estrategia operativa para alcanzar sus objetivos y metas. Además, crea en 1991 el Consejo Nacional de Vacunación (SSA, 1993a). A lo largo de este periodo los índices de mortalidad y morbilidad de los mexicanos continuaron disminuyendo, mientras que el de esperanza de vida se incrementaba (SSA, 1994).

En la década de los noventa la nación enfrenta tres epidemias, sarampión, cólera y SIDA las cuales fueron controladas mediante actividades técnico-administrativas y políticas (SSA, 2006b).

Con el fin de de ampliar la cobertura de los servicios esenciales de salud a las comunidades que no cuentan con él o les es muy difícil su acceso, en 1996 se creó el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), el cual contaba con un Paquete Básico de Servicios de Salud (PABSS), (SSA, 1996, p. 23).

Otro programa importante realizado por el Sector Salud junto con otras instancias del Gobierno Federal fue el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), enfocado a poblaciones marginadas (SSA, 1997).

La descentralización que había comenzado años atrás continuó su curso hasta completarse en 1998 (SSA, 1998). Durante ese mismo año se promocionó el mercado de medicamentos genéricos intercambiables (SSA, 1998).

Continuaron los avances del Sistema Nacional de Salud para mejorar la atención dirigida a los usuarios, logrando en 2001 lanzar la **Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud** como respuesta a las exigencias de la población por un trato digno (SSA, 2002a). Después en 2003 surgiría una nueva reforma del sistema de salud

mexicano con la finalidad de extender la cobertura de aseguramiento mediante el otorgamiento de un seguro público de carácter voluntario dirigido a las familias sin seguridad social. Dicho seguro creado en el 2002 lleva por nombre **Seguro Popular de Salud** (SPS) y es la medida operativa del Sistema de Protección Social en Salud. Su financiamiento proviene de recursos federales, estatales y pagos anticipados de la población usuaria de acuerdo a su nivel de ingreso. Cuenta con un catálogo de servicios esenciales (CASES) que al momento de necesitarlos su costo es mínimo o nulo. La prestación de los servicios corre a cargo de los Servicios Estatales de Salud (SESAS), (Ávila Burgos, L., Cahuana Hurtado, L., Pérez Nuñez, R., Aracena Genao, B. y Hernández Peña, P., 2008).

1.2 Acciones de Calidad en los Servicios de Salud en México

Las primeras auditorías médicas las realizó el IMSS a finales de 1950 y se extendieron casi hasta finales de los setenta. Más tarde, en 1985 y 1986 el Instituto de Perinatología de la Secretaría de Salud implantó los primeros círculos de calidad que son foros de análisis, discusión, solución y seguimiento de los problemas de la calidad en el primer nivel de atención a la salud. En 1987 el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación, coordinado por la SSA y conformado por el IMSS, ISSSTE, DIF, Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP), Secretaría de la Contraloría General de la Federación (SECOGEF), Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal (SMDDF) y el Gabinete de Salud de la Presidencia de la República (GSPR) editó y difundió el documento “Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud”, cuya aplicación se restringió a una prueba piloto realizada en unidades médicas del ISSSTE y la cual obtuvo resultados satisfactorios, ese

mismo año el documento sería escogido por la Secretaría de Salud como el normativo para las instituciones del Sector Salud (Aguirre, 1997).

Posteriormente, en la década de los noventa, la calidad de los servicios en las instituciones de seguridad social del país empezaba a tomar fuerza con la implantación del Plan Integral de Calidad (PIC), y el Premio IMSS de Calidad, aunque también se deben tomar en cuenta el desarrollo de sistemas de encuestas de satisfacción, estudios de percepción de los derechohabientes y un sistema de información y orientación para los mismos (SSA, 2002b).

Por su parte el sector privado crea en 1992 la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la salud (SSA, 2002d).

En junio de 1995 en el D.F. se instaló el Programa de Mejora Continua de la Calidad (PMCC) con el objetivo de elevar la eficiencia y la calidad de los servicios de atención médica y curativa, los de regulación sanitaria y los de apoyo administrativo (SSA, 1996). Al año siguiente las Secretarías de la Contraloría y Desarrollo Administrativo (SECODAM) establecieron los indicadores para la evaluación de los estándares de calidad en el servicio, el objetivo era mejorar la calidad y cobertura de atención por medio de evaluaciones periódicas del uso de los recursos humanos materiales y financieros. Más adelante debido a las demandas de los usuarios por una atención de calidad y eficiente, se creó la CONAMED, *Comisión Nacional de Arbitraje Médico* (SSA, 1996) y sus comisiones homólogas en varios estados de la República (SSA, 2002d), su propósito principal era cooperar en la solución de los conflictos entre los usuarios y los prestadores de los servicios de salud (SSA, 1996).

Entre 1997 y 2000 la Secretaría de Salud inició al Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica en 28 estados de la República Mexicana. Una de las acciones de dicho programa fue la evaluación basal de todos los hospitales

generales, todos los centros de salud de *más* de un núcleo básico¹ y una muestra representativa de los centros de salud de un núcleo básico. La evaluación exploraba características de calidad de las dimensiones técnica e interpersonal, así como la estructura, el proceso y el resultado. Participaron un total de 180 jurisdicciones sanitarias de 245 y más de tres mil unidades; se entrevistaron a 15, 689 prestadores de servicios y cerca de 28 mil usuarios; y se revisaron poco más de 50 mil expedientes. (CNCSS, 2007). Una de las medidas para motivar al Personal de Enfermería fue la creación del Programa de Estímulos a la Productividad y Calidad con la finalidad de reconocer su alta responsabilidad, competencia, actitud en el trabajo e interés por la superación y el desarrollo profesional (SSA, 1998).

Para 1999 el Consejo de Salubridad General inicia el Programa de Certificación de Hospitales (SSA, 2002d).

En 2001 la SSA crea la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS)

1.3 Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS)

Como se mencionó anteriormente, el Sistema Nacional de Salud puso en marcha en 2001 la CNCSS, (SSA, 2004a) con el fin de elevar e igualar la calidad de sus servicios en niveles aceptables a lo largo y ancho del país, además de que estos logros fueran percibidos por la población (SSA, 2001).

Para comprender mejor este Informe Profesional de Servicio Social se expondrán a continuación una serie de conceptos con sus respectivas definiciones, así

¹ Es la unidad funcional de los centros de salud y de las unidades móviles, está conformado por un médico familiar o general y una o dos enfermeras. En caso de no contar con ellos se aceptan a pasantes de estas carreras.

como la estructura que forma parte de la Cruzada Nacional, siendo todo ello indispensable para la comprensión de dicho programa.

Programa CNCSS

“Estrategia del Gobierno Federal instrumentada por la Secretaría de Salud para mejorar la calidad de los servicios de salud” (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2006, p. 5).

Monitoreo de Indicadores

“Medición periódica de indicadores de trato digno y calidad técnica por parte de las unidades médicas” (DOF, 2006, p. 5).

Calidad

“Es el resultado de las intervenciones en salud en materia de trato digno y atención médica efectiva a los usuarios del sistema de salud”. (DOF, 2006, p. 5).

El concepto de calidad del que parte la CNCSS fue retomado del Dr. Avedis Donabedian, quien reconoce en la calidad de la atención médica, dimensiones y características, las cuales son inseparables y se dan simultáneamente cada vez que una persona entra en contacto con los servicios de salud.

Las dimensiones son de dos tipos:

- I. La **dimensión técnica**: Aplicación del conocimiento médico y disciplinas relacionadas para mejorar la salud del paciente y

II. La **dimensión interpersonal**: Interrelación que se da entre el profesional de la salud y el paciente durante la atención médica (CNCSS, 2007).

Por otro lado, las características de los servicios de salud se clasifican en tres categorías:

- I. **La estructura**, son aquellos recursos con los que cuenta la unidad para trabajar y la forma en que los utilizan
- II. **El proceso**, es el trabajo conjunto del personal de la salud y el paciente, atribuyéndole al primero la atención médica y al segundo el seguimiento de las recomendaciones para su mejora de salud y
- III. **El resultado**, comprendiéndose como cualquier cambio en la salud del paciente atribuido a la atención médica recibida (CNCSS, 2007).

Trato Digno

- ◆ Respeto a los Derechos Humanos y las características individuales de la persona.
- ◆ Información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente o por quien sea responsable de él o ella.
- ◆ Interés manifiesto en la persona, en sus mensajes, sensaciones y sentimientos.
- ◆ Amabilidad (SSA, 2003, pp. 2).

Atención Médica

- ◆ Efectiva porque logrará alcanzar los resultados esperados por el usuario de los servicios de salud.
- ◆ Eficiente porque fomentará el uso óptimo de los recursos que se dispone.
- ◆ Ética porque se apegará a los valores socialmente aceptados.
- ◆ Segura porque ofrecerá un servicio de salud con los menores riesgos posibles para el usuario (SSA, 2002b, p. 18).

Objetivos de la CNCSS

- 1- Establecer y difundir códigos de ética para los prestadores de servicios y una carta de los derechos de los pacientes (Frenk 2001, p. s/p).
- 2- Proporcionar a los pacientes atención médica efectiva, eficiente, ética y segura (SSA, 2002b, p. 21).
- 3- Promover la capacitación de directivos y trabajadores de las unidades médicas, en áreas que incidan en la calidad de los servicios (DOF, 2006, p. 6).
- 4- Implantar mecanismos múltiples para la recepción de quejas y sugerencias sobre la calidad y la atención en todo el país, incluyendo un servicio especial de orientación vía telefónica.

- 5- Disminuir los tiempos de espera en la consulta externa y en los servicios de urgencias, y mejorar la comunicación de los médicos hacia sus pacientes, así como el surtimiento de recetas.
- 6- Diseñar un sistema integral de evaluación y establecer reconocimientos al buen desempeño.
- 7- Contar con un diagnóstico puntual de las condiciones en que se encuentran las instalaciones del sector público y una identificación de los establecimientos privados en todo el país (Frenk 2001, p. s/p).
- 8- Convenir acciones de mejora de la calidad de acuerdo con las condiciones y capacidades de las instituciones de salud y de sus unidades médicas, así como la evaluación de resultados.
- 9- Elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país, que sean claramente percibidos por la población. (DOF, 2006, p. 6).
- 10- Reducir sustancialmente la heterogeneidad en el nivel de calidad en los diferentes tipos de servicios de salud, públicos y privados en todo el país.
- 11- Incorporar a la población en la vigilancia de la calidad de los servicios de salud (SSA, 2002b, p. 21).

En resumen, los tres grandes propósitos de la Cruzada son: la atención médica efectiva, el trato digno, y la verificación de instalaciones en las unidades de salud, con la visión de favorecer tanto a los usuarios como al personal de las unidades.

Misión y Visión de la CNCSS

Misión: “Rescatar de manera sistematizada a la calidad como un valor fundamental de la cultura organizacional de los servicios de salud en beneficio de todos” (IMSS, 2008, s/p).

Visión: “Contribuir significativamente a mejorar las condiciones de salud de todos los mexicanos, proporcionar atención integral de alta calidad a la población y protegerla de gastos excesivos provocados por la atención de sus necesidades de salud” (IMSS, 2008, s/p).

También contempla que la calidad se reconozca explícita y fehacientemente como un valor en la cultura organizacional del sistema de salud y se muestren evidencias confiables de mejoras que sean percibidas con satisfacción por los usuarios de los servicios de salud, por la población en general y por los prestadores de servicios (SSA, 2002b).

Para realizar la visión y conseguir el objetivo general, la Cruzada elaboró tres estrategias y tres premisas estratégicas.

Las **estrategias** son:

- a. *Impulso al cambio*, para desarrollar la motivación y emprender acciones que nos aproximen a la visión de la Cruzada.
- b. *Aprendizaje y respaldo*, con ello se pretende establecer bases para sistematizar las experiencias obtenidas y asegurar que existan condiciones para que el personal de salud posea el conocimiento necesario para mejorar la calidad de los servicios.

- c. *Sustentación*, busca implementar mecanismos que faciliten la permanencia de la calidad como un valor prioritario en la cultura de las organizaciones de atención a la salud (CNCSS, 2007, p. 38).

Las **premisas estratégicas** son:

- a. *Empieza en casa*, significa que los directivos de todos los niveles y en todas las áreas asuman el compromiso de convertirse en ejemplos de trato digno a los usuarios.
- b. *Priorización 20-80*, identificar los mayores problemas con relación a la mala calidad (seleccionar el 20% de las áreas en las que se presenta el 80% de los problemas).
- c. *Secuencia 3+3*, consiste en abordar sólo unos cuantos problemas, de los principales cada vez (avanzar de tres en tres pasos, nunca más de lo que se considere factible atender efectiva y eficientemente. (SSA, 2002b, p. 23).

