

Las relaciones interpersonales: percepción de la comunicación, trato y experiencias adversas en los usuarios de las unidades médicas pertenecientes a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE)

América Guadalupe Arroyo-Valerio^{1*}, David Cortés-Poza¹, Rebeca Aguirre Hernández², Ruth Fuentes García³, Omar Fernando Ramírez de la Roche² y Alicia Hamui Sutton²

¹Dirección de Investigación, Hospital General de México; ²División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM; ³Facultad de Ciencias, UNAM

Resumen

Introducción. La percepción de los usuarios sobre el trato recibido durante su paso por los servicios de salud se toma cada vez más en cuenta, pues es un área de oportunidad para los prestadores de servicio que buscan mejorar la atención a las personas. **Objetivo.** Describir la percepción que los individuos tienen acerca de sus expectativas y experiencias en su paso por las unidades médicas (UM) pertenecientes a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) respecto a la comunicación, el trato, las experiencias adversas personales y organizacionales y su relación con otras variables sociodemográficas, la especialidad médica, la condición de salud y la limitación para realizar las actividades cotidianas. **Métodos.** Se elaboró un cuestionario que incluyó aspectos sociodemográficos y relativos a la UM para conocer la percepción que los usuarios tuvieron sobre la comunicación, el trato, las experiencias adversas personales y las experiencias adversas organizacionales de la UM. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico STATA 11. En todas las pruebas estadísticas se utilizaron factores de expansión para ponderar los datos. **Resultados.** La muestra fue de 2,176 cuestionarios. Los individuos muestreados representaron a 1,457,964 usuarios de la CCINSAHE después de ajustar por los factores de expansión. Las cuatro variables calculadas que midieron la percepción del usuario estuvieron asociadas significativamente con el tipo de UM donde fue atendido (hospital federal de referencia, instituto nacional u hospital regional). También se observó que la percepción estuvo influida por la escolaridad, la limitación al realizar las actividades cotidianas, el ingreso familiar, el uso de medicina alternativa y el área de atención. **Discusión.** Un componente esencial en el funcionamiento del sistema de salud es la comunicación entre el médico y los usuarios. La percepción que los usuarios manifiestan sobre la comunicación, el trato y las experiencias adversas personales e institucionales estuvo determinada por la UM donde fueron atendidos, donde la percepción más desfavorable fue para los hospitales federales de referencia y la mejor para los hospitales regionales; esto abre una ventana de oportunidades para los tomadores de decisiones de explorar qué mejorar y qué reafirmar en cada una de las instituciones con el objetivo de atender a las necesidades de los usuarios.

PALABRAS CLAVE: Percepción. Usuarios. Sistema de salud.

Correspondencia:

*América Guadalupe Arroyo Valerio
Jefe de Departamento de Apoyo e Impulso a la Investigación
Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga»
Dr. Balmis, 148
Col. Doctores, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06726, México, D.F.
E-mail: americainv@gmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 01-08-2012

Fecha de aceptación: 06-04-2013

Abstract

Introduction. *User's perception with regard to the attention they received in healthcare units is increasingly being taken into account by the health service providers in order to improve the quality of their service. Aim.* Describe how the users perceive the health services provided by the CCINSHAE with regard to the communication with the physicians, the attention of the staff and the adverse personal and institutional experiences and to explore their relation with user's demographic characteristics, health condition, physical limitations to carry out daily activities and service area. **Methods.** *A questionnaire was designed to collect information about the user and his/her opinion with regard to the healthcare units, the communication with the physicians, the attention of the staff and the adverse personal and institutional experiences. The data were analyzed with STATA using sample weights. Results.* A total of 2,176 individuals were interviewed after they had received attention and represent a population of 1,457,964 users, over 6 months, of the CCINSAHE. We then calculated four binary variables that reflect the perception of the users. These four variables were significantly associated with the type of health unit where the user received attention, schooling, limitations to carry out daily activities, facilities provided to the relatives, family income, the use of alternative medicine, and the area of attention. **Discussion.** *A fundamental aspect of the service provided by the healthcare institutions is the communication between the physicians and the users. We found that the perception of the users with regard to the communication with the physician, the attention of the staff, and the adverse personal and institutional experiences was associated with the type of healthcare unit. The federal reference hospitals produced the most unfavorable perception while the regional hospitals produced the most favorable impression. This study enables the decision-making personnel to determine what needs to be modified in order to improve the service provided by the health units.*

KEY WORDS: Perception. Users. Health system.

Introducción

Tradicionalmente, los sistemas de salud están basados en tres objetivos: la salud de la población, una respuesta adecuada a las necesidades de los usuarios durante su paso por este, y el pago justo por el servicio prestado¹⁻⁴.

