



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

**CENTRO UNIVERSITARIO UAEM AMECAMECA
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM VALLE DE CHALCO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM NEZAHUALCOYOTL**

MAESTRÍA EN SOCIOLOGÍA DE LA SALUD

Política y Administración de la Salud

**“Significados de los profesionales
de la salud entorno a la calidad de atención
en Hospitales de Segundo Nivel
del Instituto de Salud del Estado de México”**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRO EN SOCIOLOGÍA DE LA SALUD**

PRESENTA

LIC. JOSÉ RICARDO ALBARRÁN FUENTES

DIRECTOR

DR. EN A. OMAR ERNESTO TERÁN VARELA

COMITÉ TUTORIAL

DR. EN C.S.C. DONOVAN CASAS PATIÑO

M. EN N.C. MARÍA DE LOS ÁNGELES MAYA MARTÍNEZ



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
Programa Nacional de
Posgrados de Calidad, PNPC

AGRADECIMIENTOS

*“La única diferencia entre el éxito y el fracaso es la capacidad de actuar”
Alexander Graham Bell*

A la Universidad Autónoma del Estado de México
Por la oportunidad de formar parte de gran institución educativa

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
Por la beca otorgada para realizar el proyecto de investigación

Dr. en A. Omar Ernesto Terán Varela
Por el apoyo y la Confianza para formar parte de su equipo de investigación

Dr. en C.S.C. Donovan Casas Patiño
Por el apoyo constante para finalizar la investigación

M. en N.C. María de los Ángeles Maya Martínez
Por la confianza y las observaciones realizadas para la investigación

A los docentes de la Maestría en Sociología de la Salud
Por sus contribuciones para mi formación profesional y personal

A mis compañeros de Generación
Por su amistad, y colaboración

A mi familia
Por ser mi motor para culminar mis estudios

Índice

INTRODUCCIÓN	5
1. REVISIÓN DE LA LITERATURA	7
1.1. Marco Teórico	7
1.1.1. Aproximación al significado de Calidad.....	9
1.1.2. Estructura categórica del significado de Calidad de la Atención	10
1.1.3. Ley en materia de salud en México.....	14
1.2. Estado del Arte	16
1.3. Marco Conceptual	17
1.3.1. Calidad.....	17
1.3.2. Calidad de atención médica, sanitaria, hospitalaria y en salud.	17
1.3.3. Paciente o Usuario	21
1.3.4. Profesional de la Salud	21
1.4. Delimitación Teórica del Objeto de Estudio.....	23
1.4.1. Planteamiento del problema	23
1.4.2. Pregunta de investigación	25
1.4.3. Justificación	25
1.5. Objetivos de la investigación.....	26
1.5.1. Objetivo general.....	26
1.5.2. Objetivos específicos.....	26
1.6. Diseño Metodológico	26
1.6.1. Alcances de la investigación.....	27
1.6.2. Descripción de la muestra, Criterios y procedimientos.	28
1.6.3. Procedimientos	29
1.6.4. Instrumentos de recolección de datos.....	30
1.7. Resultados y discusión	32
1.7.1. Datos generales.....	32
1.7.2. Variable atención recibida.....	33
1.7.3. Variable Tiempo de espera	41
1.7.4. Variable surtimiento de medicamentos.....	45
1.7.5. Variable gasto de bolsillo	49
1.7.6. Variable trato digno	53

1.7.7. Variable calidad de atención	58
1.8. Conclusión	64
1.9. Aportación desde la mirada de la sociología de la salud	66
2.0. Anexos	68
Bibliografía	71

INTRODUCCIÓN

La presente investigación busca conocer el significado en torno a la calidad de atención que se otorga y se recibe en un hospital de segundo nivel de atención ubicado en la zona oriente del Estado de México, significado que es construido por los profesionales de la salud, la calidad de atención de los servicios de salud otorgados y recibidos en los Sistemas de Salud (SS) es una prioridad a nivel mundial, independientemente del contexto económico y social en el que se encuentra cada país, en este sentido la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en septiembre del 2015 aprobó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (DS), que incluye 17 objetivos que establecen una visión transformadora hacia la sostenibilidad económica, social y ambiental. (ONU, 2015).

La agenda 2030 del (DS) en su objetivo 3 y conformado por 13 metas que se centran directamente en la salud de la sociedad en todos los países y que establece “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. (OMS, 2016).

Las 13 metas están entrelazadas entre si y su eje transversal es mejorar la igualdad para responder a las necesidades de la sociedad a nivel global, por ello es importante destacar la meta 3.8 de la agenda 2030; “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos” (OMS, 2017), en cumplimiento de lo anterior, la (OMS) señala que la calidad de la atención proporcionada por los sistemas sanitarios contribuye a los esfuerzos para alcanzar el objetivo 3 del (DS), (OMS, 2017).

La (OMS) define a un Sistema de Salud como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de la población, (OMS, 2005), por otra parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS), busca contribuir y mantener sistemas de salud

fuertes y resilientes, centrados en las necesidades de las personas y de buena calidad. (OPS, 2017).

En México el Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Pablo Kuri, advirtió que los Objetivos del Desarrollo Sostenible 2030 solo se alcanzaran si se logra la cobertura universal efectiva de servicios de salud, preventivos, curativos y de calidad, con la participación decidida del gobierno, sociedad y la comunidad internacional.(SSa, 2016).

En nuestro país alcanzar el objetivo 3 representa grandes desafíos, históricamente el Sistema de Salud mexicano ha mostrado una segmentación y fragmentación, lo que representa retos en términos de calidad de atención en los servicios de salud.

En una investigación de los (SS) en México Corona (2017) menciona que:

El sistema de Salud de México debe transformarse de ser un conjunto de subsistemas verticales, a uno que responda a las necesidades cambiantes de los individuos y las comunidades a lo largo de todo el ciclo de vida, capaz de ofrecer un cuidado continuo, personalizado, proactivo y con orientación preventiva, además de ser rentable y sustentable.

De acuerdo a la “Carta de las Naciones Unidas”, todos los miembros que acepten las obligaciones previstas en ella y que, a juicio de la organización sean capaces de cumplir y estén dispuestos a hacerlo. (ONU, 2010), México adquirió dicho compromiso el 7 de Noviembre de 1945; Por consiguiente como miembro de las naciones unidas el gobierno Mexicano sigue vinculando en términos de planeación e implementación los objetivos del (DS) en los (SS).

Destacando que la base fundamental de la investigación se centra en la calidad de la atención hospitalaria en México, mediante una reconsideración de los enfoques de medición que evaluaron más allá de la perspectiva y percepción de los usuarios y profesionales de la salud, permitiendo llegar al significado social que se construye en torno a la calidad de la atención hospitalaria, permitiendo formular estrategias basadas en la teoría de los significados, primero identificando los

elementos que participan en la percepción de los usuarios y posteriormente en los discursos de los profesionales de la salud.

Se realizó una revisión no exhaustiva del concepto y definiciones de Calidad de Atención Hospitalaria registrados en la literatura especializada, tanto de organizaciones a nivel mundial como de autores que han realizado investigaciones de prestigio y reconocimiento científico, la primera fase consistió en utilizar una metodología cuantitativa para capturar la percepción de los usuarios en torno a la calidad de atención que recibió, en la segunda fase se utilizó una metodología cualitativa para capturar los discursos de los profesionales de la salud utilizando las categorías de atención recibida, tiempo de espera, surtimiento de medicamentos, gasto de bolsillo, trato digno y calidad de atención, finalmente se describen los resultados y se hacen aportaciones encaminadas a las problemáticas en Sociología de la Salud.

1. REVISIÓN DE LA LITERATURA

1.1. Marco Teórico

Se muestra el fundamento teórico que permite el acercamiento a la comprensión de la realidad en torno a la calidad de atención hospitalaria mediante la construcción del significado.

La persona como agente social busca y crea significados en el entorno al relacionarse con él, estos significados no son construidos al momento, sino que vienen modulados por la cultura y la estructura social dentro de la cual la persona opera (Valera, 1993). Según Strauss y Quinn, los significados son: “la interpretación evocada en una persona por un objeto o evento en un tiempo determinado” para Noguera y Muños, 2014 los significados surgen en las personas en respuesta al mundo exterior en que ellas se encuentran.

Arakaki (2013) menciona que los significados, coexisten en la misma o en diferentes personas, pueden haberse originado en el aprendizaje teórico, en la experiencia personal o laboral, implican diferentes emociones y sentimientos

como: ansiedad, esperanza, pasión, felicidad, alegría, orgullo, temor, frustración, desilusión, indignación, resignación, angustia. Esto coincide con Vergara (2011), donde menciona que es en la interacción social donde se van creando formas de significancia de los sucesos que permiten la construcción de una realidad compartida, es en esta interacción donde se instalan las bases que posibilitan a los sujetos ir construyendo formas propias de interpretación y de vivencia.

El significado no es un evento aislado, que se da de manera individual, solamente a partir de las ideas del sujeto, va más allá de eso, el sujeto está envuelto en dinámicas históricas, culturales y sociales, es un proceso social-dinámico, que se manifiesta a través del habla, es decir, la manera en cómo se narran, se interpretan y se significan. Recuperan la voz del sujeto considerándolo como agentes del saber y el hacer, portadores de emociones, memorias e historias de vidas cuyas identidades se ven trastocadas cuando irrumpe la enfermedad; las narrativas constituyen elementos clave para describir y dar significado social (Hernández, 2016; CONAMED, 2007).