Para cada estrategia se definieron líneas de acción, cada una de ellas tiene su plan específico, en el que identifican las acciones concretas a realizar, su secuencia en el tiempo, los recursos necesarios, los responsables, los indicadores con los cuales se medirá el avance y las metas a alcanzar. Estas líneas se distribuyen en cuatro niveles: Usuarios de los servicios, Prestadores individuales, Organizaciones prestadoras de servicios, y Sistema de salud en general (SSA, 2002b, p. 22).

Líneas de Acción

En la Cruzada se han propuesto 70 líneas de acción, las cuales se distribuyeron en 10 factores (SSA, 2002b, pp. 29-30):

- 1) Código de ética

- 2) Educación sobre, para y de calidad
- 3) Información:
 - a) Desde el usuario
 - b) Hacia el usuario
 - c) Sobre y para el desempeño
- 4) Sistemas (estructuras y procesos) de mejora continua
- 5) Reconocimiento del desempeño
- 6) Estandarización de procesos
- 7) Monitoreo de resultados
- 8) Certificación de individuos y organizaciones
- 9) Racionalización estructural y regulatoria
- 10) Participación social

Dentro de esta última se encuentra el Programa Aval ciudadano del cual hablaremos a continuación.

1.4 Programa Aval Ciudadano

Ante la necesidad de restablecer la confianza de la ciudadanía en los Servicios de Salud, la SSA crea al Aval Ciudadano, definido por la CNCSS como “Mecanismo... que faculta a ciertos grupos y organizaciones civiles, con representatividad social, prestigio y credibilidad entre la población, a visitar unidades de salud para avalar las acciones a favor del trato digno que en ellas se llevan a cabo, y a garantizar que los informes emitidos por las autoridades de salud se apeguen a la realidad” (SSA, 2004b, p14).

Así es como en el marco de la Cruzada, en 2001 comenzaron su trabajo los estados de Veracruz y Nuevo León (SSA, 2002c). Para finales del 2002 había 92

organizaciones² en siete entidades federativas (SSA, 2006a), en 2004 se incrementaron a 370 en 27 estados de la República (SSA, 2004b) y para el 2005 ya contaba con 980 organizaciones efectuando el monitoreo ciudadano de los indicadores de trato digno de la Cruzada a 1,962 unidades médicas (SSA, 2006a).

Objetivos del Aval Ciudadano

- 1) Participar en la identificación de necesidades y expectativas de calidad de los usuarios de los servicios de salud.
- 2) Contribuir a generar transparencia de los resultados de la información sobre trato digno para la rendición de cuentas.
- 3) Participar con el personal de salud en la toma de decisiones corresponsables para mejorar el trato digno en las instituciones de salud (SSA, 2004b, p. 14).
- 4) Contribuir a mejorar la confianza del paciente y la ciudadanía en las instituciones de salud.
- 5) Participar en la difusión de información dirigida a los usuarios de los servicios y a la población en general, acerca de los propósitos, objetivos y avances de la Cruzada, así como de los Derechos Generales de los Pacientes.
- 6) Generar nuevas iniciativas que propicien una participación más amplia de la ciudadanía en la búsqueda de la calidad óptima de los servicios de salud. (SSA, 2005, p. 19).

² Universidades, organizaciones educativas, grupos colegiados, cámaras y confederaciones, organizaciones no gubernamentales, empresas privadas, grupos ciudadanos entre otras

Conformación e Instalación

Las autoridades estatales son quienes convocan y seleccionan a las organizaciones de la sociedad civil a participar como avales de acuerdo a los criterios de la siguiente Figura:

<i>Para organizaciones civiles</i>	<i>Para un grupo de Aval Ciudadano integrado por pacientes y/o usuarios</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Honorabilidad reconocida, por la ciudadanía y por las instituciones oficiales de la localidad. ▶ Neutralidad política, comprobada y reconocida por la población y las instituciones locales. ▶ Sin interés de lucro. Los puestos son honoríficos y cada aval ciudadano será autosuficiente; no dependerá de ninguna institución gubernamental. ▶ Tener un carácter académico o bien de representación social. ▶ Que por lo menos alguno de sus miembros tenga conocimiento o experiencia en las áreas de salud y/o calidad, o bien tenga interés por aprender y desarrollarlo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Por lo menos tres personas de honorabilidad reconocida. ▶ Ser mayores de 18 años. ▶ No pertenecer a organizaciones políticas ni religiosas. ▶ No haber tenido o tener algún vínculo con la Unidad Médica (sindicatos, comités de salud, patronatos, voluntariado o promotoras de salud). ▶ Contar con conocimiento o escolaridad que les permita aplicar el monitoreo ciudadano. ▶ Deseos de aprender.

Figura 1. Criterios de Selección para ser Aval Ciudadano (SSA, 2005, p. 18).

Cuando una organización civil o grupo de usuarios reúnen estos requisitos, se informa al directivo de la unidad médica sobre la visita del Aval Ciudadano, en esta primera entrevista se dan a conocer a los avales participantes y se pide a la institución les facilite la información relacionada con: características básicas de su organización, funcionamiento, recursos disponibles, informes anteriores (si los hubo) del monitoreo institucional de Indicadores de Trato Digno y acciones de mejora emprendidas en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Posteriormente se les da un recorrido guiado con el fin de ubicar las áreas dentro de la unidad (SSA, 2005).

Una vez reunidos los requisitos de la Figura 1 y hecho lo anteriormente descrito, ambas partes firman un acta de instalación en donde convienen, cada uno, las acciones a realizar y se les entrega a los ciudadanos participantes una credencial gestionada por el Comité Estatal de Calidad para acreditarlos como avales (SSA, 2004b).

Organización del Aval Ciudadano

Para un funcionamiento óptimo del Aval Ciudadano su organización debe cumplir las siguientes reglas generales:

- 1) El funcionamiento interno y externo será preferentemente horizontal para evitar jerarquías.
- 2) La interrelación con las instituciones de salud será de forma coordinada pero independiente.
- 3) La distribución del trabajo entre los integrantes del Aval será de manera justa, democrática y participativa (SSA, 2005).

Ahora bien, el Aval se clasifica en Local (unidades ubicadas en su localidad), Municipal (le corresponden las unidades locales que no cuenten con Aval Local), Regional (jurisdicciones sanitarias, o forma de regionalización que tengan las instituciones del Sector Salud) y Estatal (corresponde a cada entidad federativa). Éste último es quien deberá analizar los resultados junto con el Equipo Técnico Sectorial o con el Consejo Estatal de Calidad, para evaluar los resultados, limitaciones y las respuestas de las instituciones ante las sugerencias planteadas por los avales para la solución de sus problemas (SSA, 2005).

Funciones y Actividades

Tanto el Aval Ciudadano como el Sector Salud tienen funciones y actividades específicas que les competen para lograr con éxito la realización del programa, y por consiguiente la mejoría en la calidad de la atención de los servicios de salud.

Funciones y Actividades del Aval Ciudadano

- ◆ Revisar con responsabilidad y detalle los documentos necesarios para la definición y realización de sus funciones.
- ◆ Participar en la capacitación necesaria para realizar el monitoreo ciudadano y comprender el proceso de mejora, que incluye la toma de decisiones compartidas.
- ◆ Elaborar un plan de trabajo que defina las unidades a monitorear.
- ◆ Recolección de información sobre los indicadores de trato digno, verificación de instalaciones de la unidad médica y opiniones quejas o sugerencias por parte de los usuarios.
- ◆ Promover la Difusión de la Cruzada y los Derechos de los Pacientes entre los usuarios y ciudadanía en general.
- ◆ Participar con el Comité Estatal (jurisdiccional/delegacional o local, según sea el caso) de Calidad en reuniones de trabajo conjuntas, previamente definidas, para analizar los resultados.
- ◆ Realizar las acciones definidas en coparticipación con el Comité Estatal, jurisdiccional/delegacional o local para avalar el trato digno.

- ◆ Avalar la información de los resultados del monitoreo de indicadores de trato digno y de otros procesos realizados, por medio de la observación y el cotejo.
- ◆ Canalizar al Comité Estatal de Calidad observaciones, opiniones y sugerencias, tanto de los usuarios como del propio Aval, que resulten del análisis de la información, en forma escrita o impresa.
- ◆ Realizar el seguimiento de las mejoras de trato digno definidas en la carta compromiso de mejoras de calidad.
- ◆ Coadyuvar en el mejoramiento de la calidad a través de sus observaciones y propuestas.
- ◆ Informar periódicamente a su organización, a los usuarios y a la población sobre los resultados de sus intervenciones (SSA, 2005).

Funciones y Actividades del Sector Salud

- Convocar a las organizaciones de la sociedad civil a través de medios masivos u otros medios de amplio acceso, a que presenten candidaturas para integrar el Aval Ciudadano.
- Integrar el Aval Ciudadano al Comité Estatal de Calidad para el análisis y seguimiento de las agendas locales de preocupación ciudadana que integran la agenda estatal.
- Mantener actualizado el directorio de las organizaciones que integran el Aval Ciudadano en cada entidad.
- Difundir la estrategia al interior de las instituciones y promover la participación de los usuarios y del personal de salud.

- Informar y capacitar sobre la Cruzada y sobre la importancia del monitoreo a las organizaciones que integran el Aval Ciudadano, no sólo para mejorar la calidad sino para mostrar de manera fehaciente las mejoras.
- Promover la responsabilidad del Aval en el monitoreo ciudadano de indicadores de tratado digno, así como el análisis de la información de los servicios de salud.
- Gestionar el acceso del Aval Ciudadano a las unidades médicas.
- Facilitar al Aval toda la información sobre resultados de monitoreo de indicadores de calidad a escala estatal, jurisdicción/delegacional, municipal o por unidad, según se vaya necesitando.
- Analizar y responder a las observaciones y sugerencias que haga llegar la organización del Aval Ciudadano mediante la carta-compromiso.
- Redactar la carta-compromiso que surja de dicho análisis sobre las tareas que son factibles de llevar a cabo, canalizar y gestionar las restantes sugerencias ante los niveles correspondientes.
- Informar periódicamente a la comunidad sobre los resultados del monitoreo institucional y ciudadano, y la participación del Aval Ciudadano.
- Elaborar un mapa estatal en torno de los trabajos realizados por el Aval Ciudadano, que permita identificar la ubicación geográfica de las unidades médicas en las cuales las organizaciones ciudadanas avalaron el trato digno y el tipo de mejoras logradas.
- Enviar en forma bimestral el informe del Aval Ciudadano a la Subdirección de Vinculación Ciudadana (vocesciudadanas@avalciudadano.gob.mx) hasta en tanto no se cuente con un sistema de información propio.

- Concebir y describir ante el Aval Ciudadano el mecanismo de respuesta a dichos informes, precisando las acciones que se han puesto en práctica para mejorar la calidad.
- Participar en la evaluación del Aval Ciudadano como mecanismo de participación ciudadana en la mejora del trato digno (SSA, 2005).

Instrumentos

Para efectuar el monitoreo ciudadano el Aval utiliza como instrumentos básicos:

1. Hoja de recolección de datos F1-TD/02 sobre los indicadores de trato digno
2. Formato de índice de integridad, limpieza y comodidad F3-VI-AC/04.
3. Formato de concentración de datos F2-TD/02.
4. Guía de cotejo para el monitoreo ciudadano F2-AC/03.
5. Formato de la carta-compromiso FCC-AC/05 (SSA, 2004b, pp. 34-38).

Ver anexos (1-5)

Método de monitoreo

La frecuencia de la aplicación del Monitoreo Ciudadano de la Calidad de Trato Digno, es de acuerdo a la disponibilidad de cada aval, pero antes de pasar a las acciones que se realizan para dicho monitoreo, conviene definirlo para su mejor comprensión. Así, entendemos por monitoreo la medición independiente, sistemática y planificada de la percepción ciudadana, comparada con la percepción del personal de la institución, sobre los resultados de satisfacción de los indicadores de trato digno, con objeto de tomar decisiones que permitan mejorarlos como parte del desarrollo de la cultura de calidad de los servicios (SSA, 2005).

Una vez que los Avales hacen el levantamiento de datos sobre los indicadores del trato digno (F1-TD/02) y las condiciones de las instalaciones que ofrece el hospital en cuanto a integridad, limpieza y comodidad (F3-VI-AC/04), se elabora un reporte dirigido al hospital en donde se analizan y plantean propuestas de cómo mejorar estas deficiencias. Posteriormente, se realiza y firma una carta-compromiso elaborada entre el aval y el director de la unidad, con el fin de implementar mejoras en el servicio que ofrecen. Esta carta contendrá: las áreas de oportunidad, las actividades que se implementarán para las mejoras con su fecha de ejecución y el nombre del responsable de coordinarlas. Por último, se le da seguimiento a la carta compromiso para su cumplimiento (SSA, 2005).