En el año 2000 la Organización Mundial de la Salud amplió el concepto de necesidades de los usuarios hacia un trato respetuoso como elemento importante para diseñar los servicios de salud con base en las expectativas de las personas^{1,2,5}.

Ante esto, la percepción de los usuarios sobre el trato recibido durante su paso por los servicios de salud se toma cada vez más en cuenta, pues es un área de oportunidad para los prestadores de servicio que buscan mejorar la atención a las personas con base en esta percepción⁶.

En este trato, la comunicación adecuada que mantenga el usuario con los médicos y el personal de salud será la base para una adecuada percepción⁷. Las personas aprecian cuando el médico está interesado en lo que dicen, tienen tiempo para hacer preguntas y obtener una clara explicación sobre su enfermedad, tratamiento y opciones de manejo⁷; cada vez más las personas solicitarán una mejor atención así como ser

partícipes de las decisiones en lo que a su salud respecta mientras esperan recibir un trato digno por parte del personal de salud^{5,8,9}.

Un usuario tratado con respeto y consideración en un ambiente agradable responderá mejor al consejo de su médico y buscará la atención necesaria cuando lo requiera^{2,5-7}.

La percepción de los usuarios ante el trato recibido en el sistema de salud, así como la utilización del mismo, está asociado a variables sociodemográficas como la edad, el sexo, el ingreso familiar, la educación y el estado civil, entre otras; también por la necesidad de atención médica por una condición de salud y las limitaciones para realizar las actividades cotidianas, así como por la organización del sistema y el trato recibido durante su paso por este^{6,10}.

El Sistema Mexicano de Salud incluye la Secretaría de Salud, donde se atiende a la población no asegurada⁵, y comprende, entre otras, las UM, que pertenecen a la CCINSHAE, representados de la siguiente manera: a) los institutos nacionales de salud (INS), organismos descentralizados, destinados a ofrecer atención médica de alto nivel, formar recursos humanos y realizar actividades de investigación; b) los hospitales regionales de alta especialidad (HRAE), cuyo objetivo es prestar atención a pacientes y familiares bajo el esquema de atención basada en la mejor evidencia,

además de llevar a cabo actividades de enseñanza e investigación, y c) los hospitales federales de referencia (HFR), unidades de concentración para la República Mexicana, caracterizados por la atención médica especializada, la formación de recursos humanos y la participación en actividades de investigación¹¹.

En México existe un interés por evaluar los aspectos de calidad con el fin de mejorar la atención al usuario. Se sabe que la percepción del trato recibido en el servicio de salud depende del proveedor que lo proporciona, como lo evidencian la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2003 y la Encuesta de Satisfacción y Trato Adecuado 2005 de la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud, cuyos resultados demuestran que el peor desempeño lo presentan los hospitales de la seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS]; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE])^{1,3,5}. También se cuenta con el Sistema Nacional de Indicadores en Salud (INDICAS), dependiente de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud para medir la opinión de los usuarios sobre el cometido, cumplimiento y desempeño de los servicios de salud a través de un cuestionario¹². Desafortunadamente, hay pocos estudios externos que evalúan el trato que el usuario recibió a su paso por la UM; como ejemplo está el aval ciudadano contemplado para participar en el «análisis de resultados y toma de decisiones en procesos de mejora de los servicios de salud», promovido por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD)¹³. Por los motivos anteriores, resulta cada vez más importante para los tomadores de decisiones del sector de la salud promover los mecanismos para poder contar con información confiable, oportuna y adecuada sobre la opinión del público acerca de los servicios que se ofrecen.

Este artículo se inscribe en la tradición de los estudios que miden la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en instituciones públicas. No obstante, pretende superar las limitaciones de las evaluaciones de calidad que generalmente se centran en el funcionamiento del sistema de salud en las unidades médicas. Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación más amplio denominado «La satisfacción/insatisfacción de los usuarios del sistema de salud con la atención desde sus expectativas y experiencias en México», financiado por el Fondo Sectorial de Salud del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) con registro 1-2009-112890. El proyecto se enfoca en las

expectativas y experiencias de los pacientes y sus acompañantes al contacto con las instituciones que brindan atención médica. Los resultados generales se encuentran en el libro *Expectativas y experiencias de los usuarios del sistema de salud: un estudio de satisfacción con la atención médica*, que está en proceso de edición¹⁵.

El presente estudio fue aprobado por las comisiones de Investigación y Ética del Hospital General de México, donde fue registrado, y en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Ante este panorama, el presente trabajo tiene como objetivo describir la percepción que los individuos tienen en su paso por las UM pertenecientes a la CCINSHAE con respecto a la comunicación, el trato, las experiencias adversas personales y las experiencias adversas con la organización de la UM, así como relacionar las variables sociodemográficas, la especialidad médica, la condición de salud y la limitación para realizar las actividades cotidianas.