Por ejemplo, la configuración del significado del trabajo se da al momento de socializar con y en el trabajo, donde los elementos que constituyen la relación como el lugar, el ambiente, las relaciones y los sentimientos de satisfacción, riesgo o motivación hacia el trabajo, son fundamentales para que dicha configuración se dé de determinada manera (Romero, 2016).

El significado dentro de un paradigma sociocultural contempla a la persona como un agente social más que como un individuo autónomo que tiene necesidades para satisfacer, o lleva a término objetivos personales, la persona como agente social busca y crea significados en el entorno al relacionarse con él, no son construidos al momento, sino que vienen modulados por la cultura y la estructura social dentro de la cual la persona opera (Varela, 1993). Dentro de este paradigma destacan, por ejemplo, el estudio de Noguera y Muños (2014), sobre los significados que un grupo de gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia, le asignan diferentes significados a la situación de enfermedad, durante la enfermedad las mujeres del estudio tienen más apego por

las creencias religiosas, pues la situación acrecienta la fe en Dios y genera agradecimiento por los favores recibidos.

Abánades 2009 menciona en su artículo que el significado de los nombres son objetos localizados en el mundo, y nuestras proposiciones predicen algo de esos objetos, el teórico Wittgenstein “hace referencia a la adecuada selección de los significados de los nombres: aquí ya se muestra que una proposición tendrá un sentido o tendrá otro según qué significado demos a los nombres que en ella aparecen.”

Para Wittgenstein según la cual las palabras tienen significado en función de cómo se las entiende. El autor se aproxima a la postura tradicional del significado al inventar una metáfora: la palabra tiene un rostro: “Cada palabra –quisiéramos decir– puede ciertamente tener un carácter distinto en distintos contextos, pero siempre tiene un único carácter, un único rostro, (Jacorzynski, Witold, 2011).

Cegarra (2012) retoma a Pintos (1995), en su artículo donde cita la definición de Imaginario Social como: “Aquellas representaciones colectivas que rigen los sistemas de identificación y de integración social y que hacen visible la invisibilidad social”, Pintos (1999). Por su parte Agudelo, (2011) menciona en su artículo que la definición de Castoriadis sobre Imaginarios Sociales, va de lo mítico crítico a lo simbólico, es decir:

“La comprensión de la realidad social de los sujetos que conforman el grupo permite desvelar las significaciones producidas en dichas interacciones, las configuraciones simbólicas, las formas y medios que cohesionan, articulan o desarticulan, las líneas de sentido, las repeticiones que producen sentido, las acciones desmesuradas, los gestos consientes o inconscientes, así como los discursos que se tejen y trenzan maneras de ver la realidad”.

1.1.1. Aproximación al significado de Calidad.

Existen algunos estudios científicos y creencias populares sobre la calidad de atención hospitalaria (CAH) y que en la práctica los profesionales de la salud y los usuarios le otorgan diversos y complejos significados, el significado social de la

CAH detalla las diversas maneras en que la gente identifica, percibe, imagina, usa, recibe, escucha, desea la atención hospitalaria; el significado de las vivencias en el sector salud como conocimiento fundamental para la CAH, es así que debe estudiarse y analizarse desde la propia disciplina y no solamente desde las oficinas o centros de investigación en salud, sino en ámbitos hospitalarios y clínicos a fin de explorar el contexto cultural en el cual los seres humanos se desenvuelven (Noguera y Muños, 2014), La relación que se establezca entre el sujeto y la realidad está mediada al menos por dos factores, el primero, los recursos cognitivos que tiene el sujeto tanto para conectarse con su medio (físico e interpersonal), como para crear una perspectiva personal, una teoría sobre sí mismo, el mundo y los otros, desde la experiencia misma con esa realidad (Vergara, 2011).

Una de las decisiones más importantes del análisis cualitativo se manifiesta cuando la información obtenida debe ser condensada para poder así pensar en significados, en sentidos, en categorías y, finalmente, en conclusiones. La información que se presenta es infinita y por ello se debe almacenar, pre-codificar, codificar, cortar, agregar, examinar y considerar (Schettini y Cortazzo, 2015).

1.1.2. Estructura categórica del significado de Calidad de la Atención

Una categoría puede definirse como una abstracción de las características y atributos de los fenómenos de estudio, que contribuye a organizar la visión de la realidad, (Vicencio, 2011).

Los resultados del estudio de los significados en torno a la calidad de atención hospitalaria, realizada en la relación del profesional de la salud y usuarios permitieron observar la construcción de ciertas categorías que construyen la relación del significado, las cuales son:

- a) Atención otorgada
- b) Tiempo de espera
- c) Medicamentos
- d) Gasto de bolsillo
- e) Trato digno

f) Calidad de atención

1.1.2.1. Atención otorgada

Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo para prevenir, tratar o rehabilitar de una enfermedad, Martínez de los Santos *et al.* (2015) encontraron que la atención que ofrece el personal de enfermería se debe reflejar en el trato proporcionado, tiene la obligación de ofrecer un Trato Digno ante cualquier paciente, es decir, el saludo amable de la enfermera hacia la paciente, la presentación del personal de salud, hablar a la paciente por su nombre, la explicación de actividades o procedimientos que se van a realizar, salvaguardar la intimidad del paciente, hacerlo sentir seguro, tratarlo con respeto, brindar información acerca de los cuidados posteriores al procedimiento, no solo a la paciente sino también al familiar responsable.

1.1.2.2. Trato digno.

Trato, se refiere a los aspectos no médicos y al sistema de salud como un todo, no únicamente a la interacción personal del servicio de salud, además de que se basa en expectativas legítimas y de carácter universal de los individuos (SSa, s/f).

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2015), lo define como “el que deben recibir los usuarios de los servicios de salud, específicamente en tiempos de espera, surtimiento de recetas e información que recibe el paciente sobre su diagnóstico y tratamiento”.

El trato digno es un indicador en la evaluación de la calidad de atención hospitalaria, la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) lo define como: “El derecho de quien demanda servicios de salud a ser tratado como persona con todas las implicaciones de este concepto, y a no ser sujeto de una relación asimétrica debido a una incapacidad física o a desigualdad en la posesión de la información (DGED, 2016). Para Nava y Zamora (2010) es la percepción que tiene el paciente o familiar, del trato y la atención proporcionada por el profesional de enfermería durante su estancia hospitalaria, un elemento de la dimensión interpersonal, cuyas características son: respeto, información, interés, amabilidad y atención médica efectiva, en la atención de los usuarios de los servicios de salud

(Nava y Zamora, 2010). Debe seguir criterios importantes como la presentación del personal, su actitud hacia el paciente, así como la información que le brinda respecto a su estado de salud (Martínez de los Santos, Gómez Hernández y Lara Gallegos, 2015). El trato digno es la percepción que tiene, el paciente o familiar de la relación y atención prestada por el profesional de salud durante su estancia hospitalaria.

1.1.2.3. Tiempo de espera.

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud define el tiempo de espera como: El tiempo transcurrido entre el momento en que al usuario se le asigna horario de consulta, sea éste predeterminado en el carné, por estar citado o registrado en una ficha, por ser paciente espontáneo, y el momento en que pasa al consultorio a recibir la atención (SSa, 2002)

La Secretaria de Salud define los tiempos de espera como: el promedio de minutos que transcurren entre el momento en que el usuario solicita la atención en el servicio y el inicio de esta por el médico” (SSa, 2006), para el Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública, la espera para acceder a la atención de la salud puede abarcar distintos ámbitos: espera para recibir atención ambulatoria, para recibir atención hospitalaria, para someterse a estudios de diagnósticos y para recibir procedimientos terapéuticos, quirúrgicos o de rehabilitación. Por lo tanto, un paciente que requiere atención médica puede circular por varias listas de espera hasta recibir un procedimiento clínico que tenga un impacto sustantivo en su estado de salud. Dentro de esta categoría destacan, por ejemplo, los estudios de Fontova Almató, Juvinyà Canalb, y Suñer Solerb (2015), donde mencionan que la percepción del tiempo de espera es uno de los factores determinantes de la satisfacción global de los pacientes, tanto en la atención de enfermería como en la visita médica. La rapidez con la que una persona que asiste a un servicio de urgencia y recibe atención una vez que llega a este, sin tomar en cuenta la capacidad resolutive o calidad de esta (CONEVAL, 2018).

1.1.2.4. Surtimiento de medicamentos

Se entiende por medicamento a toda preparación o producto farmacéutico, que está destinado a la prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o estado patológico o para modificar un estado fisiológico en beneficio de la persona a quien se lo administra (Donato, 2017).

El Reglamento para el Surtimiento de Recetas y Abasto de Medicamentos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en su artículo 3 lo define como: La provisión de medicamentos necesarios para la atención médica de los pacientes en las unidades médicas mediante el formato autorizado, sea digital o manuscrito, expedido por el médico tratante, mediante el cual se prescribe el o los medicamentos necesarios para el tratamiento del paciente, y con el cual se surten los medicamentos por parte de las farmacias en las Unidades Médicas o de las farmacias alternas designadas por el Instituto.