Como incentivo por el cumplimiento de las mejoras, el Aval Ciudadano extiende un reconocimiento a las unidades médicas de acuerdo a los criterios de la Figura 2:







	<i>Criterios</i>	<i>Estrellas de reconocimiento</i>
<i>Transparencia</i>	Unidad que mide y no cuenta con la información de indicadores de monitoreo de trato digno.	
	Unidad que mide y presenta resultados de monitoreo.	
	Unidad avalada, analiza resultados y los comunica.	
	Unidad avalada, analiza resultados, los comunica, toma decisiones de mejora y elabora carta compromiso al Aval Ciudadano	
<i>Confianza</i>	Unidad avalada, muestra mejoras, están documentadas y existe diálogo ciudadano.	
	Unidad exitosa en la mejora del trato digno (cumplimiento del total de indicadores) y avalada por la ciudadanía.	

Figura 2. Criterios para el reconocimiento de las unidades médicas (SSA, 2004b, p. 33).

1.5 Satisfacción con los Servicios Médicos

Para ofrecer un servicio de salud de calidad, es importante contar con una buena organización interna, proporcionar instalaciones cómodas y brindar información clara y oportuna a quien lo requiera. Así se reducirían factores estresantes para los usuarios, pero sobre todo para los pacientes, de no hacerlo, su enfermedad se podría prolongar o agravar (Ortega et al., 2005).

Hasta la fecha sigue siendo difícil medir con exactitud la calidad en este tipo de servicios, pero una buena aproximación es por medio de encuestas hechas a los usuarios por ser quienes reciben la atención. De esta manera podríamos considerar al usuario del servicio de salud como un cliente, uno al que hay que satisfacer.

Mira, J. J., Lorenzo, S., Rodríguez M., J., y Buil, J. A., (1999) definen el concepto técnico de calidad como “una forma de hacer las cosas en las que, predomina la preocupación por satisfacer al cliente y por mejorar día a día, procesos y resultados” (p. 3).

De esta definición extraemos dos ideas fundamentales. La primera es respecto a la preocupación por satisfacer al cliente. Según Chang, Alemán, Cañizares e Ibarra (1999), la satisfacción del usuario se da cuando la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen sus expectativas. Por eso es muy importante conocer la opinión del paciente, a lo que Pons (2001) argumenta que él no sólo está presente durante la producción del resultado (su bienestar), sino que también contribuye a alcanzarlo. La segunda idea importante es la que se interesa por mejorar los procesos y los resultados para optimizar la calidad. Respecto a esto, el Dr. Avedis Donabedian agrega la importancia de la estructura.

Como ya se mencionó anteriormente, para poner en práctica el Aval Ciudadano la CNCSS retomó conceptos de Donabedian quién es uno de los principales exponentes sobre la calidad en la asistencia sanitaria. Los objetivos del Aval Ciudadano se ubican en los tres conceptos que forman la triada “estructura, proceso y resultados” propuesta por Donabedian.

- a) La **estructura** comprende los lugares físicos donde trabajan los prestadores de la asistencia sanitaria y que en el programa Aval Ciudadano se mide a través del cuestionario *Verificación de Instalaciones* (F3-VI-AC/04).

Los factores ambientales en estas circunstancias son muy importantes debido a la vulnerabilidad y sensibilidad del paciente, sus familiares y acompañantes, ya que un lugar agradable puede tranquilizar, e incluso favorecer la recuperación del enfermo, o por el contrario un ambiente desagradable produciría molestia y estrés. A continuación daremos algunos ejemplos de las consecuencias que tienen los factores ambientales en general.

Ruido: Es un sonido no deseado que se caracteriza por su intensidad, frecuencia, periodicidad y duración. Los ruidos fuertes y no controlables disminuyen las acciones de altruismo, incrementa la agresión, produce estrés y ocasiona alteraciones en el sueño (Ortega et al., 2005)

Temperatura: La percepción de la temperatura es principalmente la relación entre la temperatura ambiental y la corporal. Si el calor es excesivo, fallan los mecanismos fisiológicos que regulan la temperatura del cuerpo, lo que produce inquietud, debilidad, náuseas, irritabilidad y dolor de cabeza (Ortega et al., 2005).

Iluminación: Una inadecuada iluminación sea muy brillante u oscura ocasiona incomodidad por eso es importante escoger bien el color del lugar de acuerdo al tipo de luz que haya y viceversa. Con iluminación artificial, en intensidades bajas o medias se

prefieren colores calientes, mientras que con iluminación potente se prefieren colores fríos. Cabe mencionar que las mujeres prefieren luz natural. (Ortega et al., 2005)

Privacidad: McLaughlin (1976, citado en: Ortega et al., 2005) recomienda pequeños muros y maceteros para una privacidad visual. Para una privacidad acústica recomienda arreglar la disposición de los asientos y utilizar alfombra que amortigüe la conversación.

Señalización: Una buena señalización facilita la orientación del usuario dentro del hospital, sin ella se experimenta frustración, estrés, ansiedad, enojo y sentimientos de incompetencia (Ortega et al., 2005)

- b) El **proceso** hace referencia a la forma de organizar, planificar, diseñar y prestar una determinada asistencia a un paciente.

Aquí los objetivos del Aval Ciudadano son la identificación de necesidades y expectativas de calidad de los usuarios, toma de decisiones corresponsables entre Aval Ciudadano y el personal de salud en pro del trato digno, así como la transparencia en sus resultados y la difusión de los propósitos, objetivos y avances de la cruzada y los derechos generales de los pacientes.

Las principales necesidades expresadas por los usuarios eran que les gustaría que el médico les permitiera hablar más sobre su estado de salud y que les dieran más información sobre el mismo, que los médicos fueran más amables y que tuvieran más privacidad en el consultorio (Vázquez, R. B., Juárez, R. Z. & Rico, C. M., 2005; Vázquez, R. B. & Mena, M. E., 2007). Al respecto, Estrassen (1994, citado en Almarales, 2003) sugiere que la consulta debe ser amena, privada y en caso de que se produjera una interrupción justificada el médico debe explicar la situación y pedir permiso al paciente. Además, el médico tiene que conocer el nivel cultural de sus pacientes para adecuar su vocabulario de tal forma que sea comprendido y evitar

lenguaje técnico excesivo, en otras palabras establecer una buena comunicación médico paciente (Almarales, 2003).

- c) Los **resultados** hacen referencia a los logros en varios sentidos, como la salud, económicos y de valoración por parte del paciente y el médico.

En este concepto entra lo referente a mejorar la atención que se les brinda a los usuarios de las unidades de salud, y generar confianza en las instituciones de salud por parte de la ciudadanía.

Es muy importante tener en cuenta la comunicación médico-paciente ya que de ello dependen diversas cosas. Por ejemplo J. A. Bellón (2001) dice que el mejorar las habilidades de comunicación les proporciona a los pacientes una mejoría en su estado de salud como es en el caso de las fibromialgias, cefaleas y presión arterial. Además, diversos estudios citados en Bellón manifiestan que una buena comunicación medico-paciente se ha relacionado con una mayor participación del paciente en las decisiones (Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, D'Lugoff BC., 1981), mayor cumplimiento de las expectativas del paciente y su satisfacción (Robbins JA, Bertakis KD, Helms LJ, Azari R, Callahan EF, Creten DA., 1993; Williams S, Weinman J, Dale J, Newman S., 1995), mayor satisfacción personal (Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M, Stiles W, Inui TS., 1997) y mayor adherencia al tratamiento (Prados JA., 1992). Además se ha relacionado con una mejora en la gestión del tiempo de consulta y una mejora en la calidad de la atención y reducción de quejas y demandas por mala practica médica (F. Bohorquéz, 2004).

Como hemos visto es importante identificar y tener en cuenta los factores que pueden perturbar a los pacientes o familiares que van a pedir ayuda a los servicios de salud ya que esto puede generarles estrés. Éste se experimenta cuando un estímulo

ambiental se percibe como excedente a las habilidades de afrontamiento (Ortega et al., 2005).

De acuerdo con Selye (1973, citado en Ortega et al., 2005) las exposiciones prolongadas al estrés pueden deteriorar los recursos físicos y psicológicos del individuo. De esta forma, los pacientes hospitalizados son más vulnerables al estrés por encontrar sus recursos de afrontamiento disminuidos. Además, hay que agregarle la despersonalización del paciente en el hospital, la cual se da por la rutinización de los procedimientos de tratamiento, la demora y falta de sensibilidad del personal al realizar trámites burocráticos, el trato impersonal del equipo de salud y la ausencia de información al paciente sobre su estado de salud o el tratamiento que debería de seguir (Ortega et al., 2005).

Ahora bien, para elevar la satisfacción de los Servicios de Salud una de las estrategias (como ya se comentó) fue el Aval Ciudadano, cuyos objetivos se abordarán en el capítulo siguiente, junto con las estrategias metodológicas que se utilizaron para realizar este Informe Profesional de Servicio Social.

CAPÍTULO II. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS DEL IPSS

2.1 Objetivo general

Evaluar la calidad de los servicios médicos e instalaciones de un hospital ginecológico público desde la percepción de los usuarios (pacientes, familiares o acompañantes), aplicando el programa Aval Ciudadano, a través de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social (CCSCUSS) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

2.2 Objetivos específicos

1. Evaluar la calidad de los servicios médicos recibidos desde la percepción de las(os) usuarias(os) ya sean pacientes, familiares o acompañantes que acudieron a los servicios de consulta externa y urgencias del Hospital de la Mujer, a través de la *Hoja de recolección de datos (F1-TD/02)*
2. Evaluar desde la perspectiva del aval ciudadano la integridad, comodidad y limpieza de las salas de espera de consulta externa, urgencias y sus respectivos sanitarios en este hospital ginecológico a través del instrumento de *Verificación de Instalaciones (F3-VI-AC/04)*.
3. Identificar características sociodemográficas de las pacientes que se encontraban en las salas de espera de consulta externa y urgencias por medio del instrumento *Datos del Entrevistado*.
4. Capturar y procesar la información cualitativa y cuantitativa obtenida en los instrumentos antes mencionados.

5. Elaborar reportes bimestrales dirigidos al nosocomio con datos cualitativos, cuantitativos y oportunidades de mejora.
6. Informar a las autoridades del hospital sobre los resultados obtenidos a través de reportes bimestrales elaborados en conjunto con la CCSCUSS.

2.3 Objetivos personales

- Aplicar los conocimientos adquiridos durante la carrera.
- Desarrollar habilidades profesionales.
- Conocer la opinión de las pacientes respecto a la calidad de atención en este hospital ginecológico público y presentar a las autoridades las observaciones que exponían las usuarias respecto al servicio que se les brindaba.
- Alcanzar la Titulación por Informe Profesional de Servicio Social (IPSS)

2.4 Participantes

Se entrevistaron en cuatro bimestres a 1232 pacientes y 385 familiares/acompañantes, dándonos un total de 1617 usuarios. Ellos (as) se encontraban en las salas de espera de consulta externa o urgencias del Hospital de la Mujer.

2.5 Criterios de inclusión

Ser paciente, acompañante o familiar de las mujeres que acuden al hospital en cuestión. Ubicarse en las salas de espera de consulta externa o de urgencias. Haber respondido completamente al cuestionario de los indicadores de trato digno (Hoja de recolección de datos, F1-TD/02).

2.6 Instrumentos

I. Hoja de recolección de datos (F1-TD/02)

El cuestionario consta de cuatro áreas:

- ❖ Datos de identificación del hospital y servicio.
 - ◆ Institución.
 - ◆ Jurisdicción o delegación.
 - ◆ Municipio.
 - ◆ Localidad.
 - ◆ Nombre de la Unidad.
 - ◆ Clave de la Unidad.
 - ◆ Área.
 - ◆ Servicio.
- ❖ Datos del periodo de evaluación de la encuesta.
 - ◆ Periodo en que se evalúa al hospital.
 - ◆ Fecha de evaluación.
 - ◆ Turno.
- ❖ Datos de identificación de las usuarias (os)
 - ◆ Número progresivo de la encuesta aplicada.
 - ◆ Identificación de la usuaria o usuario (Paciente, familiar o acompañante).
- ❖ Indicadores de trato digno de los servicios de salud:
 - ◆ Satisfacción con el tiempo de espera para pasar a consulta.
 - a) Muy satisfecho
 - b) Satisfecho
 - c) Más o menos satisfecho

- d) Insatisfecho
 - e) Muy insatisfecho
 - f) No contestó
- ◆ El médico le permitió hablar (a la paciente) sobre su estado de salud.
- a) Sí
 - b) No
 - f) No contestó
- ◆ El médico le explicó sobre su (paciente) estado de salud.
- a) Sí
 - b) No
 - f) No contestó
- ◆ El médico le explicó sobre el tratamiento que debe de seguir la paciente.
- a) Sí
 - b) No
 - f) No contestó
- ◆ El médico le explicó los cuidados que debe de seguir la paciente.
- a) Sí
 - b) No
 - f) No contestó
- ◆ La información que recibió de parte del médico fue.
- a) Muy clara
 - b) Clara
 - c) Regular
 - d) Confusa
 - e) No recibió información
 - f) No contestó

- ◆ Satisfacción con la cantidad de medicamentos recibidos³.
 - a) Muy satisfecho
 - b) Satisfecho
 - c) Más o menos satisfecho
 - d) Insatisfecho
 - e) Muy insatisfecho
 - f) No contestó

- ◆ Percepción general del trato recibido en el hospital.
 - a) Muy bueno
 - b) Bueno
 - c) Regular
 - d) Malo
 - e) Muy Malo
 - f) No contestó

- ◆ Percepción del trato recibido en las diferentes áreas del hospital.
 - a) Recepción
 - b) Archivo Clínico
 - c) Vigencia de derechos
 - d) Área médica
 - e) Enfermería
 - f) Trabajo Social
 - g) Laboratorio
 - h) Rayos X
 - i) Farmacia
 - j) Caja
 - k) Módulo de incapacidades
 - l) Vigilancia

³ No se aplicó este reactivo debido a que el hospital no surte medicamentos a las pacientes no hospitalizadas.