Métodos

Se elaboró un cuestionario que incluyó los aspectos sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, escolaridad, aportación al ingreso familiar y dependientes económicos. También se tomó en cuenta el tipo de consulta (primera vez o subsecuente), la condición de salud del usuario (crónica, grave, aguda, terminal u otras), la limitación para realizar las actividades cotidianas y la experiencia con el uso de medicina alternativa.

Dentro de los aspectos relativos a la UM se consideró área de atención (urgencias, consulta externa u hospitalización), la especialidad (cirugía, ginecología, medicina interna, pediatría, psiquiatría, y otra) y la cita para la atención en la UM.

El grupo de encuestadores de la empresa contratada, Mendoza Blanco y Asociados SC (MEBA), aplicó las encuestas a los usuarios de los servicios de salud al final de la atención recibida en noviembre de 2010. La muestra se seleccionó en forma aleatoria, a excepción del INS de Psiquiatría, donde fue por conveniencia (usuarios en condiciones físicas y mentales de responder el cuestionario). Para la determinación de la muestra se consideró a cada hospital o instituto como un estrato, y con base en el número de usuarios atendidos en un lapso de 6 meses se calculó el tamaño de la muestra de las 19 UM; los INS fueron Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Cancerología, Cardiología, Enfermedades Respiratorias, Neurología y Neurocirugía, Pediatría, Perinatología, Psiquiatría, Rehabilitación, y el Hospital Infantil de México Federico

Gómez. Los HFR fueron Hospital General de México, Hospital General Manuel Gea González, Hospital de la Mujer Dr. Jesús Alemán Pérez y Hospital Juárez de México. Los HRAE localizados en el interior de la República fueron Bajío, Tapachula, Tuxtla, Tamaulipas y Yucatán.

Con el fin de conocer la percepción que los usuarios tuvieron sobre la efectividad en la comunicación con el médico se utilizaron las siguientes preguntas basadas en el INDICAS:

- ¿Qué tanto el médico le permitió hablar sobre su estado de salud?
- ¿Qué tanto el médico le explicó sobre su estado de salud?
- ¿Qué tanto el médico le explicó el tratamiento que debe seguir?
- ¿Qué tanto el médico le explicó los cuidados que debe seguir?
- ¿Qué tanto la información que le dio el médico le fue clara?

Las opciones de respuesta para cada una de estas fueron: «muchísimo», «mucho», «poco» y «nada».

Con el objeto de generar una variable dicotómica que indicara si el usuario percibió una buena o mala comunicación con el médico, se codificó del 0-3 cada pregunta, donde 0 fue «muchísimo» y 3 «nada»; posteriormente, se calculó la sumatoria de las cinco preguntas para obtener un puntaje de 0-15. Por último, para convertir la variable en dicotómica se tomó como punto de corte a la mediana, que fue igual a 4. Puntajes iguales o inferiores a 4 fueron codificados como 0, y se interpretaron como que la persona percibió una buena comunicación; puntajes superiores a 4 se codificaron como 1, e indicaron que el usuario percibió una comunicación deficiente. A esta variable se le denominó «comunicación».

Para conocer la percepción del usuario con respecto al trato que recibió por parte del personal que lo atendió durante su visita a la UM se preguntó: «Si tuvo contacto con el personal del hospital que le voy a mencionar, indíqueme cómo lo trataron»: vigilancia, informes, trabajo social, caja, archivo clínico, enfermería, médico, camilleros, laboratorio, rayos X, limpieza. Las opciones de respuestas fueron: «muy bien», «bien», «mal» o «muy mal».

La pregunta se transformó en una variable dicotómica que indicó si el usuario percibió un buen o mal trato por parte del personal con el que tuvo contacto en su visita a la UM. Cada pregunta se codificó del 0-3, donde 0 fue muy buen trato y 3 muy mal trato; posteriormente, se calculó la sumatoria de las 11 opciones para obtener un puntaje de 0-33 (solo se consideró a los usuarios que tuvieron contacto con cinco

o más empleados de las diferentes áreas de la UM). Se tomó la mediana como punto de corte para recodificar esta variable como dicotómica. Cuando la nueva variable tomó el valor 0 (puntuación ≤ 7), indicó que se percibió un trato adecuado por parte del personal de salud, y cuando la variable tomó el valor 1 (puntuación > 7), se percibió un trato deficiente. Esta variable se denominó «trato».

También se preguntó: «Indique si vivió alguna de las siguientes situaciones por parte del personal del hospital» con respecto a: maltrato físico, maltrato emocional y/o psicológico, trato desigual, actitud grosera/descortesía, prepotencia, corrupción, maltrato a familiares y/o acompañantes, falta de respeto a su intimidad. Las opciones de respuesta fueron «sí» o «no».