1.1.2.5. Gasto de bolsillo.

La secretaria de Salud lo define como: Pago directo que se realiza en el momento de requerir atención médica y que pone en riesgo de empobrecimiento a las familias de bajos ingresos (SSa, 2002).

CONEVAL (2018) lo define como: Gasto directo de los consumidores en productos y servicios de atención sanitaria, que, en general, incluye consultas, hospitalizaciones, medicamentos, estudios de laboratorio o gabinete, procedimientos ambulatorios y medicamentos, entre otros. Excluye las erogaciones realizadas por concepto de seguros privados y los reembolsos producto del uso de estos.

Es el gasto privado y equivale fundamentalmente a los gastos en efectivo de las familias para cubrir necesidades de salud, incluye el gasto en aseguramiento privado (prepago) y el gasto directo en servicios de salud particulares y medicamentos (Carreón, Guijardo e Ibarra, 2012).

1.1.2.6. Calidad de atención

1.1.3. Ley en materia de salud en México

Artículo 1°, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

- En los Estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece.

Artículo 4°, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

- Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de ésta Constitución.

Artículo 2°, El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y

- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

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

ARTÍCULO 7o.- Para los efectos de este Reglamento se entiende por:

- I.- ATENCIÓN MÉDICA.- El conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, así como brindarle los cuidados paliativos al paciente en situación terminal;
- II.- DEMANDANTE.- Toda aquella persona que para sí o para otro, solicite la prestación de servicios de atención médica;
- III.- ESTABLECIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA.- Todo aquel, público, social o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios;
- IV.- PACIENTE AMBULATORIO.- Todo aquel usuario de servicios de atención médica que no necesite hospitalización;
- V.- SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA.- El conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención, curación y cuidados paliativos de las enfermedades que afectan a los usuarios, así como de la rehabilitación de los mismos, y
- VI.- USUARIO.- Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

Plan Sectorial de Salud 2013-2018

Es el instrumento que tiene como objetivo traza la ruta que se habrá de seguir en los próximos años para cimentar las bases de un Sistema Nacional de Salud Universal, donde los mexicanos independientemente de su edad, lugar de residencia y condición laboral, tenga acceso a los servicios de salud con calidad.

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

Ha definido como uno de sus objetivos, proporcionar a los pacientes trato digno y atención médica efectiva, ética, y segura como elementos que definen la calidad, para lo cual en el contexto de la primera estrategia de la Cruzada, “Impulso al Cambio”, se han definido criterios en forma sectorial para estandarizar el monitoreo de indicadores que permitan generar evidencias de resultado sobre las mejoras de la calidad en los servicios de salud del país.

1.2. Estado del Arte.

Este trabajo de grado tiene como propósito analizar el significado que se construye en los profesionales de la salud y usuarios en torno a la calidad de atención hospitalaria recibida y otorgada, utilizando la teoría de los significados del escritor Ludwig Wittgenstein en un hospital de segundo nivel de atención del instituto de salud del Estado de México ubicados en la zona oriente del estado de México, se utilizaron y fusionaron dos instrumentos de medición de la calidad de atención ya validados y utilizados en México por la secretaria de salud el primero es el Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de Servicios de Salud (MOSSSESS), es una herramienta de evaluación “Cédula de evaluación de satisfacción”, permite verificar la satisfacción de los afiliados al seguro popular en las unidades de salud de los 3 niveles de atención, (SP, 2017), el segundo es una herramienta que permite registrar y monitorear indicadores de calidad en las unidades de los servicios de salud en consulta externa y urgencias (F1 TD/02), Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), el Sistema Nacional de Salud integra evidencias de mejora de la calidad técnica, calidad percibida y calidad en la gestión adecuado a las necesidades de información y evaluación de líneas de acción del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), (SSa, 2017)., quienes utilizaron como base el sistema de Calidad de Atención de Salud del Dr. Abedis Donabedian, considerado como el pionero y fundador del estudio de la calidad de la atención a la salud, para esto se presenta la información sistemática que se realizó mediante la búsqueda en las siguientes bases de datos académicas, como: Fundación Dialnet, SciELO - Scientific Electronic Library Online, Sistema de Información Científica Redalyc, Google

Scholar (Google Académico), con las siguientes palabras claves: Significados, Imaginarios Sociales, calidad de atención (hospitalaria, salud, medica), pacientes, profesionales de la salud y hospital de segundo nivel de atención, a fin de conocer, y analizar información teórica, metodológica y conceptual de las investigaciones generadas en torno a las palabras claves antes mencionadas. En lo que respecta al tema de calidad de atención hospitalaria, se buscó información sobre atención recibida, tiempo de espera, surtimiento de medicamentos, gasto de bolsillo, trato digno y calidad de atención.

1.3. Marco Conceptual

En este apartado se incluye el referente conceptual de las palabras claves que conforman la investigación con el propósito de facilitar la comprensión.

1.3.1. Calidad.

Para Edwards Deming (1989), citado por Evans, y Lindsay (2005), la calidad es reducción de costos gracias a una disminución de reproceso, errores y demoras, así como, a un mejor uso del tiempo y el material.

Kaoru Ishikawa, (1981), conceptualizaba la calidad como un proceso continuo, a lo largo del ciclo de vida de un producto, no sólo durante la producción, el autor consideraba que llegar a un control de calidad total se lograba con la participación de todos los empleados con el apoyo y el liderazgo del presidente, así cualquier empresa, puede crear mejores productos y servicios a menor costo, al tiempo que aumentan sus ventas, mejoran las utilidades y convierte la empresa en una organización superior (Ishikawa, 1986).

1.3.2. Calidad de atención médica, sanitaria, hospitalaria y en salud.

Para la Organización Mundial de Salud (OMS) la calidad de atención sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios, diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores, los conocimientos del paciente, del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso (OMS, 2017). En 1972 el

Instituto de Medicina de EEUU, define la calidad de atención médica como el grado en que los servicios de atención en salud incrementan la probabilidad de alcanzar un resultado deseado en salud y son consistentes con conocimientos profesionales actualizados.

Una de las aportaciones más sustanciosa al estudio de la calidad de atención sanitaria se le debe al Dr. Avedis Donabedian, quien es considerado como el pionero y fundador por sus aportaciones sobre el tema, y que gracias a su análisis multifactorial, él identifica una serie de elementos que facilitan la comprensión de la calidad de atención sanitaria; a través del tiempo, de sus experiencias y aportaciones logro transformar el pensamiento sobre la calidad de atención sanitaria lo que dio respuesta a los problemas de los sistema de salud.

Donabedian agrupo tres componentes fundamentales que facilitan la comprensión para el acercamiento a la calidad de la atención en los sistemas sanitarios: componente técnico, componente interpersonal y componente del entorno.

- Componente técnico: Es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona, de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos entre la asistencia que se presta, los avances científicos y la capacitación de los profesionales, lo que implica la ejecución y cumplimiento de todos los procedimientos con destreza.
- Componente interpersonal: La relación entre los usuarios internos y externos, debe seguir las normas y valores entre la interacción de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona, considera al conjunto de actitudes y al comportamiento del profesional de la salud todos sus niveles que redundan en la atención del usuario o cliente.
- Componente del entorno: Se le denomina también la capacidad de respuesta, tiene que ver con la capacidad operativa o de funcionalidad de los servicios de salud, de cómo se organiza y está dispuesta para atender al usuario considerando todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable.

Posteriormente dio a conocer mediante un enfoque sistémico un modelo de análisis de la calidad de atención sanitaria que se definía por las dimensiones de Estructura, Proceso y Resultado (Ver figura 1), este modelo constituyen hoy día uno de los paradigmas dominantes en la evaluación de la calidad de atención sanitaria (Frenk, 2000).

- En la **estructura** engloba los recursos humanos, materiales, tecnológicos y organizacionales de los lugares donde se proporciona la atención; parten del condicionamiento para verificar si los recursos están disponibles y organizados para facilitar la atención de los servicios de salud.
- En el **proceso** incluye todo lo que el personal de salud hace por los usuarios de los servicios, la habilidad y la destreza con que lo realiza; sumando lo que los propios usuarios hacen por ellos mismos.
- Los **resultados** los cambios que se obtienen en la salud derivados del servicio otorgado, buenos o malos; la satisfacción del usuario y del personal de salud; el conocimiento que se genera durante la atención para las personas que reciben los servicios y para los que lo otorgan.

Figura 1.- Modelo de Calidad de Atención



Donabedian define que la atención sanitaria tiene mayor o menor calidad en la medida que sus atributos se aproximen a los del prototipo, convencido de la validez de sus postulados el menciona en 1996 “Cualquier método o estrategia de garantía de calidad que se explique será exitosa”.

Por su lado México también ha desarrollado un avance paulatino y permanente en la mejora de la prestación de los servicios de salud, el Dr. Aguirre Gas lo define como otorgar atención oportuna al usuario, conforme a los conocimientos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución (Ochoa, 2011), por su parte la Secretaria de Salud (2012) define la calidad de atención medica como el grado en el que un conjunto de características inherentes, cumplen la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita y obligatoria.