II. Verificación de instalaciones (F3-VI-AC/04)

- ❖ Datos de identificación del hospital.
- ❖ Datos de identificación de la hoja de evaluación.
- ❖ Evaluación de las instalaciones (sala de espera y sanitarios)

respecto a:

- ◆ Integridad.
 1. Superficie y pintura.
 2. Instalaciones.
- ◆ Comodidad.
 1. Acceso al público
 2. Circulación
 3. Ventilación
 4. Ruidos⁴
 5. Temperatura
 6. Iluminación
 7. Privacidad
 8. Señalización
- ◆ Limpieza.
 1. Limpieza
 2. Orden
- ◆ Observaciones.

⁴ Este reactivo no se incluyó en la suma total de comodidad debido a que hubo una confusión al momento de evaluarlo.

III. Formato de concentración (F2-TD/02)

- ❖ Datos de identificación del hospital.
- ❖ Datos de identificación del formato.
- ❖ Concentrado manual.
- ❖ Porcentajes de satisfacción de las (los) usuarias (os) que acuden al hospital.
- ❖ Áreas en las que se registró mal trato a la usuaria (o).
- ❖ Oportunidades de mejora.

IV. Guía de cotejo para el monitoreo ciudadano (F2 AC/03)

- ❖ Datos de identificación del hospital.
- ❖ Características del periodo en que se hizo la encuesta.
- ❖ Valores porcentuales de los indicadores de trato digno.
- ❖ Oportunidades de mejora.
- ❖ Difusión de resultados de monitoreo.
- ❖ Sugerencias de las usuarias (os) para mejorar el trato digno.
- ❖ Sugerencias y comentarios como aval.

V. Cuestionario sociodemográfico de la paciente

- ❖ Datos de identificación de la encuesta (servicio, fecha y hora).
- ❖ Datos sociodemográficos de la paciente. (edad, lugar de procedencia, estado civil y ocupación)
- ❖ Comentarios, quejas y/o sugerencias por parte de la usuaria (o).

2.7 Escenario

Las entrevistas a las usuarias(os) y las evaluaciones de las instalaciones y de los servicios sanitarios se realizaron en las salas de espera de consulta externa y urgencias.

Consulta externa contaba con dos amplias salas de espera con una capacidad aproximada para 100 personas sentadas, mientras que la sala de urgencias era de menores proporciones, aproximadamente para 36 personas sentadas. Ambas áreas tenían sillas semi fijas, luz natural y eléctrica, televisión y sanitarios para hombres y mujeres. Las salas de espera de consulta externa además estaban adornadas con plantas y cuadros que hacían más agradable su estadía.

El acceso en estas salas era casi exclusivamente para pacientes, no siendo el caso para la de urgencias donde podían entrar con algún familiar

2.8 Procedimiento

En mayo de 2007 se presentaron en el Hospital de la Mujer seis estudiantes hombres y mujeres de la Facultad de Psicología quienes se integraron a la evaluación periódica de dicha unidad en el marco del programa Aval Ciudadano.

Durante cada bimestre se hacían visitas aleatorias al hospital, las cuales podían ser de lunes a domingo en cualquier hora del día. Sin embargo, la preferencia de asistir entre semana durante el turno matutino se debió a que consulta externa estaba en servicio.

La elección de los encuestados tanto en la sala de consulta externa como en la de urgencias también fue de manera aleatoria y a cada uno se le decía:

“Buenos días (tardes o noches), ¿me permitiría hacerle unas preguntas acerca de la calidad de la atención que ofrece el Hospital de la

Mujer?. Me llamo Esteban Mena y vengo como Aval Ciudadano de parte de la Facultad de Psicología. El objetivo de estas preguntas es conocer la opinión de los usuarios respecto a este hospital para poder mejorar los servicios que ofrece”.

Una vez obtenido su consentimiento para realizarles las preguntas se procedía con la *Hoja de recolección de datos F1-TD/02* y subsecuentemente con el *Cuestionario sociodemográfico de la paciente*.

La información obtenida se vació en una base de datos creada en el programa estadístico SPSS, la cual era analizada cualitativa y cuantitativamente para posteriormente realizar el reporte bimestral dirigido al hospital.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

Los resultados de los instrumentos *Hoja de recolección de datos (F1-TD/02)*, *Verificación de instalaciones (F3-VI-AC/04)* y el *Cuestionario sociodemográfico de la paciente*, aplicados de mayo a diciembre del 2007 se presentarán de la siguiente manera. Primero se expondrá la información sociodemográfica de las pacientes (recordemos que este trabajo se centró en las mujeres que asisten al hospital de la mujer como pacientes y por esta razón sólo recabamos sus datos, aunque éstos se le hayan preguntado al familiar o acompañante.); posteriormente se abordarán los resultados de los índices de calidad propuestos por el Aval Ciudadano con las opiniones de todos los encuestados⁵ debido a que era importante saber cuál era la percepción que ellos tenían en relación a la atención que recibían sus pacientes; y finalmente se presenta lo relativo a la verificación de las instalaciones.

En los tres apartados: Datos Sociodemográficos de las Pacientes, Indicadores de Trato Digno de Aval Ciudadano y Verificación de Instalaciones, mostraremos simultáneamente los datos de consulta externa y urgencias.

Cabe recordar que a lo largo de estos cuatro bimestres se entrevistaron a 1617 personas en el Hospital de la Mujer; 1222 fueron en la sala de espera de consulta externa y 395 en la de urgencias. (Véase Tabla 1)

⁵ Pacientes, familiares o acompañantes.

Tabla 1.

Distribución de entrevistados

<i>Usuarios</i>	<i>Consulta Externa</i>	<i>Urgencias</i>	<i>Total</i>
<i>Pacientes</i>	1111	121	1232
<i>Familiares/ Acompañantes</i>	111	274	385
<i>Total</i>	1222	395	1617

3.1 Datos sociodemográficos de las pacientes

Con la finalidad de presentar a las autoridades del hospital un reporte cada vez más completo, la CCSCUSS elaboró el *Cuestionario sociodemográfico de la paciente*, aplicándolo después del instrumento de Aval Ciudadano, lo que ocasionó que las entrevistas no siempre se concluyeran, debido a que las(os) entrevistadas (os) eran llamados por el médico, la trabajadora social, el paciente, o su familiar/ acompañante, faltando así preguntas por responder.

Al hacer el vaciado de los datos, la ausencia de estas respuestas originó variaciones en el tamaño de la muestra, en otras palabras, no tuvimos el mismo número de personas en cada dato sociodemográfico. Otra razón por lo cual faltaba algún dato sociodemográfico fue porque los avales (encuestadores) no realizaron alguna pregunta del cuestionario.

De las 1617 personas entrevistadas se obtuvo la respuesta de 1207 a la pregunta del lugar de procedencia. La población femenina acudía principalmente del Estado de México (38.16%), en particular de los municipios de Naucalpan (6.18%),

Nezahualcóyotl (5.69%) y Ecatepec (5.13%); así como del Distrito Federal (32.78%), fundamentalmente de las delegaciones Azcapotzalco (6.31%) e Iztapalapa (5.63%).

Respecto a la edad de las pacientes, en consulta externa se entrevistaron a 944 usuarias (os) de las cuales 730 (77.33%) se encontró entre los 21 y 50 años de edad; distribuidas en décadas, con un ligero predominio de las pacientes de 41 a 50 años (29.24%), lo cual podremos ver en la siguiente Figura.

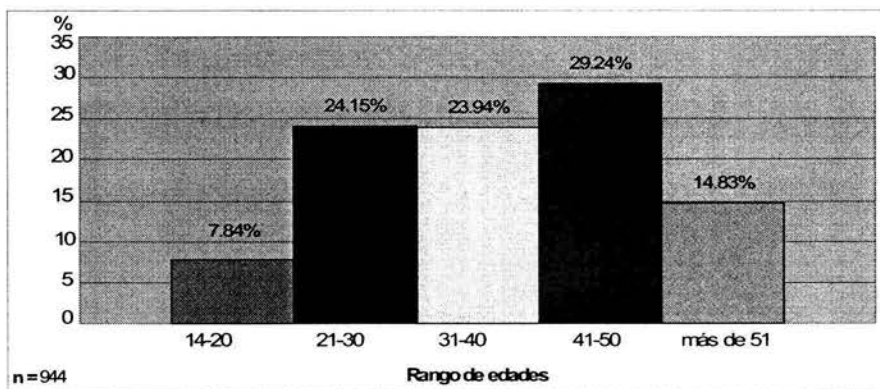


Figura 3. Edades de las pacientes de Consulta Externa

Las pacientes que solicitaron el servicio de urgencias del hospital, tenían una edad que fluctuaba entre los 14 y 40 años de edad el (90.74%). Fundamentalmente acudieron jóvenes entre 21 y 30 años (43.88%) como se muestra en la siguiente Figura.

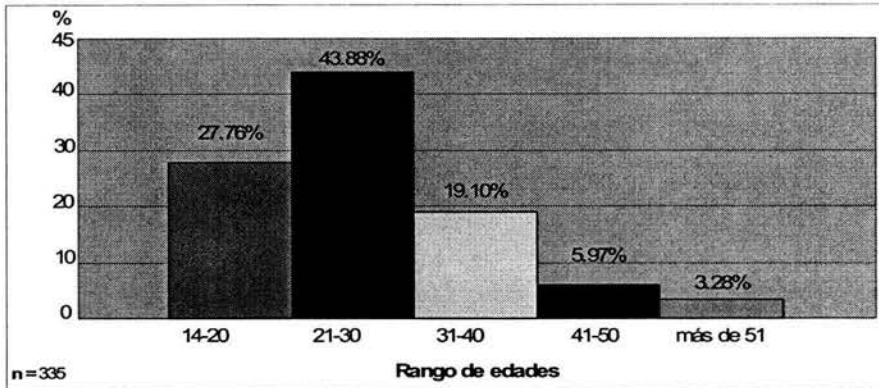


Figura 4. Edades de las pacientes de Urgencias

En relación al **estado civil** de las pacientes de consulta externa (n=877), el 51.08% estaba casada, el 34.44% soltera y el 14.48% en unión libre. Mientras que en urgencias (n=320) fue de 37.81%, 27.72%, 35.00% respectivamente.

La principal **ocupación** de las pacientes de consulta externa (n=774) eran las labores del hogar 66.80%, mientras el 27.91% de ellas trabajaba fuera de casa y el 5.30% estudiaba. En el caso de urgencias (n=304), las ocupaciones se presentaron en el mismo orden, obteniendo así 76.32%, 16.45% y 7.24% respectivamente.

Las pacientes de consulta externa (29.86%) y las de urgencias (34.71%) asistieron al hospital fundamentalmente por **recomendación de un familiar**, pero también hubo muchas mujeres que asistieron por decisión propia (21.69%, 27.15% respectivamente). Estos datos se muestran detalladamente en la Figura 5 y 6.

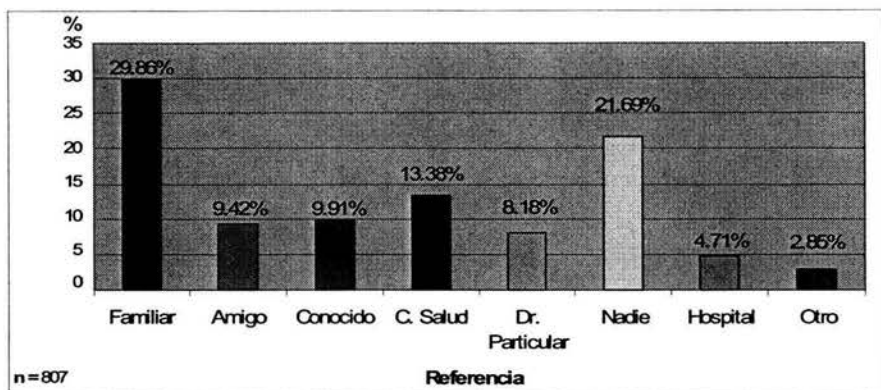


Figura 5. Las pacientes de consulta externa fueron recomendadas por...