Se construyó una nueva variable dicotómica, que tomó el valor 1 cuando el usuario contestó afirmativamente a una o más de estas situaciones, y el valor 0 cuando contestó negativamente a todas. Esta variable indicó si el usuario percibió alguna de estas situaciones, y se le denominó «experiencias adversas personales».

Por último, se preguntó al usuario si había experimentado alguna de las siguientes situaciones de organización de la UM: impuntualidad, falta de información, desorganización del personal de salud. Las opciones de respuesta fueron «sí» o «no».

Se construyó una nueva variable dicotómica, que tomó el valor 1 cuando el usuario contestó afirmativamente a una o más de estas situaciones, y el valor 0, cuando contestó negativamente a todas ellas. Esta variable indicó si el usuario percibió desorganización en la UM, y se le denominó «experiencias adversas organizacionales».

Metodología estadística

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico STATA 11, y en todas las pruebas estadísticas se utilizaron factores de expansión para ponderar los datos.

Las cuatro variables dicotómicas descritas anteriormente, comunicación, trato, experiencias adversas personales y experiencias adversas organizacionales, fueron analizadas como variables dependientes en modelos de regresión logística para explorar la influencia de los siguientes factores en dicha percepción: sexo, edad, nivel de escolaridad, estado civil, ingreso familiar de acuerdo con el salario mínimo vigente en 2009, uso de medicina alternativa, UM de atención (HFR, INS, HRAE), área de atención, especialidad, condición de salud (enfermedad crónica, aguda, grave, terminal, otras) y limitación para realizar actividades cotidianas.

Resultados

La muestra fue de 2,176 cuestionarios; respondieron 822 hombres (37.85%) y 1,350 mujeres (62.15%). La edad de los hombres fue de 34 ± 24 años y de las mujeres 37.67 ± 21 años. Los individuos muestreados representan a 1,457,964 usuarios de la CCINSAHE después de ajustar por los factores de expansión. En las características generales de la población, considerando los factores de expansión, se observó que el 65% fueron mujeres, el 52% de los usuarios fueron de los INS, el 17% completó la primaria y el 27% la secundaria, mientras que el 15% no tenía escolaridad. El 80% fue atendido en la consulta externa de las UM (Tabla 1).

El modelo utilizado para el análisis permitió conocer las diferencias en la percepción de los usuarios en las distintas UM. Las cuatro variables dicotómicas calculadas midieron la percepción del usuario con respecto a: a) comunicación con el médico; b) trato dispensado por el personal de la UM; c) experiencias adversas personales, y d) organizacionales que estuvieron asociadas significativamente con el tipo de UM donde fue atendido.

- En la comunicación se observó que los usuarios profesionistas percibieron una buena comunicación con el médico respecto al grupo sin escolaridad (razón de momios [RM]: 0.48; $p = 0.003$), para el resto de los grupos no se encontraron diferencias significativas, aunque las RM muestran una tendencia decreciente a percibir una comunicación adecuada conforme aumenta el nivel de escolaridad. Las personas que hicieron uso de la medicina alternativa presentaron más riesgo de percibir una comunicación deficiente con respecto a las que no hicieron uso de la misma (RM: 1.38; $p = 0.018$); así mismo, los usuarios de la consulta externa presentaron un mayor riesgo que los hospitalizados (R: 1.42; $p = 0.031$), mientras que quienes asistieron al servicio de urgencias no presentan diferencias significativas con el grupo de hospitalizados. Con respecto a la UM se observó que los asistentes a los HFR tienen casi cuatro veces más riesgo de percibir una comunicación deficiente con respecto a los que asistieron a los HRAE (RM: 3.69; $p < 0.001$), no así los que asistieron a los INS (Tabla 2).
- Respecto al trato, de acuerdo con el modelo ajustado, los usuarios divorciados o separados mostraron dos veces más riesgo de percibir un trato deficiente con respecto a los solteros, en unión libre, casados o viudos (RM: 2.49; $p = 0.004$). A mayor escolaridad, menor fue el riesgo de percibir

Tabla 1. Características generales de la muestra ajustada

Características	Porcentaje	IC al 95%
Unidad médica		
INS	52	51-54
HFR	45	44-46
HRAE	3	2-3
Sexo		
Masculino	35	33-38
Femenino	65	62-67
Estado civil		
Soltero	44	41-47
Casado/Unión libre	47	44-50
Viudo	6	4-7
Divorciado/Separado	4	2-5
Escolaridad		
Sin escolaridad	15	13-16
Primaria incompleta	15	13-18
Primaria completa	17	15-20
Secundaria completa	27	24-29
Preparatoria/Técnica	18	16-21
Profesional	8	6-9
Área de atención		
Consulta externa	80	79-82
Urgencias	14	13-16
Hospitalización	5	5-6
Especialidad		
Cirugía	31	29-34
Medicina interna	28	26-31
Ginecología y obstetricia	11	10-13
Pediatría	11	10-13
Psiquiatría	5	4-5
Otras	14	11-16
Uso de medicina alternativa		
No	68	66-71
Sí	32	29-34
Limitación para realizar actividades cotidianas		
No	58	55-60
Sí	42	40-45
Tipo de padecimiento		
Crónico	57	55-60
Aguda	21	19-23
Grave	5	4-7
Terminal	2	1-2
Otro	15	13-16