Grado mediante el cual los servicios de salud, para los individuos y las poblaciones, incrementan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional más actual (CONEVAL, 2018).

La Comisión Nacional de Sistema de Protección Social en Salud en el 2007 define la calidad de la atención como “Otorgar al usuario atención médica con oportunidad, seguridad y competencia, ofreciendo el mayor beneficio con el menor riesgo, utilizando los medios disponibles”.

La calidad va dirigida a diferentes aspectos en las actividades de una organización, y esta ha ido evolucionando a través de los años, actualmente ha alcanzado protagonismo en todas las esferas multidisciplinarias; pocos pueden definir la calidad en términos o conceptos que se pueda medir y traducir en términos formales, la mayoría la define el usuario como juicio propio, quedando satisfecho si recibe todo lo que él esperaba recibir o más. Así la calidad es ante todo satisfacción del usuario. En términos generales la calidad es definida según el contexto donde se desarrolle, hay autores que en algún momento de su vida conceptualizaron la calidad y que a la fecha se siguen utilizando sus trabajos.

En la actualidad se busca mejorar la calidad de los productos y servicios, el sector salud es una prioridad en la mejora continua, no sería comprensible hablar de salud sin asociar el concepto de calidad. El conocimiento científico y técnico puede generar productos o servicios de alta calidad; sin embargo, la aceptación del consumidor es la que, finalmente, valida aquel juicio (Donabedian, 1993), La calidad en salud está ligada a los servicios y sistemas públicos que los brindan, es así que la calidad es innovación, transparencia, participación, eficiencia, y demás actores que intervengan en la acción pública en salud (Casas y Rodríguez, 2018).

1.3.3. Paciente o Usuario

La Secretaria de Salud (2012), a través, de la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, publicada en el diario oficial el 30 de Noviembre de 2012, define al paciente como “Beneficiario directo de la atención médica”, así mismo el Instituto de Salud del estado de México (ISEM, 2005), define al paciente como: “Usuario es toda aquella persona de sexo masculino o femenino que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica”.

Los pacientes o usuarios del servicio sanitario son los que solicitan la atención. Ellos quieren ser atendidos para su mejora física y mental, para que se les alivie el dolor o la molestia (Villegas y Rosa, 2003). En la NOM-197-SSA1 (2000) se define al paciente ambulatorio como “usuario de los servicios de salud que no requiera hospitalización”. las características que deben considerarse para medir la satisfacción de los pacientes son la edad, el sexo, el nivel educativo, el ingreso económico, las expectativas ante los trabajadores de la salud y el estado de salud (Rios y Luzeldy, 2004), por otra parte, Hernández (2012), menciona que las características del paciente son los atributos o cualidades que lo distinguen de otros, por ejemplo: sus datos sociodemográficos (edad, sexo, ocupación, escolaridad, estado civil, lugar de residencia, ingreso económico entre otros), biológicos (antecedentes patológicos y diagnostico principal) y psicológicos.

1.3.4. Profesional de la Salud

La OMS en el Informe sobre la salud en el mundo (2006) define al personal sanitario como “Todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como

principal finalidad promover la salud”. Los profesionales de la salud son los que proporcionan la atención a los usuarios y necesitan disponer de recursos para poder desempeñar sus funciones, estos profesionales necesitan a su vez libertad, para actuar ante el problema de salud (Villegas y Rosa, 2003).

La Secretaria de Salud (2012) a través de la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, publicada en el diario oficial el 30 de Noviembre de 2012, define al profesional de la salud como “Persona que ejerce una profesión, actividad técnica, auxiliar o de especialidad en salud, quedando sujeta a lo establecido en las disposiciones jurídicas aplicables para el ejercicio de dicha actividad” (SSa, 2012).

CONEVAL (2018), Es todo recurso humano para la salud que reciben algún entrenamiento para ejecutar tareas relacionadas con el otorgamiento de servicios de salud personales o poblacionales.

Cuadro 1. Personal sanitario involucrado en el proceso de atención.

Personal de salud		
Médico y paramédico	Administrativo	Apoyo al paciente
<ul style="list-style-type: none"> • Médico especialista, cirujano general, residentes • Enfermera, nutriólogos, terapeutas, asistentes médicos, • Técnicos de la salud, paramédicos, trabajadores sociales • Camilleros 	<ul style="list-style-type: none"> • Recepcionistas • Archivistas • Personal en farmacia • Personal de orientación e información • Personal de vigilancia y limpieza 	<ul style="list-style-type: none"> • Familia nuclear (padres y hermanos), extendida (abuelos, tíos, primos) amigos cercanos. • Cuidadores, compañeros en grupos educativos(Servicio proporcionado por el hospital) • Grupos de base comunitaria. • Organizaciones de pacientes.

Elaboración propia, fuente: Asociación de Salud y Bienestar Social de la Mujer y su Familia (2011).

1.4. Delimitación Teórica del Objeto de Estudio

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1946), entonces la salud debe ser vista más allá de la ausencia de la enfermedad, y considerar los diferentes aspectos culturales para comprender que el proceso Salud-Enfermedad-Atención va de la mano con los fenómenos sociales; Para Durkheim, 1983 la sociología debe ocuparse de los “Hechos Sociales”, entendiendo por estos la conducta individual y colectiva de los diversos grupos sociales que sirven para regular la actuación de cada uno de los individuos que participan en esa sociedad por medio de la coerción colectiva, en consecuencia la Sociología de la Salud es multidisciplinaria ya que cuya esencia consiste en abordar los fenómenos y procesos en el marco de sus relaciones más generales, requiere de un pensamiento integrador y de una visión holística de la realidad en la salud de la población, así como los distintos grupos y estratos sociales que conforman la sociedad (Rojo y García, 2000).

1.4.1. Planteamiento del problema

Los sistemas de salud pueden definirse como el conjunto de todas las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la atención en salud, a nivel mundial surgen como una necesidad social que diera respuesta a los problemas de salud de la población sin importar el contexto en el que se encuentre cada sociedad ya sea económico, educativo, político, religioso y cultural, sin embargo existen huecos pero para el estudio de investigación se abordara la calidad de la atención que se otorga y recibe y que afectan la salud de los usuarios y profesionales de la salud, existen evidencia documental en investigaciones a nivel internacional, nacional y local; A partir del año 2002 la OMS, hace los primeros pronunciamientos sobre el tema de la seguridad de los pacientes, instando a los países a abordarlo como un serio problema de salud pública (Santivañez, 2018). La OMS publica en Febrero del 2017 que hay una concienciación mundial cada vez mayor de que la atención de calidad es fundamental para mantener a las madres y a los recién nacidos vivos y sanos. Cada año mueren 30,3000 mujeres durante el embarazo y el parto, se producen 2.6 millones de muertes prenatales y

2.7 millones de recién nacidos fallecen durante los primeros 28 días de vida (OMS 2017). El Especialista brasileño Frederico en 2010 realizó una investigación en países de ingresos medianos como Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica, México y Panamá, al final concluyó que solo el 40% aproximadamente calificaron la calidad de atención que recibían de médicos generales como “buena”, “muy buena” o “excelente”, también se constató que de las personas que acuden al centro de atención sanitaria, el 40% dicen que los médicos no les dedican suficiente tiempo, el 26% señala que los médicos no les explican las cosas de modo comprensible, y el 36% indica que los médicos no revisan su medicamento ni les explican los posibles efectos secundarios (OMS, 2017), otro claro ejemplo de las consecuencias de una mala calidad de atención sanitaria son las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria IAAS, también denominadas infecciones «nosocomiales» u «hospitalarias», son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento (...). Las IAAS pueden afectar a pacientes en cualquier tipo de entorno en el que reciban atención sanitaria (...). Se calcula que cada año cientos de millones de pacientes de todo el mundo se ven afectados por las IAAS, provocando la prolongación de las estancias hospitalarias, discapacidad a largo plazo, enormes costos adicionales para los sistemas de salud, elevados costos para los pacientes y sus familias, y muertes innecesarias (OMS, 2017). Las IAAS son un problema relevante de salud pública de gran trascendencia económica y social, (SSa, 2019). otro estudio de investigación desarrollada a gran escala en colaboración con la OMS y la OPS para realizar un estudio de prevalencia de efectos adversos relacionados con la asistencia hospitalaria en cinco países latinoamericanos (Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú), realizado entre los años 2007 y 2008, mostró que 10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado en los hospitales estudiados, habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios (Lazo y Santivañez, 2018).

El Sistema Nacional de Salud enfrenta importantes desafíos sociales, un proceso de envejecimiento de la población mexicana, para el año 2050 se prevé que únicamente dos de cada diez mexicanos tendrán menos de 15 años, esta situación en paralelo con la adopción de estilos de vida poco saludables, como la

falta de actividad física, nutrición inadecuada, el sexo inseguro, el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, así como la falta de educación vial y en salud ocupacional, trazan los desafíos que representa el creciente predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y las relacionadas con lesiones de causa externa (CONEVAL, 2018).

1.4.2. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los significados de los profesionales de la salud en torno a la percepción de los usuarios en la calidad de atención en un hospital de segundo nivel de atención ubicado en la zona oriente?