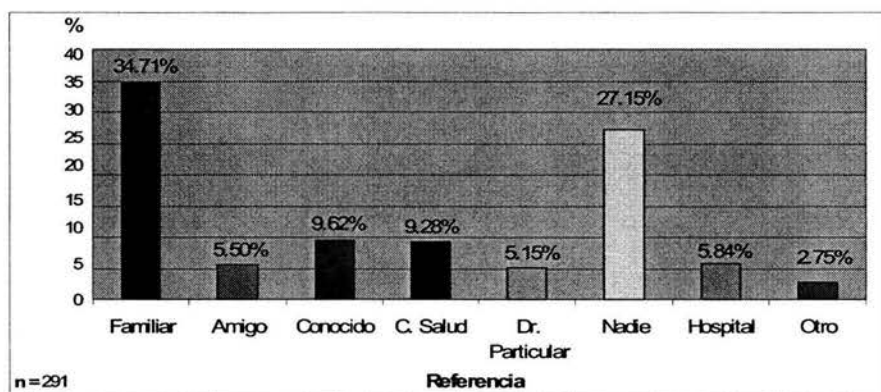


Figura 6. Las pacientes de urgencias fueron recomendadas por...

3.2 Indicadores de trato digno de Aval Ciudadano (F1-TD/02)

Recordemos que estos indicadores (ver anexo 1) fueron propuestos por la Cruzada con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios de salud.

La evaluación contempló la opinión de los pacientes, familiares o acompañantes. En el caso de la sala de consulta externa (CE) encontramos que en general más del 80% de los entrevistados (as) están satisfechos (as) con el **tiempo de espera** para pasar a consulta, mientras que en urgencias (URG) esta satisfacción superó el 90%. Cabe mencionar que en el caso de consulta externa hubo una disminución en el nivel de

satisfacción en los meses evaluados de septiembre a diciembre, y también en el último bimestre en el caso de urgencias, como se observa en la Figura de abajo.

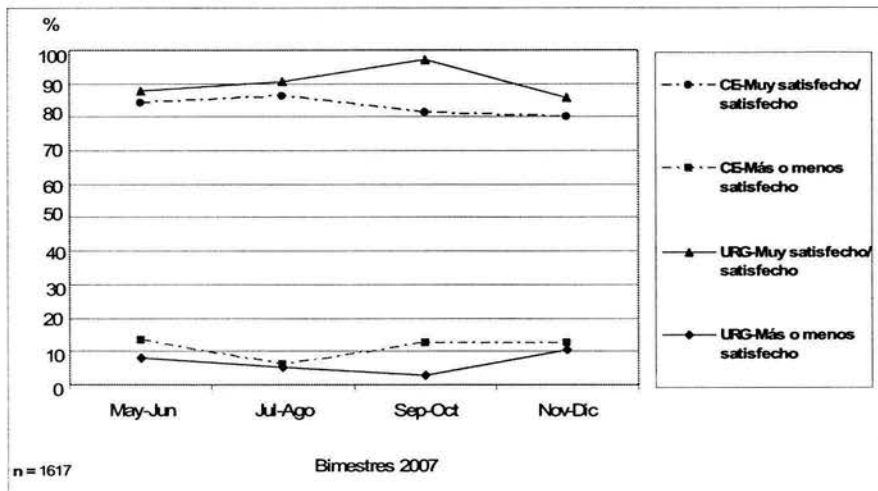


Figura 7. Con el tiempo que esperó para pasar a consulta ¿Quedó usted...?

Con respecto a si el médico les permitió hablar sobre su estado de salud, en ambas salas de espera el indicador de satisfacción es superior al 90%, lo cual lo podemos ver en la grafica siguiente.

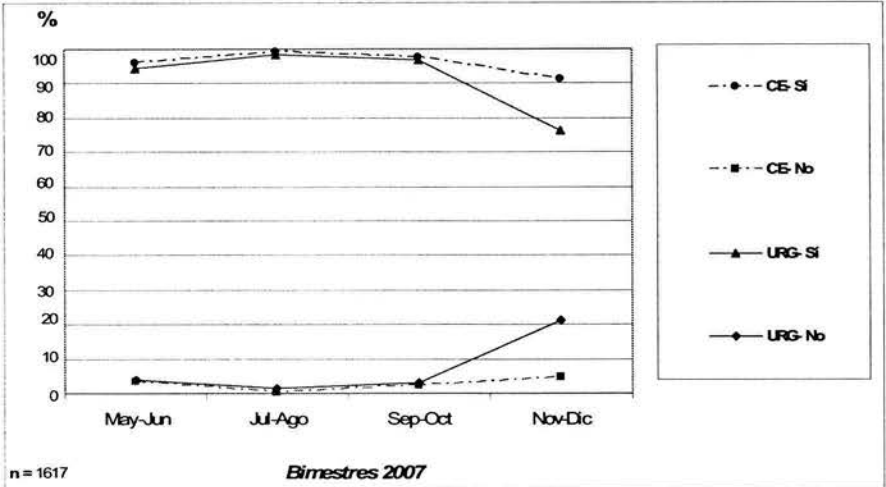


Figura 8. ¿El médico le permitió hablar sobre su estado de salud?

En las salas de consulta externa y urgencias más del 90% de las pacientes reportaron que el médico sí les explicó sobre su estado de salud (Figura 9).

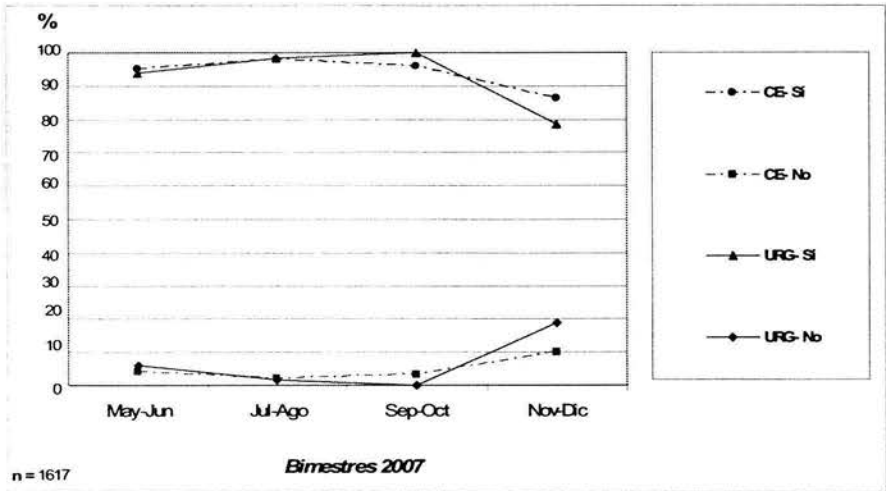


Figura 9. ¿El médico le explicó sobre su estado de salud?

En consulta externa el indicador de si el médico le explicó el tratamiento que debería seguir la paciente se obtuvo un valor superior al 90% mientras que en

urgencias fue inferior al 80% en particular en el último bimestre noviembre – diciembre se ve un descenso importante, CE- 84.70%, URG- 64.29%, como vemos en la siguiente Figura.

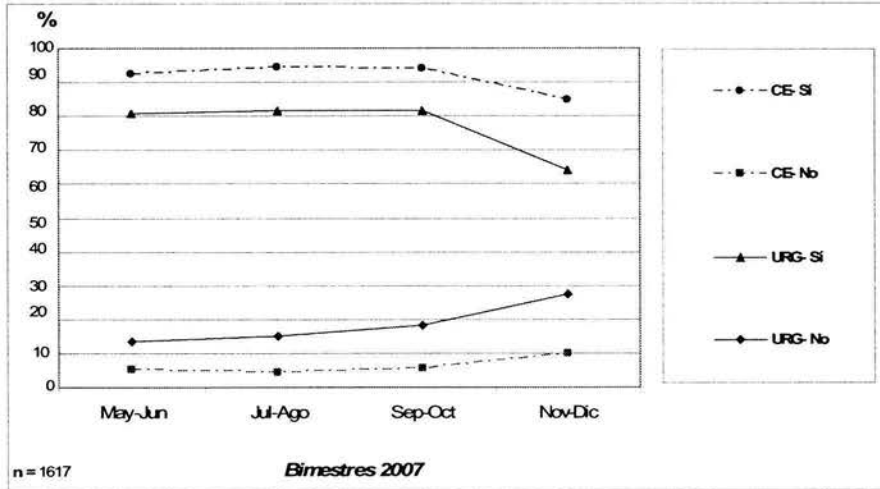


Figura 10. ¿El médico le explicó sobre el tratamiento que debe de seguir?

El 84.46% de las encuestadas (os) en la sala de espera de consulta externa opinaron que **el médico sí explicó los cuidados que deberían de seguir las pacientes**, por otro lado, en la sala de espera de urgencias fue el 68.19% de las encuestadas (os) quienes opinaron que sí recibieron esta información.

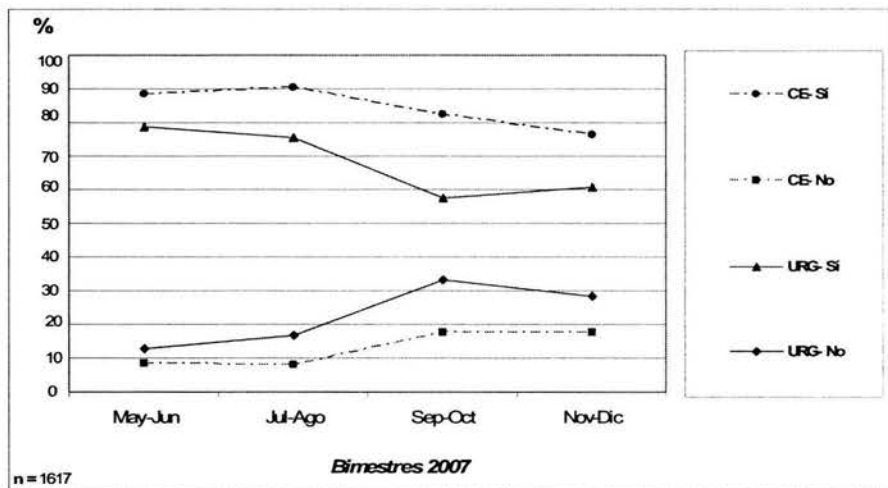


Figura 11. ¿El médico le explicó los cuidados que debe de seguir?

En la siguiente Figura podemos ver cómo en ambas salas de espera la mayoría de los usuarios (84%) consideraron la información recibida por parte de los médicos como muy clara y clara.

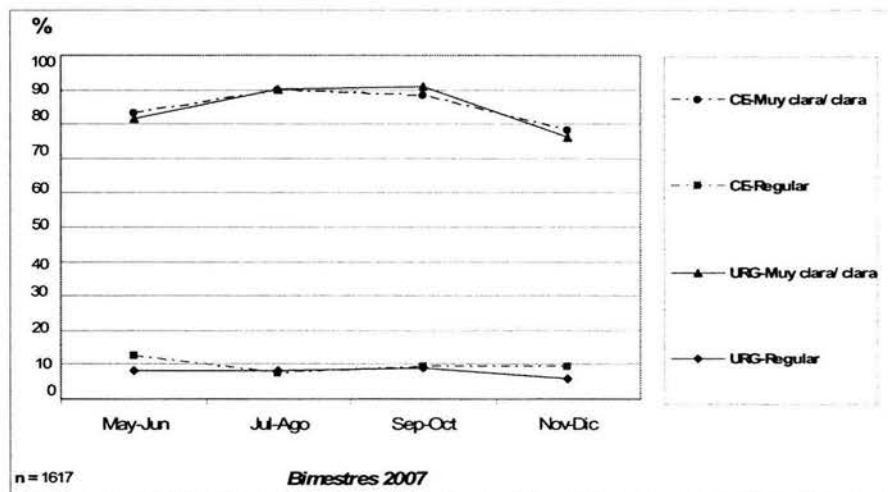


Figura 12. ¿Cómo considera la información que el médico le dio?

La satisfacción por el **trato percibido por los usuarios** en ambas salas de espera superó el 90% en todos los bimestres, como se puede apreciar en la siguiente Figura.