Tabla 2. Modelo para la percepción de la comunicación

Comunicación			
	RM	IC al 95%	p
Escolaridad (categoría de referencia: Sin escolaridad)			
Primaria incompleta	1.11	0.73-1.69	0.633
Primaria completa	0.98	0.64-1.49	0.919
Secundaria completa	0.83	0.56-1.22	0.335
Preparatoria/Técnica	0.72	0.48-1.10	0.132
Profesional	0.48	0.29-0.78	0.003
Uso de medicina alternativa (categoría de referencia: No)			
Sí	1.38	1.06-1.79	0.018
Área (categoría de referencia: Hospitalización)			
Consulta externa	1.42	1.03-1.96	0.031
Urgencias	1.26	0.87-1.82	0.214
Unidad médica (categoría de referencia: HRAE)			
INS	1.21	0.92-1.59	0.175
HFR	3.69	2.67-5.11	< 0.001

un trato deficiente. Sin embargo, la percepción de los que cursaron la primaria completa o incompleta no fue significativamente distinta de la de las personas sin escolaridad. Los que estudiaron la secundaria completa mostraron un riesgo (RM: 0.58; $p = 0.005$) menor de percibir un trato deficiente por parte del personal en comparación con las personas sin escolaridad. Análogamente, entre los usuarios con una carrera técnica o preparatoria, el riesgo de percibir un trato deficiente por parte del personal se redujo (RM: 0.39; $p = 0.000$) en comparación con los usuarios sin escolaridad, y en las personas con estudios profesionales dicho riesgo disminuyó (RM: 0.34; $p = 0.001$) en comparación con el grupo sin escolaridad. Con respecto a la UM, se observó que las personas que asistieron a los HFR presentaron casi cinco veces más posibilidades de percibir un trato deficiente respecto a las que asistieron a los HRAE (RM: 4.63; $p = 0.001$), mientras que los que asistieron a los INS presentaron dos veces más riesgo de percibir un trato deficiente con respecto a los que acudieron a los HRAE (RM: 2.26; $p = 0.006$) (Tabla 3).

En el caso del trato, la interacción entre la UM y el área de atención resultó significativa en el modelo.

Tabla 3. Modelo para la percepción del trato

Trato			
	RM	IC al 95%	p
Estado civil (categoría de referencia: Soltero o casado o unión libre o viudo)			
Divorciado/Separado	2.49	1.34-4.60	0.004
Escolaridad (categoría de referencia: Sin escolaridad)			
Primaria incompleta	0.67	0.44-1.02	0.061
Primaria completa	0.67	0.44-1.01	0.059
Secundaria completa	0.58	0.39-0.85	0.005
Preparatoria/Técnica	0.39	0.25-0.59	0.000
Profesional	0.34	0.20-0.56	< 0.001
Unidad médica (categoría de referencia: HRAE)			
INS	2.26	1.26-4.04	0.006
HFR	4.63	2.35-9.16	< 0.001
Área (categoría de referencia: Hospitalización)			
Consulta externa	1.37	0.77-2.47	0.286
Urgencias	1.54	0.65-3.64	0.329
Unidad médica por área			
INS - Consulta externa	0.72	0.36-1.42	0.345
INS - Urgencias	0.48	0.19-1.24	0.130
HFR - Consulta externa	0.42	0.19-0.91	0.029
HFR - Urgencias	0.32	0.11-0.92	0.034

Para valorar el efecto de dicha interacción se estimó la probabilidad de que el trato percibido fuera inadecuado para cada combinación de UM y área de atención para usuarios sin escolaridad y pertenecientes a la categoría de los solteros, casados, viudos o en unión libre (Tabla 4). En el área de hospitalización de los HFR existió 77% de probabilidad de que los usuarios con dichas características percibieran un trato deficiente, mientras que en la misma área, pero de los HRAE, se observó que 42% de los usuarios percibieron un trato deficiente (Tabla 4).