1.4.3. Justificación

En el mundo existe un universo de problemas sociales, problemas a los que se enfrentan los países sin importar el contexto en el que se encuentren, es por esto que organizaciones como la Organización mundial de las Naciones Unidas (ONU), busca el progreso económico y social, adoptando medidas en relación con casi todas las cuestiones que interesan a la humanidad (CINU, 2017).

Por su parte Casas y Rodríguez (2018), mencionan en su investigación que la salida a una gran cascada de ignominia, es caminar entre la miseria social de los colectivos, para obtener una realidad clara de las vivencias y necesidades en salud de nuestro pueblo, y no quedarnos en la inmovilidad del escritorio, caminemos entre y sobre la realidad de los procesos sociales de mayor importancia violencia, pobreza, obesidad, sobrepeso, síndrome metabólico, diabetes, etc., para entender la complejidad del proceso vivencial de nuestro colectivo, y así poder salir de la infamia total.

Los resultados positivos del sistema sanitario, las mejoras en la salud de la población, una atención de mayor calidad puede proporcionar el logro de las metas en materia de educación, impulsar el crecimiento económico y la participación política y viceversa (OMS, 2017).

Álvarez-Gayou (2003), coincide en que cuando se reducen las palabras y los actos de la gente a ecuaciones estadísticas, perdemos de vista el elemento humano de la vida social; para ello se tomara en consideración la teoría del significado y que está enfocada a dar una visión global que permita percibir, explicar e intervenir en lo que cada sistema social tenga por realidad en torno a la calidad de atención de los hospitales en referencia. Como bien resalta Rolando García “no se trata de aprender más cosas, si no de pensar de otra manera los problemas que se presentan” (García, 2006).

1.5. Objetivos de la investigación

1.5.1. Objetivo general

-Analizar los significados de los profesionales de la salud en torno a la percepción de los usuarios en la calidad de atención en un hospital de segundo nivel de atención ubicado en la zona oriente del estado de México.

1.5.2. Objetivos específicos

-Describir la percepción de los usuarios en torno a la calidad de atención recibida.

-Identificar los significados de los profesionales de la salud en torno a la calidad de atención percibida por los usuarios

-Categorizar los significados de los profesionales de la salud de los hospitales de segundo nivel del Instituto de Salud del Estado de México.

1.6. Diseño Metodológico

Según Tashakkori y Teddlie, 2003, (citados en Pole, 2009), mencionan que uno de los paradigmas de las metodologías mixtas se conoce como transformativo-emancipatorio, este paradigma sostiene que hay diversas ópticas en las realidades sociales, pero esas ópticas deben ser situadas en un sistema de valores sociales, políticos, históricos y económicos para comprender las diferencias.

Hernández, Fernández y Baptista, 2003 (citado por Pereira, 2011), señalan que los diseños mixtos:

(...) representan el más alto grado de integración o combinación entre los enfoques cualitativo y cuantitativo. Ambos se entremezclan o combinan en todo el proceso de investigación, o, al menos, en la mayoría de sus etapas (...) agrega complejidad al diseño de estudio; pero contempla todas las ventajas de cada uno de los enfoques. (p. 21)

El método de la investigación se centra en analizar a través de los discursos el significado en torno a la calidad de atención recibida y otorgada de los profesionales de la salud y usuarios en un hospital de segundo nivel de atención en la zona oriente del Estado de México, fue fundamental utilizar un enfoque mixto que conduzca invariablemente hacia la recolección de datos desde la mirada cuanti-cualitativa contribuyendo a construir estudios más sólidos que comprendan mejor la realidad de los fenómenos sociales, esto coincide con Creswell, 2009 quien describe de la siguiente manera los métodos mixtos de investigación: “El estudio comienza con una amplia encuesta con el fin de generalizar los resultados a una población y después, en una segunda fase, se centra en entrevistas abiertas y cualitativas para conocer los puntos de vista detallados de los participantes”, (Castro y Godino, 2011).

1.6.1. Alcances de la investigación

El diseño es no experimental, se realiza sin manipular deliberadamente variables, se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos (Dzul, s.f.; Hernández, Fernández, Baptista, 2014, p129), igualmente menciona el autor que en este tipo de investigación no hay condiciones ni estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio. La investigación se centró en un diseño descriptivo porque se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, (Hernández, *et al.*, 2014, p137) de acuerdo a Dzul s.f. se recolectan los datos sobre cada una de las categorías, conceptos, variables, contextos y se

analizan los datos que se obtienen, por último el diseño es transeccional o transversal según Liu, 2008 y Tucker, 2004 (citado por Hernández, *et al.*, 2014, p154) se recolectan los datos en un solo momento, en un tiempo único.

1.6.2. Descripción de la muestra, Criterios y procedimientos.

Teniendo en cuenta el enfoque de investigación mixto cuyo interés es explorar y producir conocimientos relacionados con la construcción de los significados en torno a la calidad de atención hospitalaria recibida y otorgada por pacientes y profesionales de la salud en un hospital de segundo nivel de atención ubicado en la zona oriente del Estado de México.

1.6.2.1. Población

La población de estudio la constituyo un Hospital de segundo nivel de atención ubicado en la zona oriente del estado de México.

1.6.2.2. Muestra de estudio

El estudio se llevó a cabo en las 3 principales áreas del hospital Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa, la muestra fue no probabilística a usuarios que recibieron atención y los profesionales de la salud adscritos al hospital donde se realizó la investigación en las cuatro especialidades básicas Ginecología, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía General, previo consentimiento informado.

1.6.2.3. Criterios de inclusión

Profesionales de la Salud que estén desempeñando funciones de medicina, enfermería y trabajo social, que se encuentren adscritos y laborando en el momento de aplicar el instrumento en el hospital General de Chimalhuacán, ubicado en la zona oriente del Estado de México.

Pacientes que recibieron o reciben atención hospitalaria en los servicios de Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa en el hospital, mayores de 18 años y en condiciones de diagnóstico.

1.6.2.4. Criterios de exclusión

Profesionales de la salud que no desean participar y que no se encuentren en el grupo profesional de medicina, enfermería y trabajo social.

Pacientes que por la complejidad de su diagnóstico no participan, y menores de 18 años y los que no desean participar mediante el consentimiento informado.

1.6.3. Procedimientos

El enfoque Mixto se dividió en dos etapas: la primera se utilizó un enfoque cuantitativo de los resultados se determinó la segunda etapa utilizando el enfoque cualitativo.

La primera etapa consistió en 5 pasos metodológicos:

- a) Buscar instrumentos que midieran la calidad de atención en salud que ya estuvieran validados y que ya sean aplicados.
- b) Se seleccionaron 2 instrumentos cuantitativos que midieran patrones en torno a la calidad de atención en salud en México desde la perspectiva de los pacientes.
- c) Se analizaron los instrumentos y se utilizaron los ítems que tuvieron mayor significancia para el estudio.
- d) Se aplicaron las encuestas a 300 usuarios entre pacientes y familiares en los 3 servicios principales del hospital (Consulta externa, hospitalización y urgencias)
- e) De los datos obtenidos se realizó un análisis descriptivo en cuanto a la percepción de los usuarios.

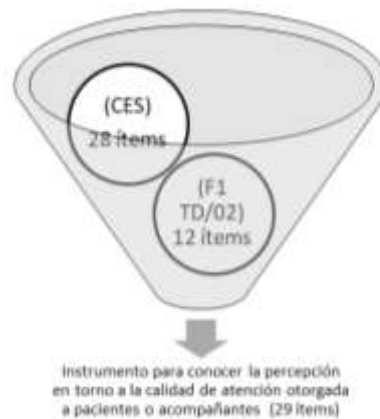
La segunda etapa continuó con 3 pasos más:

- f) Del instrumento se consideraron las variables: Atención recibida, Tiempo de espera, Surtimiento de medicamentos, Gasto de bolsillo, Trato digno, y Calidad de atención con el fin de capturar los discursos de los profesionales de la salud.
- g) Finalmente se analizaron los discursos contrastándolos con los resultados cuantitativos, con el objetivo de conocer la realidad que esta invisible, sin que se pretenda reemplazar a la investigación cuantitativa que se utiliza actualmente en los instrumento utilizados y validados por la secretaria de salud.

1.6.4. Instrumentos de recolección de datos.

Dentro de la búsqueda de instrumentos cuantitativos de recopilación de datos se seleccionaron y utilizaron dos instrumentos, ambos validados por la Secretaría de Salud (SSa), el instrumento número 1 es el Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de Servicios de Salud (MOSSESS), es una herramienta de evaluación Cédula de evaluación de satisfacción (CES) (ver anexo 1), que permite verificar la satisfacción de los afiliados al seguro popular en las unidades de salud de los 3 niveles de atención (SP, 2017), Instrumento 2 es una herramienta que permite registrar y monitorear indicadores de calidad en las unidades de los servicios de salud en consulta externa y urgencias (F1 TD/02), (ver anexo 2). Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), el Sistema Nacional de Salud integra evidencias de mejora de la calidad técnica, calidad percibida y calidad en la gestión adecuado a las necesidades de información y evaluación de líneas de acción del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) (SSa, 2017).