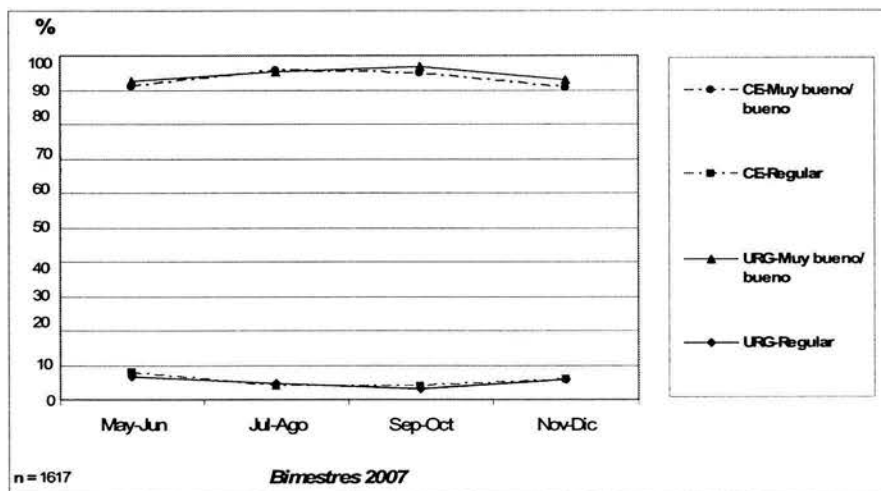


Figura 13. En general ¿El trato que recibió usted en esta unidad fue...?

La última pregunta realizada a los usuarios encontrados en las salas de espera se refiere al posible mal trato recibido en algún área del hospital. Se encontró que para los usuarios de consulta externa las áreas de mayor insatisfacción fueron las de recepción y vigilancia, mientras que para los usuarios de urgencias fueron las áreas de vigilancia y médica (véase Tabla 2 y 3).

Tabla 2

Áreas por bimestre en 2007 en las que se registró mal trato a usuarios en *Consulta Externa*

Áreas	6to May-Jun		7mo Jul-Ago		8vo Sep-Oct		9no Nov-Dic		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Vigilancia	18	21.69	25	38.46	5	16.67	15	18.07	63	24.14
Recepción	23	27.71	15	23.07	6	20.00	17	20.48	61	23.37
Área médica	18	21.69	4	6.15	4	13.33	9	10.84	35	13.41
Caja	9	10.85	5	7.69	3	10.00	15	18.07	32	12.26
Laboratorio	5	6.02	4	6.15	4	13.33	12	14.46	25	9.58
Trabajo Social	3	3.61	7	10.79	5	16.67	9	10.84	24	9.20
Enfermería	5	6.02	5	7.69	3	10.00	5	6.03	18	6.90
Rayos X	2	2.41	---	---	---	---	1	1.21	3	1.15
Total	83	100	65	100	30	100	83	100	261	100

Tabla 3

Áreas por bimestre en 2007 en las que se registró mal trato a usuarios en *Urgencias*

Área	6to May-Jun		7mo Jul-Ago		8vo Sep-Oct		9no Nov-Dic		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Vigilancia	6	37.50	4	30.77	1	14.29	7	50.00	18	36.00
Área médica	5	31.25	3	23.08	2	28.57	3	21.43	13	26.00
Recepción	2	12.50	1	7.69	2	28.57	1	7.14	6	12.00
Trabajo Social	2	12.50	2	15.38	1	14.29	1	7.14	6	12.00
Enfermería	1	6.25	2	15.38	---	---	2	14.29	5	10.00
Caja	---	---	1	7.69	---	---	---	---	1	2.00
Laboratorio	---	---	---	---	1	14.29	---	---	1	2.00
Rayos X	---	---	---	---	---	---	---	---	0	0.00
Total	16	100	13	100	7	100	14	100	50	100

Nota. f= Frecuencia, número de personas que se quejaron de un mal trato.

3.3 Verificación de instalaciones (F3-VI-AC/04)

Por último, mostraremos los resultados respecto a la integridad, limpieza y comodidad del hospital. Estos fueron obtenidos de las evaluaciones hechas por los y las avales ciudadanos a las salas de consulta externa y urgencias, así como a sus respectivos sanitarios.

Como se puede observar en la Figura 14, las salas de espera de consulta externa y de urgencias tuvieron evaluaciones positivas en el rubro de *Integridad*, (superficies, pintura, e instalaciones). Aunque para finales de año, las sillas (sobre todo las de urgencias) sufrieron un marcado deterioro, por lo que decreció paulatinamente su evaluación positiva.

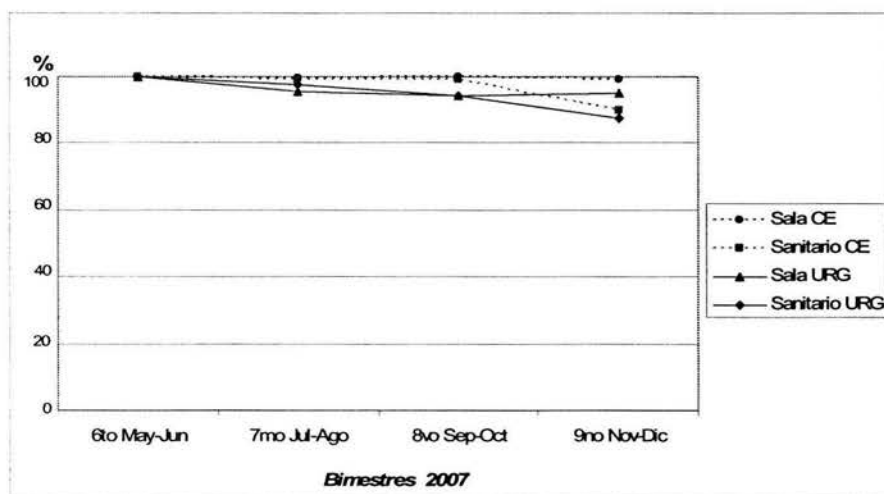


Figura 14. Verificación de instalaciones: Índice de Integridad

Ahora bien, pasando al índice de *Comodidad*, el cual comprende el acceso al público; circulación; ventilación; ruido; temperatura; iluminación; privacidad; y señalización, los resultados fueron favorables en los tres primeros bimestres obteniendo un porcentaje superior al 80%, mientras que en el último periodo, la sala de espera de

urgencias y sus sanitarios decreció hasta un 68%. En el caso de las salas de espera de consulta externa y sus sanitarios su evaluación favorable fue superior al 85% de satisfacción. Estos datos los podemos apreciar en la Figura que se presenta a continuación.

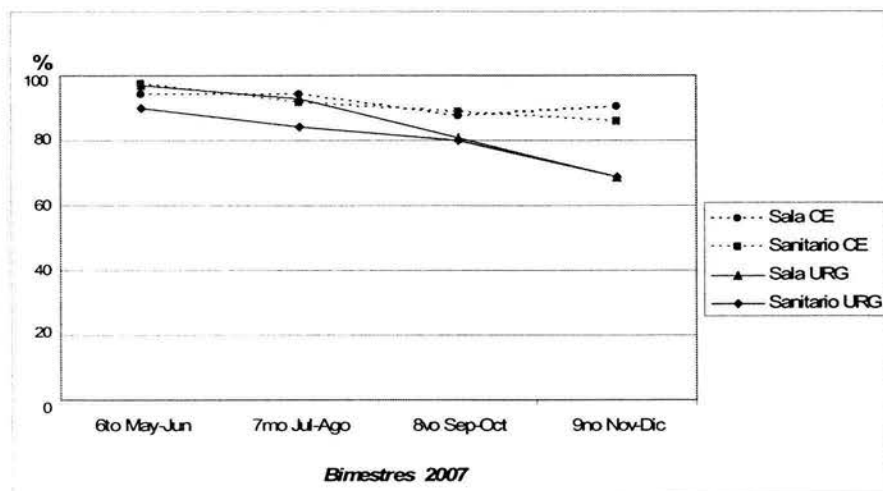


Figura 15. Verificación de instalaciones: Índice de Comodidad

La limpieza y el orden evaluados en el rubro *Limpieza*, obtuvo puntuaciones favorables en la sala de espera de consulta externa (superiores al 87%) al igual que sus sanitarios (superiores al 85%).

Referente a la sala de urgencias, los (as) avaluados consideraron adecuada la limpieza sólo en el primer y último bimestre (superior al 80%). En el caso de sus sanitarios esto ocurrió sólo en los dos primeros bimestres (superior al 80%). Lo anteriormente descrito lo podemos ver gráficamente a continuación.

Es importante mencionar que la mayoría de las evaluaciones realizadas a los sanitarios de ambas salas de espera, correspondieron a los servicios de los hombres debido a que las inspecciones de los avaluados varones fue mayor al de las avaluadas mujeres.

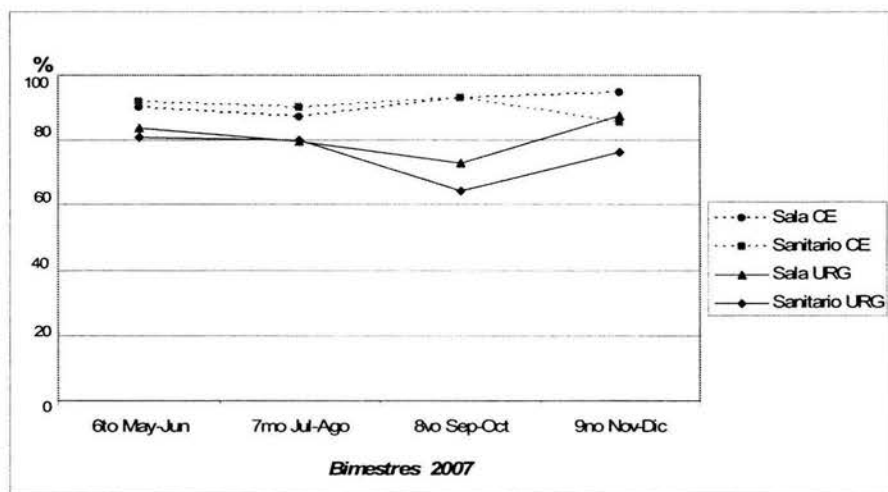


Figura 16. Verificación de instalaciones: Índice de Limpieza

Las altas calificaciones obtenidas en los rubros integridad y limpieza se debieron a que el hospital acababa de ser remodelado.

En general se puede decir que son bien evaluadas las instalaciones del Hospital de la Mujer.

CAPÍTULO IV. CONSIDERACIONES FINALES

Con el Programa Aval Ciudadano, el actual Sistema de Salud ha abierto una senda importante que se debe seguir caminando y ampliando, “mejorar la calidad de la atención en los servicios médicos”.

Respecto a los objetivos podemos decir que se cumplió la identificación de las necesidades y expectativas de calidad de los usuarios y se tomaron decisiones conjuntas para mejorar el trato digno hacia ellos. Esto contribuyó para que el Hospital de la Mujer fuera mejor visto entre sus usuarios.

Es importante mencionar que se observaron variaciones en los resultados de los indicadores de calidad obtenidos entre el hospital y los avales ciudadanos, los obtenidos por la unidad salen ligeramente más favorables que los recabados por el Aval Ciudadano pero pensamos que posiblemente se debe a que los pacientes sienten temor o compromiso con el Hospital, quizás interpreten que de sus respuestas depende el trato que recibirá la paciente.

Otro aspecto que hay que tomar en cuenta para las opiniones tan favorables que se tuvieron del hospital es que acababa de ser remodelado. Las paredes recién pintadas y adornadas con cuadros, la adecuada iluminación natural en las salas, asientos cómodos, y una buena limpieza y ventilación (estas dos últimas sólo en consulta externa) hacían la espera más amena. De esta manera se reducía el estrés de encontrarse en un lugar incómodo, lo cual es muy importante para los pacientes y familiares que se encuentran sensibles y vulnerables.

Es interesante observar cómo en la mayoría de los indicadores de trato digno los pacientes de consulta externa se encuentran más satisfechos que los de urgencia pero curiosamente en el indicador de cómo consideró el trato general de la unidad, urgencias

se encuentra ligeramente por encima de consulta externa, por lo que podemos entender que los pacientes de ambas salas de espera reconocen un buen trato recibido en el hospital. Pero no por ello hay que restarle importancia al resto de los indicadores, pues para tener resultados satisfactorios es fundamental que el paciente siga el tratamiento y los cuidados del médico, lo cual será posible si la información proporcionada por el médico es clara para el paciente.

Áreas de Oportunidad

Las sugerencias que a continuación se presentan son para ambas salas de espera.