- Con respecto a las experiencias adversas personales y de acuerdo con el modelo ajustado, se encontró que, a mayor ingreso familiar, mayor fue el riesgo de percibir estas. Sin embargo, la percepción de los usuarios con ingresos superiores a seis salarios mínimos no mostró diferencias

Tabla 4. Probabilidades estimadas para la interacción de unidad médica y área de atención, para el modelo de percepción de trato

	Probabilidad	IC al 95%
INS - Consulta externa	0.62	0.54-0.70
INS - Hospitalización	0.62	0.53-0.72
INS - Urgencias	0.55	0.47-0.63
HFR - Consulta externa	0.66	0.57-0.75
HFR - Hospitalización	0.77	0.68-0.87
HFR - Urgencias	0.63	0.52-0.74
HRAE - Consulta externa	0.50	0.41-0.60
HRAE - Hospitalización	0.42	0.29-0.56
HRAE - Urgencias	0.53	0.35-0.71

*Divorciado se fijó en «No» y Escolaridad en «Sin escolaridad»

significativas con respecto a los que percibieron hasta un salario mínimo, en tanto que los usuarios entre cuatro y seis salarios mínimos presentaron dos veces más riesgo de percibir experiencias personales adversas en comparación con los que tuvieron hasta un salario mínimo como ingreso familiar (RM: 2.18; $p = 0.015$) (Tabla 5). En el caso del nivel de escolaridad, las personas con primaria incompleta o completa presentaron un riesgo menor de percibir una experiencia adversa en comparación con aquellos sin escolaridad, mientras que los usuarios con secundaria completa, carrera técnica, preparatoria o profesional no tuvieron una percepción significativamente diferente de la de los usuarios sin escolaridad. Las personas que hicieron uso de medicina alternativa presentaron más riesgo de percibir una experiencia adversa personal (RM: 1.42; $p = 0.039$); así mismo, los usuarios que presentaron limitación para realizar las actividades cotidianas presentaron dos veces más riesgo de percibir una experiencia adversa personal (RM: 2.00; $p < 0.001$). En la UM se observó que las personas que asistieron a los HFR presentaron casi tres veces más posibilidades de percibir una experiencia adversa con respecto a las que asistieron a los HRAE (RM: 2.54; $p = 0.001$), mientras que los usuarios de los INS presentaron dos veces más posibilidades de percibir una experiencia adversa con respecto a las que asistieron a los HRAE (RM: 2.21; $p = 0.002$) (Tabla 5).

Tabla 5. Modelo para la percepción de experiencias adversas personales en la UM

Experiencias adversas personales			
	RM	IC al 95%	p
Ingreso (categoría de referencia: < \$ 1,600)			
\$ 1,601 - \$ 3,250	0.93	0.63-1.38	0.721
\$ 3,251 - \$ 4,900	1.03	0.64-1.66	0.893
\$ 4,901 - \$ 6,650	1.29	0.71-2.32	0.399
\$ 6,651 - \$ 9,850	2.18	1.16-4.09	0.015
\$ 9,850 +	2.20	0.95-5.10	0.065
Escolaridad (categoría de referencia: Sin escolaridad)			
Primaria incompleta	0.42	0.22-0.81	0.010
Primaria completa	0.50	0.28-0.90	0.022
Secundaria completa	0.92	0.55-1.51	0.729
Preparatoria/Técnica	1.25	0.74-2.10	0.409
Profesional	0.94	0.48-1.81	0.844
Práctica medicina alternativa (categoría de referencia: No)			
Sí	1.42	1.02-1.97	0.039
Limitación (categoría de referencia: No)			
Sí	2.00	1.45-2.76	< 0.001
Unidad médica (categoría de referencia: HRAE)			
INS	2.21	1.35-3.61	0.002
HFR	2.54	1.49-4.35	0.001

- En el caso de las experiencias adversas institucionales organizacionales, se encontró que, a mayor ingreso familiar, mayor fue el riesgo de percibir estas. La percepción de los usuarios con ingresos de hasta seis salarios mínimos no mostró diferencias significativas con respecto a los que percibieron hasta un salario mínimo. Los usuarios con más de seis salarios mínimos presentaron tres veces más riesgo de percibir experiencias adversas organizacionales en comparación con los que tuvieron hasta un salario mínimo (RM: 3.44; $p = 0.001$). Las personas con limitación para realizar sus actividades cotidianas presentaron dos veces más riesgo de percibir una experiencia adversa (RM: 2.20; $p < 0.001$). Los usuarios de la consulta externa presentaron casi cinco veces más riesgo de percibir experiencias adversas en comparación con los hospitalizados (R: 4.80;

Tabla 6. Modelo para la percepción de experiencias adversas organizacionales en la UM