En el análisis de los instrumento 1 y 2 se compararon en cuanto a la cantidad y similitud de los ítems de cada uno, fusionando ambos instrumentos (CES)+(F1 TD/02) (ver figura 2).



Elaboración propia, representación de la fusión de los instrumentos

La fusión de los instrumentos (CES)+(F1 TD/02), se obtuvo que 10 de los 12 ítems del instrumento (F1 TD/02) son utilizados también en el instrumento (CES), de los

27 ítems del instrumento (CES) se descartaron 7 ítems ya que se consideró que no tenía significancia para la investigación.

Como resultado se obtuvo el instrumento “Guía del instrumento para conocer la percepción en torno a la calidad de atención otorgada a pacientes o acompañantes en hospitales de segundo nivel de atención con un total de 21 ítems, distribuidas en las variables de a) Datos generales, b) Atención recibida, c) Tiempo de espera, d) Surtimiento de medicamentos, e) Gasto de bolsillo, f) Trato digno, y g) Calidad de atención (Ver tabla 1).

Tabla 1, variables Instrumento Cuantitativo

Variables	ítems
1. Datos generales	1
2. Atención recibida	8
3. Tiempo de espera	2
4. Surtimiento de medicamento	2
5. Gasto de bolsillo	3
6. Trato digno	3
7. Calidad de atención	2
Total	21

Elaboración propia

De las variables, Atención recibida, Tiempo de espera, Surtimiento de medicamentos, Gasto de bolsillo, Trato digno, y Calidad de atención se consideraron por su significancia para la entrevista a los profesionales de la salud instrumento que nos ayudó a encontrar el significado en torno a la calidad de la atención otorgada (ver anexo 2). Utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación, combinados reforzó el método de investigación, permitiendo develar el significado que se construye en los discursos de los profesionales de la salud, medir la calidad de atención es algo más que una simple realidad cuantitativa y que sus efectos sociales van más allá del cálculo numérico (Hernández, *et al.*, 2014).

1.7. Resultados y discusión

1.7.1. Datos generales

El significado desde las posturas de Wittgenstein, constituye el marco teórico que permitió hacer el análisis y la discusión de éste trabajo, el conocimiento humano y su lenguaje sólo puede entenderse desde la relación interdependiente que establece el sujeto con la realidad, comprendiendo el fenómeno de la calidad de atención en un hospital de segundo nivel, develando la realidad que existe en las vivencias diarias de los profesionales de la salud y que están invisibles ante la percepción de los usuarios guiada por instrumentos establecidos por los proveedores de la salud como instituciones públicas en torno a la calidad de atención sanitaria, fue conveniente partir de las siguientes categorías analíticas:

Atención otorgada, tiempo de espera, surtimiento de medicamentos, gasto de bolsillo, trato digno y calidad de atención que dieran paso al significado del escenario social del PS respecto al otorgamiento de servicios de salud.

En el primer grupo se aplicó el instrumento a usuarios (n=260) que se atendieron en el hospital de segundo nivel de atención ubicado en el municipio de Chimalhuacán, de los cuales 44 no desearon participar y 216 aceptaron participar mediante la carta de consentimiento informado. El segundo grupo correspondió a los profesionales de la salud (n=13), en donde se entrevistaron a 5 médicos de las especialidades de (Cirujano Gastroenterólogo, Pediatría, Cirujano, Ginecología Obstetricia y Dentista Maxilofacial), 5 enfermeras con especialidades (Doctora en Alta Dirección, Quirúrgica, Maestra en Administración de los Servicios de Enfermería y Pediatría) y 3 Licenciadas en Trabajo Social.

Del total de los usuarios el 49% eran pacientes atendidos en el hospital y 51% eran acompañantes; de estos últimos, la mamá ocupa el 35%, la hija 15%, la hermana 11% y el 39% restante lo integran otros familiares y acompañantes, es notorio que en el núcleo familiar el sexo femenino es quien más apoya como unidad de salud en la atención médica durante el proceso que se inicia con la enfermedad hasta su curación y que esta pleno de decisiones sociales que se toman como grupo familiar, estas decisiones alteran la normalidad en su vida

cotidiana (Horwitz, Florenzano, y Ringeling,1985). De los 216 encuestados, 171 correspondieron al género femenino y 45 al masculino, la edad promedio es de 42 años, en cuanto al estado civil, 55 son solteros, 79 son casados, 72 viven en unión libre y 10 en otra situación; En cuanto a escolaridad 7 cursaron nivel licenciatura y/o posgrado, 70 terminaron preparatoria y/o carrera técnica, 81 solo llegaron a cursar la secundaria y los 8 restantes no ingresaron a ningún nivel educativo.

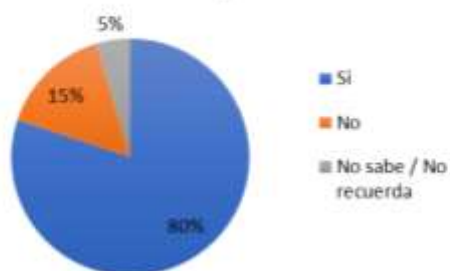
En el proceso salud-enfermedad-atención el 32% de los usuarios fueron de primera vez y el 68% son pacientes subsecuentes, en cuanto a los servicios de atención utilizados por los usuarios 89 fueron atendidos en Consulta Externa, 91 en urgencias y 36 en el servicio de hospitalización, en relación a la especialidad requerida 74 fueron atendidos en Gineco-Obstetricia, 17 en Pediatría, 72 en Medicina Interna, y 52 en Cirugía General.

1.7.2. Variable atención recibida

En esta categoría se describe la atención que recibieron los usuarios, esto ronda sobre la Carta de Derechos y Obligaciones (CDO), la cual brinda información sobre la cobertura de la póliza desde su afiliación y las intervenciones a que tienen derecho, así como de las obligaciones de los beneficiarios, (SSa. 2018).

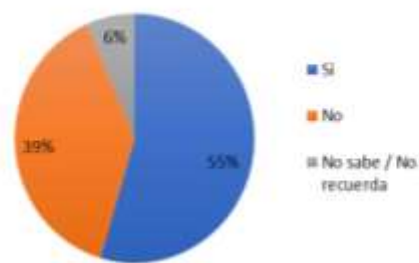
Se describe como fue y que nivel de satisfacción se logró en los usuarios en cuanto a la atención médica.

Al Afiliarse, ¿Le entregaron su Carta de Derechos y Obligaciones?



(Gráfica 1)

¿Le explicaron el contenido de la Carta de Derechos y Obligaciones?



(Gráfica 2)

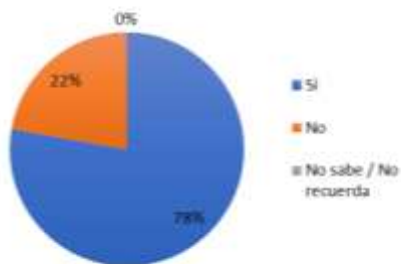
De los encuestados solo el 15% manifestó no haber recibido la (CDO), el 5% no sabe o no recuerda, lo que refleja que el 20% de los usuarios desconocen sus derechos y obligaciones, (ver grafica 1); Del 80% de los usuarios que recibieron su (CDO), solo el 55% reconoce haber recibido la explicación del contenido en cuanto a sus derechos y obligaciones que tendrán durante la vigencia de la póliza de afiliación, (ver grafica 2). Ante esto los profesionales de la salud asocian sus discursos con la percepción del usuario desde dos vertientes la primera en el actuar del profesional de la salud y la segunda desde el usuario; Los discursos desde la primer vertiente “...la obligación de escuchar...otorgar una atención oportuna...”, “...darle indicaciones médicas...mejorar su estado de salud...”, “...darles una atención a los usuarios...tratar de guiarlos...que los escuchen...” estos discursos muestran que el desconocimiento de los derechos y las obligaciones rompe la correcta comunicación entre el usuario y el PS llevando la relación a la deshumanización, llegando al trato hostil con una conducta típica de ser sancionada por incurrir en actos contrarios a lo previsto en la ley; conflicto que puede desencadenar una queja, denuncia, demanda o desagrado personal en la atención, (Lara, 2018). La segunda vertiente desde las obligaciones de los usuarios “...respetar las obligaciones que tienen como paciente y como familiar...”, “...cuando son pacientes que ya se transfundieron ni aun así quieren donar sangre...”, “...andar buscando al paciente en su domicilio por que no acuden...”, “...no toman en cuenta algún imprevisto...”, “...las indicaciones médicas a veces no las siguen...negligencia del paciente...”, “...no viene a consulta subsecuente...”, “...quieren que se les atienda conforme van llegando...familiares no le dan seguimiento a sus pacientes...”, “...no estamos acostumbrados a atendernos de forma preventiva...la población no está educada a la primera atención...”, “...no conocemos nuestro cuerpo...”, “...malos hábitos alimenticios...se tienen que revisar a tiempo...no hay un buen seguimiento...”, “...exigen sus derechos sin saber sus obligaciones...”, “...he estado en contra del seguro popular...”, estos discursos marcan que todo derecho conlleva la necesidad de tener una obligación; En toda organización de salud siempre es importante conocer como usuario de los servicios los derechos y obligaciones, sin

embargo los discursos de los profesionales de la salud refieren que los usuarios suelen exigir sus derechos pero no cumplen con todas sus obligaciones, la Carta de Derechos y Obligaciones (CDyO), establece que los afiliados deben “adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades; cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamientos o procedimientos generales a los que haya aceptado someterse (ver anexo 3), (SSa. 2017).