1. Mejorar el trato personal hacia las pacientes en todas las áreas del hospital, especialmente en las áreas de vigilancia, recepción, laboratorio, trabajo social, médica y enfermería.
2. Proveer a la cajera de monedas fraccionarias que permitan la devolución del cambio a las pacientes ya que las últimas se quejan de tener que salir a cambiar su dinero fuera del hospital, lo cuál consideran molesto y peligroso. Además les gustaría que abrieran la caja de urgencias para no tener que ir hasta la caja de consulta externa.
3. Poner una lista de precio afuera de las cajas para que las pacientes conozcan el costo de sus estudios y puedan llevar el dinero suficiente para pagarlos.
4. Dar información (preferentemente escrita ya sea de forma individual o en un cartel) clara y completa respecto al cómo deben ir las pacientes a realizarse sus estudios ya que en ocasiones al no ir como se requiere, el estudio no se realiza.
5. Con el fin de mantener un orden en las pacientes que esperan ser atendidas en trabajo social, se sugiere que se distribuyan fichas a las pacientes en el

orden que vayan llegando, o poner al alcance de ellas un cuaderno que permita su registro. De esta manera no perderán su lugar en la fila.

6. Es importante la coordinación entre las áreas del hospital. Las pacientes sugieren que se realice el estudio socioeconómico después de la consulta con el médico pues debido al largo tiempo que esperan para ser atendidas en trabajo social temen llegar tarde a su cita y no ser atendidas. Tampoco les gustaría venir otro día porque eso implica gastos económicos (para algunas muy fuertes), traslados largos y pérdida de otro día de trabajo.
7. Información clara y completa de parte del médico hacia la paciente respecto a su estado de salud, tratamiento y cuidados que debería de seguir. Mantener privacidad dentro del consultorio ya que las pacientes manifiestan que en ocasiones entran y salen muchas personas del consultorio cuando las están revisando sus médicos.
8. Permitirles a las pacientes hablar más sobre su estado de salud y responder a sus dudas e inquietudes.
9. Elaborar un cartel en donde se explique el procedimiento que debe seguir la paciente por las diversas áreas del hospital, esto ayudaría sobre todo a las pacientes que acuden por primera vez y evitaría interrumpir al personal que labora en ellas con tantas preguntas
10. Reducir el tiempo de espera para pasar a consulta y a trabajo social.
11. Mantener el laboratorio abastecido del material necesario para los estudios así como darles servicio a los aparatos que utilizan, con la finalidad de no interrumpir el servicio.

En el caso de urgencias además se sugiere:

1. Dar informes completos y con mayor frecuencia a los familiares que esperan noticias sobre sus pacientes
2. Ser accesibles con las personas que llevan niños por no tener con quien dejarlos, permitirles ingresar con ellos pues es riesgoso que se encuentren solos fuera del hospital.
3. Mejorar el aseo de la sala y los servicios sanitarios.
4. Dar mantenimiento a las sillas que se encuentren en mal estado.
5. Delimitar los procedimientos del hospital para que no haya confusión de cómo proceder en su labor cada una de las áreas. En caso de que exista, dárselo a conocer al personal involucrado para no enviar a las pacientes de un área a otra.

Experiencia personal dentro del programa Aval Ciudadano

Alguna vez en la Facultad trabajé con pacientes y lo disfruté mucho, es por esto que considero la oportunidad de trabajar en el Hospital de la Mujer como una experiencia muy agradable y enriquecedora para mi formación profesional.

Aprendí a observar el comportamiento de las personas, cómo es que debían ser abordadas, adecuar el vocabulario a cada entrevistada (o), llevar la entrevista de manera que la persona se sintiera cómoda y no obligada a responder. Cada vez me iba sintiendo mejor al realizar las entrevistas, gane confianza y fluidez. Al empatizar con las (os) usuarias (os) lograba entender sus peticiones, porqué es que eran necesarias para ellas por ejemplo el que quisieran pasar a trabajo social después de su consulta (para no llegar tarde a la misma y corrieran el riesgo de que se las cancelaran). Con algunas pacientes demoraba un poco más porque querían saber sobre la Cruzada, el Aval

Ciudadano, el porqué me encontraba yo en una sala donde debía haber sólo mujeres. Aquí me gustaría agregar que siempre tuve una buena recepción de parte de las pacientes al punto de que algunas me llegaron a contar de su padecimiento.

La elaboración de reportes dirigidos a una institución gubernamental fue otra experiencia que me dejó varios conocimientos en redacción, síntesis, análisis, presentación ordenada de la información y manejo estadístico con el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Propuestas para Mejorar el Servicio Social

Como pudimos ver a lo largo de esta revisión, la Secretaría de Salud no es la única responsable de mejorar la calidad de la atención en las unidades de salud sino que también es importante la participación del hospital, su personal, los pacientes y la población en general para que el programa Aval Ciudadano siga en marcha y continúe expandiéndose por todos los hospitales de la República Mexicana. Hacer de la Calidad de la atención hospitalaria una cultura que no se extinga.

Este objetivo lo conseguiremos si continuamos evaluando nuestro sistema de salud, perfeccionando los instrumentos de evaluación y buscando soluciones prácticas a los problemas que se vayan presentando.

Referente al Servicio Social sugiero difundir la importancia de este programa entre los estudiantes que buscan un lugar donde realizar su Servicio Social, un mayor número de estudiantes podría realizar un levantamiento más completo de información. Por ejemplo podemos indagar si la percepción de la paciente difiere de la de su familiar en los distintos indicadores, si es así, ¿porqué sucede?, ¿cómo influye esto en su apreciación de la calidad en la atención y trato que reciben?. También sería interesante contrastar la opinión de las pacientes subsecuentes con las que acuden por primera vez,

¿Quiénes tienen una mejor percepción de la unidad?, ¿A qué se debe?, ¿Tiene repercusiones en su estado de salud?.

Otra relación muy interesante sería la de los indicadores con la edad de las pacientes, ya que al ser de diferentes generaciones la educación fue distinta y las exigencias de un servicio de calidad podrían no ser las mismas. Por otro lado, es muy probable que las pacientes de mayor edad tengan más experiencias vividas dentro de hospitales públicos que las más jóvenes, dándonos así una opinión comparada con otros hospitales.

Evaluar los consultorios de la misma forma en que se hizo con las salas de espera y sanitarios para tener una valoración más completa del hospital.

Exponer los informes dirigidos al Hospital de la Mujer a su Director y personal que labora en las diferentes áreas con el objetivo de planear estrategias conjuntas en pro de la calidad de la atención médica y de la comunicación interpersonal.

Seguir mejorando la base de datos, así como los formatos de recolección de información para un análisis cada vez más exacto. Tomar la iniciativa de realizar el cartel de información de cómo proceder en el hospital (explicado en Áreas de Oportunidad), el cartel de la lista de precios para que la paciente lleve el dinero suficiente y el cartel de los requisitos de cómo se debe presentar la paciente para los diferentes tipos de estudios que necesita, en estos casos entra la ergonomía, es indispensable transmitir el mensaje de forma clara, llamativa y fácil para el receptor.

REFERENCIAS

- Aguirre, G. H. (1993). Cap 2. Calidad de la atención médica (2a. ed.). México. Conferencia Interamericana de Seguridad Social (eds.).
- Almarales Pupo, B. (2003). Barreras que afectan la comunicación medico – paciente. Hospital “Lucía Iñiguez Landin”. Febrero Junio 2002. Cuba.
- Ávila Burgos, L., Cahuana Hurtado, L., Pérez Nuñez, R., Aracena Genao, B. y Hernández Peña, P. (Septiembre 1, 2008). El Sistema de Cuentas en Salud: desarrollo, avances y retos [En red]. Disponible en: http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/Health%20Accounts_Mexico_SP.pdf.
- Bellón, J. A. (2001). Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria. ANALES Sis San Navarra. (Supl 2): 7-14. España.
- Bohórquez, F. (2004). El diálogo como mediador de la relación médico-paciente. Revista ieRed: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa [en línea]. Vol.1, No.1 (Julio-Diciembre de 2004). Disponible en: <http://revista.iered.org>. ISSN 1794-8061.
- Chang de la Rosa, M., Alemán Lage, M. C., Cañizares Pérez, M. e Ibarra, A. M. (1999). Satisfacción de los pacientes con la atención médica. Cuba.
- Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. (19 de Mayo de 2007). Principales Aspectos y Logros. [En red]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/dirgrss/psct_tr/cncss_conf.pdf
- Diario Oficial de la Federación. (2 mayo, 2006). ACUERDO por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación específicas e indicadores de gestión y evaluación del Programa Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. [En red]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a020506.pdf>
- Gutiérrez, D. L., Hernández, F. & Cepeda, A. (Eds.). (2005). Boletín del Hospital de la Mujer (Año 1- Número 5) [Folleto]. México.
- Gutiérrez, D. L., Hernández, F., Ramírez, T. & Cepeda, A. (Eds.). (2005). Boletín del Hospital de la Mujer (Año 1- Número 3) [Folleto]. México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (12 de mayo, 2008). Misión de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud [En red]. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_SITIOS/IMSS_06/ProfesionalesSalud/DP_M/Calidad/cruzada+Nacional.htm
- Mira, J. J., Lorenzo, S., Rodríguez M., J., y Buil, J. A. (1999). Concepto y Modelos de Calidad. Hacia una definición de calidad Asistencial. España.
- Ortega, A. P., Mercado, D. S., Reidl, M. L. M., Estrada, R. C. (2005). Estrés Ambiental en Instituciones de Salud. Valoración Psicoambiental. México.
- Secretaría de Salud. (1974). Hospital de la Mujer. México.
- Secretaría de Salud. (1985). De Secretaría de Salubridad y Asistencia a Secretaría de Salud [Cuaderno 9]. México.
- Secretaría de Salud. (1993a). Año del Cincuentenario [Agenda]. México.
- Secretaría de Salud. (1993b). La atención materno infantil apuntes para su historia. México.
- Secretaría de Salud. (1993c). Libro del cincuentenario de la Secretaría de Salud 1943-1993. México.
- Secretaría de Salud. (1994). Reseña Testimonial 1988-1994. Tomo I. México.
- Secretaría de Salud. (1996). Informe de Labores 1995-1996. México.

- Secretaría de Salud. (1997). Informe de Labores 1996-1997. México.
- Secretaría de Salud. (1998). Informe de Labores 1997-1998. México.
- Secretaría de Salud. (2001). Informe de Labores 1 de Septiembre 2001. México.
- Secretaría de Salud. (2002a). Informe de Labores 1 de Septiembre 2002. México.
- Secretaría de Salud. (2002b). Programa Nacional de Salud. Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. 2001-2006. México.
- Secretaría de Salud. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. (2002c). Aval Ciudadano. Monitoreo de Indicadores de Trato Digno. Guía Operativa Sectorial 2002 para el Fomento de la Participación Ciudadana en la Garantía del Trato Digno en los Servicios de Salud. México.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. (2002d). Programa de acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México.
- Secretaría de Salud. (2003). Índice de Trato Digno en el servicio de Urgencias. [En red]. Disponible en:
http://www.salud.gob.mx/dirgrss/doctosFuente/linea_oper/fasc_23.pdf
- Secretaría de Salud. (2004a). Informe de Labores 1 de Septiembre 2004. México.
- Secretaría de Salud. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. (2004b). Aval Ciudadano. Monitoreo Ciudadano como Método para Fomentar la Participación Social en la Transparencia y Mejora de la Calidad del Trato Digno. México.
- Secretaría de Salud. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. (2005). Aval Ciudadano. Manual de Presentación e Inducción. México.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Subsecretaría de Innovación y Calidad. (2006a). Salud México 2001-2005. Información para la Rendición de Cuentas. México.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. (2006b). Las Cuentas en Salud en México 2001-2005. México.
- Secretaría de Salud. (Noviembre 4, 2008a) Atención Médica. Hospital de la Mujer [En red]. Disponible en: <http://www.hdelamujer.salud.gob.mx/interior/atencion.html>
- Secretaría de Salud. (Enero, 2008b). Misión y visión. Hospital de la Mujer [En red]. Disponible en: <http://www.hdelamujer.salud.gob.mx/interior/mision.html>
- Secretaría de Salud. (Enero, 2008c). Servicios. Hospital de la Mujer [En red]. Disponible en: <http://www.hdelamujer.salud.gob.mx/interior/servicios.html>
- Vázquez, R. B., Juárez, R. Z. & Rico, C. M., 2005. Aval Ciudadano: Facultad de Psicología unidad por avalar: Hospital de la Mujer. 2do. Reporte Septiembre-October 2005. México
- Vázquez, R. B. & Mena, M. E. (2007). 9no. Reporte de la Facultad de Psicología como Aval Ciudadano del Hospital de la Mujer. Evaluación Noviembre-Diciembre 2007. México

ANEXOS



CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD
AVAL CIUDADANO
ÍNDICE DE INTEGRIDAD, LIMPIEZA Y COMODIDAD
 VERIFICACIÓN DE INSTALACIONES

F3-VI-AC/04



FECHA DE REPORTE: ENE FEB MAR ABR MAY JUN JUL AGO SEP OCT NOV DIC

ESTADO: _____

JURISDICCION: _____

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

NIVEL DE ATENCION: PRIMERO SEGUNDO

CLAVE DE LA UNIDAD:

FECHA DE ELABORACION:

	DESCRIPCIÓN	SALA DE ESPERA *	SANITARIOS	CONSULTORIOS	TOTAL
A. INTEGRIDAD	Superficies y pintura				
	Instalaciones				
	A. Subtotal				
B. COMODIDAD	Acceso al público				
	Circulación				
	Ventilación				
	Ruidos				
	Temperatura				
	Iluminación				
	Privacidad				
	Señalización				
B. Subtotal					
C. LIMPIEZA	Limpieza				
	Orden				
	C. Subtotal				
Total (A+B+C)					

* Califique de acuerdo con la siguiente escala: 1 Absolutamente en **desacuerdo**, 5 Absolutamente de **acuerdo**

Observaciones:



CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD
**INDICADOR DE TRATO DIGNO DE LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA DE PRIMER NIVEL
 O URGENCIAS DE SEGUNDO NIVEL**
FORMATO DE CONCENTRACIÓN

F2-TD/02



SERVICIO: CONSULTA EXTERNA URGENCIAS Periodo que se evalúa: del DÍA MES AÑO al DÍA MES AÑO

INSTITUCIÓN: _____ MUNICIPIO: _____

JURISDICCIÓN O DELEGACIÓN: _____ LOCALIDAD: _____ Fecha de elaboración: DÍA MES AÑO

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

CLAVE DE LA UNIDAD:

AREA: RURAL URBANA

CUADRO 1. CONCENTRADO MANUAL.