Experiencias adversas organizacionales			
	RM	IC al 95%	p
Ingreso (categoría de referencia: < \$ 1,600)			
\$ 1,601 - \$ 3,250	1.23	0.84-1.82	0.289
\$ 3,251 - \$ 4,900	1.22	0.75-1.97	0.423
\$ 4,901 - \$ 6,650	1.41	0.77-2.57	0.268
\$ 6,651 - \$ 9,850	1.80	0.94-3.42	0.075
\$ 9,850 +	3.44	1.66-7.12	0.001
Limitación en la realización de actividades (categoría de referencia: No)			
Sí	2.20	1.61-3.01	< 0.001
Unidad médica (categoría de referencia: HRAE)			
INS	6.04	1.92-19.04	0.002
HFR	6.92	2.09-22.87	0.002
Área (categoría de referencia: Hospitalización)			
Consulta externa	4.80	1.49-15.48	0.009
Urgencias	2.17	0.52-9.02	0.285

p = 0.009), mientras que quienes asistieron al servicio de urgencias no tuvieron una percepción significativamente diferente de los hospitalizados. Con respecto a la UM, se observó que las personas que asistieron a los HFR presentaron casi siete veces más posibilidades de percibir una experiencia adversa con respecto a las que asistieron a los HRAE (RM: 6.92; p = 0.002), los usuarios atendidos en los INS presentaron seis veces más riesgo de percibir una experiencia adversa organizacional con respecto a las que asistieron a los HRAE (RM: 6.04; p = 0.002) (Tabla 6).

Discusión

En el presente estudio la comunicación con el médico se vio favorecida por el nivel educativo de las personas, mientras que usar medicina alternativa, ser usuario de la consulta externa y provenir de un hospital de referencia estuvo asociado con una percepción deficiente. En el caso de la percepción del trato, influyó positivamente el nivel educativo, mientras que los divorciados o separados y los usuarios de los HFR tuvieron una mayor probabilidad de reportar un trato

deficiente. Para la percepción de experiencias adversas personales y organizacionales influyó tener un ingreso familiar superior a seis salarios mínimos, el uso de medicina alternativa, la limitación para realizar las actividades cotidianas, ser atendidos en la consulta externa y provenir de los INS y HFR.

Un componente esencial del sistema de salud es la comunicación entre médicos y usuarios, ya que cuando las personas entran en contacto con el sistema esperan obtener información sobre el estado de su salud a través de un tiempo razonable con el médico, marcado por el interés en lo que dicen, respecto a sus dudas, proporcionándoles información para poder participar en el control de su salud y así poder recuperarla^{7,9,10,14,16}. Esta situación se vio limitada en los usuarios de la consulta externa de las instituciones, puerta de entrada al sistema de salud, y se vio más comprometida si la persona provenía de un HFR donde el número de usuarios atendidos es mucho mayor que el de un HRAE de reciente creación y ubicados en regiones específicas del país¹¹.

Llama la atención que esta comunicación puede ser percibida de modo deficiente cuando el usuario ha estado en contacto con algún tipo de medicina alternativa, lo que lleva a formular las siguientes preguntas: ¿por qué se percibe una deficiente comunicación en los servicios de salud cuando el usuario ha recurrido a métodos alternativos de salud?; ¿qué diferencias existen entre el servicio de salud y el proporcionado por métodos alternativos? Se ha propuesto como respuesta que el usuario demanda tener el control de su salud así como aspectos culturales y religiosos de los mismos, o bien, debido a las características de la enfermedad, deciden optar por otras alternativas^{10,12,14}.

El trato adecuado es un elemento que contribuye a la buena percepción de las personas en su paso por el sistema de salud⁵. Un usuario satisfecho en la percepción por el trato recibido buscará la atención necesaria cuando lo requiera y cuidará su salud atendiendo a las recomendaciones hechas por su médico^{5,10}; en el presente estudio la percepción del trato recibido por el personal de salud (cinco o más empleados) fue adecuado, y se encontró que, a mayor nivel educativo, mejor percepción del trato. Los usuarios cada vez están mejor informados sobre los avances en la medicina y la comunicación en salud es mayor; esto se convierte en un reto para las diferentes áreas y servicios de las UM, ya que deberán estar preparados para las necesidades de estas personas⁸.

La percepción de experiencias adversas, tanto personales como de organización percibida por el usuario,

estuvo determinada por la UM, que prestó el servicio que es más evidente en la consulta externa, la puerta de entrada para la mayoría de las personas al sistema de salud en este estudio. También se observó que estas experiencias adversas están ligadas a la limitación para realizar actividades de la vida cotidiana, la práctica de algún método de medicina alternativa, ingreso familiar de seis o más salarios mínimos. Se observa que estas variables son parte de la percepción y que el sistema de salud debería tomar en cuenta para mejorar la percepción de los usuarios a su paso por el sistema desde su inicio, durante y al final del proceso de atención^{8,17}.