Toda sociedad e instituciones deben estar regidas por derechos y obligaciones que se deben cumplir, los derechos y obligaciones de los beneficiarios de los servicios de salud deben ser difundidos entre el binomio usuario y profesional de la salud, con el objetivo de lograr una adecuada interacción social.

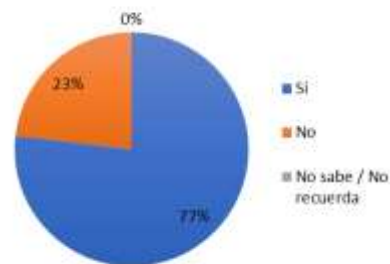
Conocer la percepción que tienen los usuarios sobre la atención medica recibida y como se tejen los aspectos interpersonales y técnicos relacionados con la atención que reciben y otorgan en el proceso de atención.

¿Le dieron información clara sobre su enfermedad o el motivo por el que acude a este establecimiento?



(grafica 3)

¿Entendió la información que le dio el médico en relación a su padecimiento?



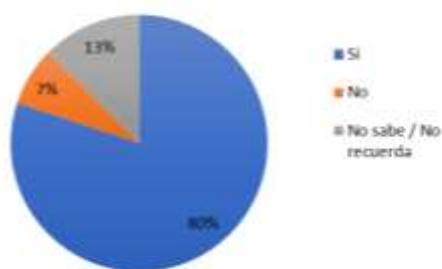
(grafica 4)

Con respecto a la atención médica que reciben los usuarios solo el 78% manifestó que la información que recibió por el médico tratante fue clara con respecto a su enfermedad, y el 22% no fue clara la información recibida (ver grafica 3); El 77% entendió la información de su médico tratante con respecto al 23% que no entendió la información que le dieron con respecto a su diagnóstico, (ver grafica 4); Durante el primer trimestre del 2019 la CONAMED reporto los motivos de las quejas concluidas según la relación Médico-Paciente con un total de 228 con los siguientes motivos: Falta de información 90, Información errónea o incompleta 94,

Maltrato 44 entre instituciones públicas y privadas a nivel nacional, (CONAMED, 2019), Otro aspecto importante es la comunicación, el lenguaje con el que se intercambian mensajes entre la relación paciente, familiar y médico, porque ya no es solo la atención hacia el paciente también influye la comunicación con el familiar, estas relaciones interpersonales pueden ser de distintos tipos, algunas de carácter superficial y otras de mayor complejidad, como la que tiene lugar entre el médico y su paciente, en la cual el médico en su condición de profesional debe estar dispuesto a brindar su ayuda en forma humanitaria y sensible(Rodríguez, 2006). Respecto a la comunicación en la relación médico-usuario los PS describieron su significado como: *“...escuchar y aclarar siempre que así lo requieran...”*, *“...hacer un análisis concienzudo...explicar cuál fue el diagnóstico...”*, *“...damos la atención y cuidados de acuerdo a lo que nos indica el médico...lenguaje claro...”*, *“...más que un medicamento, necesita que le escuchen...”*, *“...escuchar al paciente...”*, *“...se les brinda la atención en lo que se busca referir a otro nivel...”*, *“...llegan predispuestos a que tratamiento quieren...”*, *“...cuando no entendemos o el paciente no entiende lo que nosotros necesitamos de ellos o del familiar...”*, *“...en 15 minutos no le vas a diagnosticar absolutamente nada...a veces nada más tratamos signos y síntomas pero no integramos diagnósticos como tal...”*, *“...ni la medicina es 100% comprobable ni curable...quieren que ahora si como el maestro cristo les pongas la mano y ya sean curados...”*, a pesar de la percepción de los usuarios en cuanto a la relación médico-paciente los PS asocian sus discursos permitiendo encontrar otra realidad social que se vive de manera cotidiana en torno a la atención otorgada, Rodríguez y Grande, 2014 mencionan en su artículo que una de las obligaciones de los PS es darle de forma comprensible toda la información sobre el proceso de atención al usuario para que pueda participar activamente en la toma de decisiones y mantener un comportamiento ético. El usuario del servicio o paciente tiene la obligación de dar la información que tenga acerca del estado de salud que haya padecido previamente o las atenciones derivadas del padecimiento o de otros padecimientos (Lara, 2018).

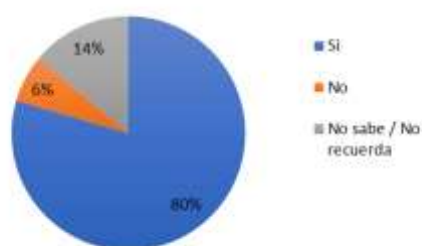
Otorgar atención médica, con oportunidad, amabilidad, trato personalizado, comunicación permanente entre los participantes en el acto médico buscando un ambiente confortable que permita mejorar el nivel de salud y la satisfacción del usuario. La investigación arrojo los siguientes datos el 80% de los usuarios regresarían a atenderse con el médico que les brindo la atención, 7% está convencido de no regresar, y 13% no sabe si regresaría a recibir atención, (ver grafica 5). En cuanto a si los usuarios recomendarían a su médico con otras personas solo el 6% no lo recomendarían, (ver grafica 6).

¿Se atendería nuevamente con el mismo médico?



(grafica 5)

¿Recomendaría al médico que lo atendió con otras personas?



(grafica 6)

A pesar de la percepción de los usuarios con respecto a si regresarían o si recomendarían al médico que les brindo la atención los PS mencionan que “...Se atiende a los pacientes en el momento que llega...”, “...en enfermería estamos muy apegados al cuidado del paciente...”, “...estar a tiempo...el uniforme y la bata blanca...”, “...se ha brindado una buena atención...en las urgencias reales, si es oportuna la atención...”, “...falta de información por los médicos operativos...”, “...no se le toma el aprecio necesario a una consulta de especialidad...”, “...una comunidad mucho muy demandante...”, “...la limitación de tiempo para los médicos en cada especialidad, realmente los lleva a ver a los pacientes con premura...”, “...la atención que se brinda es la adecuada mas no la ideal...es increíble ver que un médico tienen que atender uno tras otro...”, “...la escases de personal médico especialista en los otros turnos...”, “...hace falta empatía de parte del personal médico...”, “...alargan el tiempo de atención provoca más problemas en los pacientes...”, “...a veces la rutina hace que olvidemos eso...imagínate al

paciente que nunca fue al centro de salud...nunca se fue a atender y ya llega hiperglisemico, hipertenso...”, “...muchas veces piden su alta voluntaria porque ya se estabilizaron y se sienten mejor pero después de ciertos días regresan muy graves...”, “...para el paciente ya todo es negligencia...no saben utilizar los servicios de atención y llegan demandantes...”, “...compañeros que no desempeñen su carrera realmente como debe de ser...”, con base en lo anterior podríamos inferir que coincide el significado de los (PS) con la opinión de los usuarios en relación al servicio médico recibido, debería ser satisfactoria en su totalidad, pero desafortunadamente existe un 20% que por algún motivo no se fue satisfecho, una comunicación efectiva, lleva a establecer un binomio de confianza entre el PS y el usuario llegando a satisfacer las necesidades de ambos de forma asertiva y oportuna, este lenguaje, hecho de adivinaciones, interpretaciones, tonos, gestos, caricias que se van inventando y creando en el proceso de atención, forma un lazo entre el cuidador y el paciente, (Naranjo y Ricaurte, 2006).

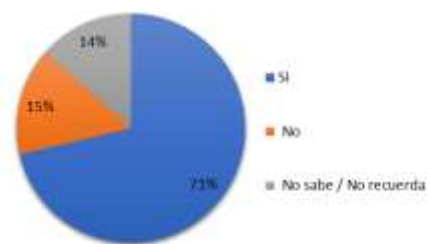
Llama la atención que un grupo de encuestados manifestaron no sentirse satisfechos con la manera como recibieron la atención médica y quienes no elegirían regresar a atenderse a la unidad médica.

De una escala del 1 al 5, siendo el 1 Muy insatisfecho y 5 Muy satisfecho. ¿Qué tan satisfecho(a) está con la atención médica recibida?



(grafica 7)

Si pudiera elegir, ¿se atendería en el mismo establecimiento?