P/R	OPCIONES DE RESPUESTA						CONCENTRACION	
	a	b	c	d	e	f	N°	%
10								
11								
12								
13								
	a	b	c	d	e	f	N°	%
9								
14								
15								
16								

INSTRUCCIONES: Para el llenado de este cuadro, use los datos del formato F1-TD/02. En cada una de las preguntas de la 09 a la 16, sume las respuestas según cada opción y anote cada total en el casillero de la fila correspondiente.
 Para obtener el porcentaje de las preguntas 10, 11, 12, y 13, divida el total de respuestas "a" entre el total de mediciones y multiplíquelo por cien. De las preguntas 09, 14, 15 y 16 divida la suma de respuestas "a+b" entre el total de mediciones y multiplíquelo por cien. Al terminar, complete las columnas de concentración y anote el número absoluto y el porcentaje.

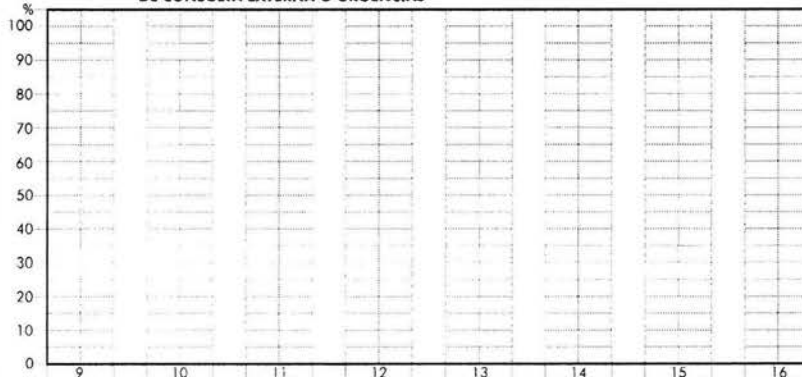
CUADRO 3. Áreas en las que se registró Mal Trato al Paciente: (Pregunta 17)

ÁREA	N°	%
Recepción		
Archivo clínico		
Vigencia de derechos		
Área Médica		
Enfermería		
Trabajo Social		
Laboratorio		
Rayos X		
Farmacia		
Caja		
Incapacidades		
Intendencia		
Vigilancia		

INSTRUCCIONES: Para el llenado de este cuadro, use los datos de la pregunta 17. Anote las frecuencias de las opciones de respuesta, para obtener su porcentaje divida cada una entre el total de mediciones y multiplíquelas por cien. Anote en el casillero de la fila correspondiente el resultado.

Conserve este formato en la unidad para retroalimentación y comparaciones

CUADRO 2. PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA O URGENCIAS



Realice un gráfico de barras. Para cada pregunta dibuje una barra cuya longitud estará determinada por el porcentaje que aparece en el Cuadro 1. De las preguntas 10, 11, 12 y 13 grafique el porcentaje de respuestas "a". De las preguntas 09, 14, 15 y 16 grafique el porcentaje derivado de "a+b".

CUADRO 4.

OPORTUNIDADES DE MEJORA	
1	_____
2	_____
3	_____

Nombre y firma del responsable de la unidad

Nombre y firma del responsable del levantamiento de datos

DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA Y DEL AVAL CIUDADANO QUE REALIZA LA VISITA

ESTADO			DELEGACIÓN/JURISDICCIÓN				
MUNICIPIO			LOCALIDAD				
INSTITUCIÓN							
NOMBRE DE LA UNIDAD							
CLAVE DE LA UNIDAD/CUES							
UNIDAD MÉDICA	<input type="checkbox"/> Certificada	<input type="checkbox"/> No ha iniciado proceso	<input type="checkbox"/> Acreditada	<input type="checkbox"/> acreditada condicionada	<input type="checkbox"/> No acreditada	<input type="checkbox"/> No aplica	
CON SEGURO POPULAR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> No Aplica	ÁREA	<input type="checkbox"/> Rural	<input type="checkbox"/> Urbana	
NIVEL DE ATENCIÓN	<input type="checkbox"/> Primer	<input type="checkbox"/> Segundo	<input type="checkbox"/> Tercer				
TURNO	<input type="checkbox"/> Matutino	<input type="checkbox"/> Vespertino	<input type="checkbox"/> Nocturno	<input type="checkbox"/> Jornada Especial	SERVICIO	<input type="checkbox"/> Consulta externa	<input type="checkbox"/> Urgencias
PERIODO QUE REVIS A	<input type="checkbox"/> Ene-Feb	<input type="checkbox"/> Mar-Abr	<input type="checkbox"/> May-Jun	<input type="checkbox"/> Jul-Ago	<input type="checkbox"/> Sept-Oct	<input type="checkbox"/> Nov-Dic	
No. DE VISITA	<input type="checkbox"/> Primera	<input type="checkbox"/> Segunda	<input type="checkbox"/> Tercera	<input type="checkbox"/> Cuarta	<input type="checkbox"/> Quinta	<input type="checkbox"/> Sexta	
AVAL QUE REPRESENTA	<input type="checkbox"/> Estatal	<input type="checkbox"/> Jurisdiccional	<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Local			
NOMBRES DE LAS ORGANIZACIONES				FECHA DE ELABORACIÓN	DÍA / MES / AÑO		

1.- ACCESO A LA INFORMACIÓN DEL MONITOREO/MEJORA DE TRATO DIGNO

1.1.- El Aval Ciudadano ¿tiene acceso al formato F2-TD/02 (manual o electrónico) con la información de los resultados del Monitoreo de Indicadores de Trato Digno del bimestre anterior a la visita? SI NO

2.- MONITOREO INSTITUCIONAL Y CIUDADANO

2.1.- Registre en el cuadro UNIDAD MÉDICA el número de usuarios que encuestó la unidad y en el siguiente los encuestados por el AVAL CIUDADANO, escriba la diferencia.

TAMAÑO DE MUESTRA UNIDAD MÉDICA AVAL CIUDADANO DIFERENCIA

2.2.- Revise los resultados de los indicadores de trato digno del último bimestre de la Unidad Médica. En la columna A "VALOR DE LA UNIDAD" registre los datos del CUADRO 1. CONCENTRADO MANUAL del formato F2-TD/02. Encierre con un círculo los valores de la columna A cuando el valor de cada indicador sea igual o mayor a la columna C, cumplimiento del "COMPROMISO INSTITUCIONAL". En la columna B "VALOR DEL AVAL" registre los datos que obtuvo en sus entrevistas de trato digno. En la columna D "DIFERENCIA DE PERCEPCIÓN" registre el resultado de restar la columna A de la columna B y escriba con un lápiz de color, cuando la diferencia sea igual o mayor al 20%. En la columna E "ACCIÓN DE MEJORA DOCUMENTADA", pregunte al responsable de la unidad: ¿se han realizado acciones de mejora de los indicadores de trato digno que no cumplen el estándar o compromiso institucional?, si la respuesta es sí, solicite la documentación que respalda el trabajo realizado y escriba SI, en caso contrario escriba NO.

N°	INDICADORES DE TRATO DIGNO	A	B	C	D	E
		VALOR DE LA UNIDAD	VALOR DEL AVAL	COMPROMISO INSTITUCIONAL	DIFERENCIA DE PERCEPCIÓN	ACCIÓN DE MEJORA DOCUMENTADA
9	Con el tiempo que esperó para pasar a consulta ¿quedó usted...?			85%		
10	¿El Médico le permitió hablar sobre su estado de salud?			85%		
11	¿El médico le explicó sobre su estado de salud?(diagnóstico)			85%		
12	¿El médico le explicó sobre el tratamiento que debe seguir?			85%		
13	¿El médico le explicó sobre los cuidados que debe seguir?			85%		
14	En relación con la información que le dio el médico, ¿cómo la considero usted?			85%		
15	Con la cantidad de medicamentos que le entregaron, ¿quedó usted...?*			95%		
16	En general ¿el trato que recibió usted en esta unidad fue...?			90%		

*Solo para el Servicio de Consulta Externa

2.3 Grafique en las columnas U y A los resultados de trato digno.
La línea punteada representa el estándar institucional.



2.4.- Transcriba del formato F2 TD/02 las principales áreas donde usted y la unidad consideran necesario trabajar para mejorar el trato digno.

UNIDAD MÉDICA	
1	
2	
3	

AVAL CIUDADANO	
1	
2	
3	

3. DIFUSIÓN DE RESULTADOS DE MONITOREO ✓ = CORRECTA X = INCORRECTA

3.1 PREGUNTE A 5 INTEGRANTES DEL PERSONAL DE SALUD DE LA UNIDAD MÉDICA.	✓ = CORRECTA					X = INCORRECTA	
	1	2	3	4	5	Total de encuestados	% de respuestas correctas
3.1.1 ¿Podría mencionar al menos 3 Indicadores de Trato Digno que evalúa la Cruzada?							
3.1.2 ¿Podría mencionar el resultado de al menos tres Indicadores de Trato Digno del último bimestre?							
3.1.3 ¿Podría mencionar al menos 3 de los Derechos Generales de los Pacientes?							

3.2 PREGUNTE A 5 USUARIOS DE LA UNIDAD MÉDICA	✓ = CORRECTA					X = INCORRECTA	
	1	2	3	4	5	Total de encuestados	% de respuestas correctas
3.2.1 ¿Le han informado en esta unidad, cuáles son los aspectos de Trato Digno que se están evaluando?							
3.2.2 ¿Conoce la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes?							
3.2.3 ¿Puede mencionar al menos 3 de estos Derechos Generales de los Pacientes?							

4.- SUGERENCIAS DE LOS USUARIOS PARA MEJORAR EL TRATO DIGNO

EDAD	SEXO		SEGURO POPULAR		¿Qué es lo que... SI le gusta ... NO le gusta ... sugiere para que mejore sus servicios la unidad médica?
	M	F	SI	NO	

5.- SUGERENCIAS Y COMENTARIOS COMO AVAL

FECHA DE ENTREGA DE LA CARTA COMPROMISO
DÍA / MES / AÑO

Nombre y firma del Aval Ciudadano responsable del levantamiento de los datos

Nombre y firma del responsable de la unidad médica



FCC-AC/05

CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

CARTA COMPROMISO PARA MEJORA DE TRATO DIGNO

Con base en el análisis de los resultados del monitoreo ciudadano del período (anote período evaluado) presentado por el Aval Ciudadano (anote nombre de la organización), el C. (anote el nombre del director o responsable) de la (anote nombre de unidad médica y nivel de atención), con el propósito de mejorar las áreas de oportunidad identificadas se compromete a realizar las siguientes actividades.

Área de oportunidad de mejora (compromiso a cumplir)	Actividades para la mejora	Nombre del responsable	Período para el logro de la mejora.	
			Inicio	Conclusión
Elevar el indicador de satisfacción por el trato recibido en 15%.	Describir las acciones a realizar para lograr la mejora.	Anote el de la persona que se comprometió a coordinar el equipo o a realizar las acciones de mejora.	Anote fecha en que se iniciarán las acciones de mejora.	Anote fecha en que obtendrá el logro de la mejora.

Nombre y firma del director o
responsable de la unidad médica

Fecha de Entrega