La organización de cada institución varía, la percepción del usuario de que existe un mal desempeño en la puntualidad, falta de información y desorganización del personal se evidencia al obtener los riesgos más elevados de una percepción adversa en los INS y los HFR en comparación con los HRAE; la saturación del servicio, sobre todo en la consulta externa, se manifiesta en el presente estudio, lo que abre una ventana de posibilidades para los tomadores de decisiones¹. Existen elementos que pueden ser más ampliamente estudiados para saber de qué manera están influyendo en esa percepción, como la práctica de la medicina alternativa, el nivel de escolaridad, el ingreso familiar, la limitación en la realización de actividades cotidianas y el paso por la consulta externa¹.

En el presente estudio se muestra que la percepción del usuario depende de la UM donde recibió el servicio, tal como se ha reportado en otros estudios realizados en México; las evaluaciones más deficientes en comunicación, trato y experiencias adversas, tanto de organización de la institución como personales al apreciar maltrato u corrupción, entre otras, fueron para los acudientes a los HFR y a la consulta externa; esto puede explicarse debido a la carga de trabajo que presentan, tradicionalmente percibidas para atender a los más necesitados^{5,11}. La mejor percepción fue para los HRAE, ya que son de reciente creación y con un número menor de usuarios que atender. En otro estudio realizado en el Estado de México, las UM de la Secretaría de Salud salen mejor evaluadas que otros prestadores de servicio como el IMSS o el ISSSTE, donde además se expone que los usuarios regresarían al mismo hospital por no tener otra opción de atención^{5,17}.

La experiencia de ver comprometida la salud y la vida, comúnmente, está asociada al dolor, el sufrimiento y las preocupaciones; esto podría influir en la percepción del trato con los servicios otorgados en las

instituciones de salud. La situación que surge, que podríamos denominar «la paradoja del enfermo satisfecho», se debe a que, a pesar de las limitaciones y afectaciones provocadas por la condición de salud física y mental, así como de las modificaciones en el mundo de vida de los usuarios y sus familiares, las calificaciones son altas¹⁵.

Agradecimientos

A Juan Carlos López Alvarenga, por su consejo en el análisis estadístico, Arturo Díaz Villanueva y Ana María Navarro García.

Se contó con el apoyo del Fondo Sectorial de Salud del CONACYT con número de registro 1-2009-112890.

Bibliografía

1. Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull WHO*. 2000;78(6):717-31.
2. Valentine N, De Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CJ, Evans DB. Health system responsiveness: concepts, domains and operationalization. In: Murray CJ, Evans DB, eds. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva: World Health Organization; 2003. p. 573-96.
3. Puentes Rosas E, Ruelas E, Martínez Monroy T, Garrido Latorre F. Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios. *Salud Pública Méx*. 2005;47 Suppl 1:12-21.
4. Evans DB, Tan-Torres Edejer T, Lauer J, Frenk J, Murray CJL. Measuring quality: from the system to the provider. *Int J Qual Health C*. 2011;13(6):439-46.
5. Puentes Rosas E, Gómez Dantés O, Garrido Latorre F. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Rev Panam Salud Pública*. 2006;19(6):394-402.
6. Peltzer K. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:117. doi: 10.1186/1472-6963-9-119.
7. Coulter A, Jenkinson C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *Eur J Public Health*. 2005;15(4):355-60.
8. Ducuara Mora PE, Garzón Cortes KI, Álvarez Cely DX, Vidal Rivera YA. Experiencias de la satisfacción en salud en instituciones sanitarias de los sectores públicos y privados. *Revista CES Salud Pública*. 2011;2(2):204-17.
9. Verlinde E, De Laender N, De Maesschalck S, Deveugele M, Willems S. The social gradient in doctor-patient communication. *International Journal for Equity in Health*. 2011;11:12.
10. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del «cuánto» al «por qué»: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Méx*. 1997;39:442-50.
11. Página de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. <http://www.ccinshae.gob.mx/>. Consultado el 19 de enero de 2012.
12. Sistema Nacional de Indicadores en Salud (INDICAS). Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Secretaría de Salud. www.calidad.salud.gob.mx. Consultado el 15 de febrero de 2012.
13. Programa de acción específico 2007-2012. Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/pa_sicalidad.pdf. Consultado el 26 de junio de 2012.
14. Jastin JA. Why patients use alternative medicine. *JAMA*. 1998;279(19):1548-53.
15. Hamui L, Fuentes R, Aguirre R, Ramírez OF. Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México. Un estudio de satisfacción con la atención médica. México D.F. Facultad de Medicina, UNAM, 2013.
16. Kowal P, Naidoo N, Williams SR, Chatterji S. Performance of the health system in China and Asia as measured by responsiveness. *Health*. 2011;3(10):638-46.
17. Ortiz Espinosa RM, Muñoz Juárez S, Lechuga Martín del Campo D, Torres Carreño E. Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. *Rev Panam Salud Pública*. 2003;13(4):229-38.