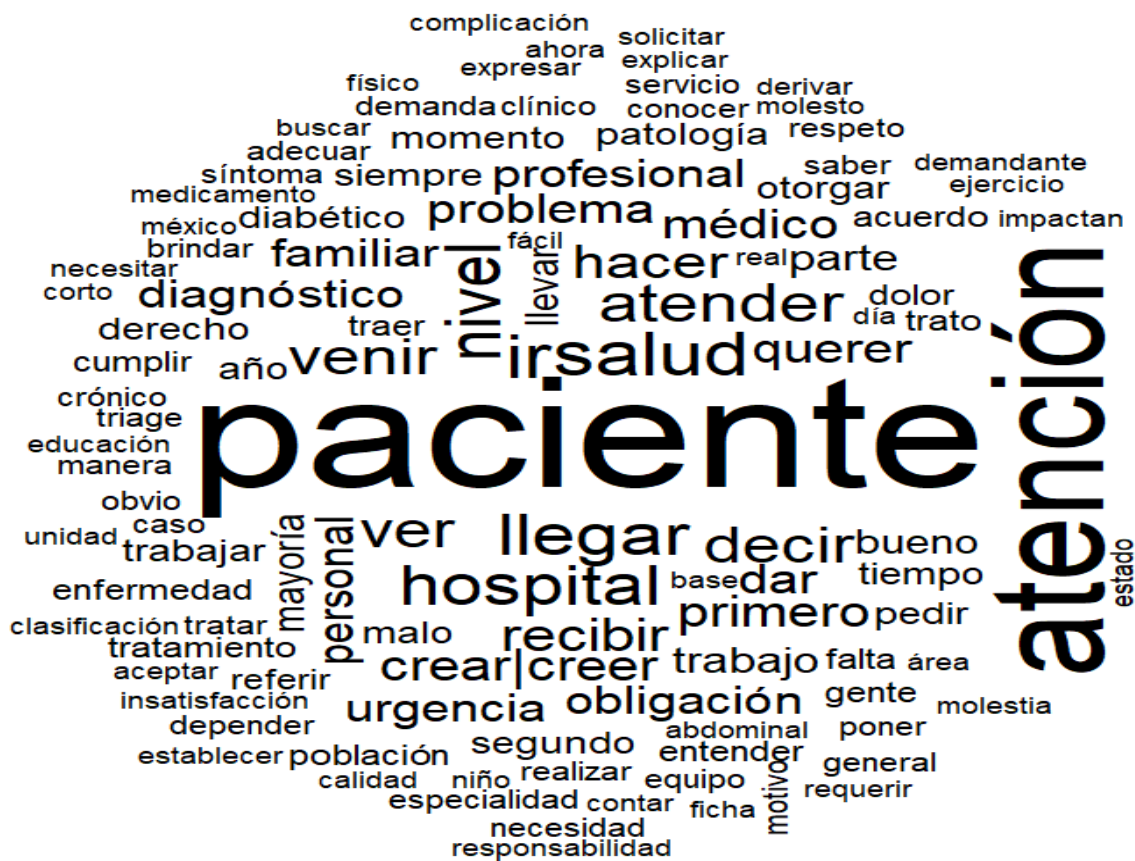
(grafica 8)

En general en la variable de atención recibida los usuarios encuestados percibieron su satisfacción de la siguiente forma, el 38% quedó muy satisfecho con la atención médica que recibió, el 37% quedó satisfecho, el 17% ni satisfecho ni insatisfecho, y un 2 y 6% quedaron de insatisfechos a muy insatisfechos (ver

grafica 7), este 8% se acerca a los resultados de los usuarios que no se atenderían nuevamente con el mismo médico y quienes no lo recomendarían con otras personas, con respecto a los usuarios que eligieron no atenderse en el mismo establecimiento el resultado fue del 15%, (ver grafica 8), 7% adicional a los usuarios que opinaron ya no atenderse con el mismo médico tratante, lo que refleja que no solo recibieron mala atención por parte del médico, es así que los discursos de los PS dan significado a la satisfacción e insatisfacción de los usuarios, “...grado de insatisfacción por el volumen de consultas...”, “...para el paciente ya todo es negligencia...”, “...por no tener el tiempo disponible no hemos contrademandado al paciente o al familiar...”, “...el 80% del personal está comprometido...”, “...esas palabras de reconocimiento si ayudarían mucho y así el médico mejoraría la atención que otorga...”, “...sensibilizar a todo el personal...”, “...no hay una consideración por parte de los pacientes...”, “...el hecho de que seamos servidores públicos no significa que seamos sirvientes o criados...”, “...hay unos pacientes o familiares que comentan que con su salario están pagando nuestro salario...”, “...el desgaste físico que trae de otro trabajo...ya están cansados o porque desafortunadamente están pensando en otras cosas...”, “...desgaste físico, mental, síndrome de burnout...”, “...demanda de atención que creen que es una urgencia real cuando en realidad es sentida...no saben utilizar los servicios de atención y llegan demandantes...”, “...en las urgencias reales, si es oportuna la atención...se enfoca todo el personal a la urgencia calificada...”, los discursos de los PS muestran una tendencia que puede revelar una posible falta de corresponsabilidad de la población, al no emprender acciones de prevención primaria o secundaria para el autocuidado de su salud ni acudir a revisiones periódicas con el médico, (CONEVAL; 2018). Según la CONAMED una queja médica es un procedimiento al que puede recurrir cualquier usuario de los servicios de salud cuando **cree** que sus derechos han sido violentados por alguna de las instituciones de salud que integran el Sistema Nacional de Salud; El PS debe comprender como el paciente asume su cuidado, debemos ponernos en su lugar, deberán esforzarse en comprender al paciente, cuando este no posea la

voluntad, la conciencia o la fortaleza necesaria, el rol del PS es un servicio de ayuda, conocimiento y voluntad. (Hernderson, 1985).

1.7.2.1. Figura 1 –asociación de palabras variable atención otorgada, software Iramuteq.



Para llegar al análisis estructural del discurso de la variable de atención otorgada, utilizamos el software Iramuteq encontramos que el núcleo tiene una relación directa con el paciente ligado al núcleo se encontró: recibir una atención, diagnóstico, salud, creer, apoyo del familiar, a tiempo, problema, profesional, médico, es primero, patología, y en la periferia encontramos un cuestionamiento discursivo donde el paciente: responsabilidad, entender, tratamiento, enfermedad, clasificación, educación, medicamento, síntomas, México, derecho, calidad, tratamiento, solicitar, expresar, conocer, dolor, demandante, molestia,

insatisfacción, demanda. Es aquí donde las formas de interpretación de las vivencias del profesional de la salud se van construyendo en el proceso de atención otorgada a través del paciente.

1.7.3. Variable Tiempo de espera

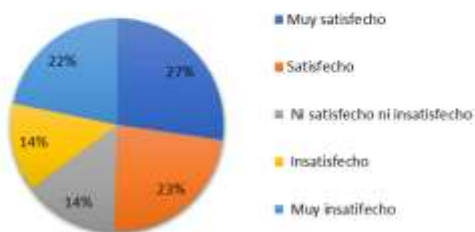
De los resultados que surgieron en las encuestas de la segunda categoría de análisis denominada **tiempo de espera** arrojaron datos interesantes; Los tiempos de espera son el promedio de minutos que transcurren entre el momento en que el usuario solicita la atención en el servicio y el inicio de esta por el médico, (SSa, 2016), y la percepción que tiene el usuario con respecto al nivel de satisfacción por el tiempo que tuvieron que esperar, por otro lado el significado vertido en los discursos de los (PS) que de manera cotidiana viven en torno al tiempo de espera en la atención que otorga, y donde se identificaron los siguientes elementos:

Tiempo de espera		
Rango	Cantidad	Porcentaje
Menos de 15 minutos	25	12%
Hasta 30 minutos	57	26%
Entre 30 y una hora	44	20%
Mas de una hora	87	40%
No especifico	3	1%
Total	216	100%

Se describe que el 40% de los usuarios esperaron más de una hora para recibir atención, un 20% entre una hora y 30 minutos, el 26% hasta 30 minutos y el 12% menos de 15 minutos. Esta variable muestra un alto porcentaje en cuanto al tiempo de espera, los discursos de los PS afirman el motivo por el cual no cumplen con tiempos de espera adecuados o conforme a la normatividad los cuales describen que *"...el tiempo de espera es inadecuado...prolongado entre cada atención que se les otorga en las urgencias sentidas..."*, *"...los trámites administrativos influyen..."*, *"...ingreso inmediato el código rojo...la saturación de los servicios..."*, *"...se tardan en referirse, no tan fácil los reciben en otro nivel..."*, *"...dedicarle tiempo a los pacientes que ameritan una atención de segundo nivel..."*, *"...son demasiados pacientes para verlos en 10 min o 15 min..."*, *"...si es*

alto por la falta de médicos...ver en promedio 25 pacientes en 8 horas...”, los discursos se engloban en la saturación de los servicios médicos, y esto es frecuente en las queja de los médicos donde el tiempo es insuficiente para establecer una comunicación y empatía adecuada con su paciente y familiar, es aquí donde se hace visible que los médicos que laboran en el sector salud de nuestro país, son exigidos a rendir mayor producción, con menos recursos; descuidando la calidad, (Morales, 2001). Filas y filas durante el proceso de atención, autorización por el gestor del seguro popular, recibo en la caja, la espera en el triage, entre otros; Finalmente influyen las condiciones reales, la disponibilidad de los recursos físicos, materiales y humanos necesarios para llevar a cabo dichas intervenciones y consultas para la provisión de servicios de salud. En un análisis realizado en el hospital público de la ciudad de Celaya, estado de Guanajuato, México, en el área de Urgencias se obtuvo como resultado que en el área de Urgencias no se cuenta con la cantidad mínima necesaria de médicos para permitir un flujo constante de pacientes,(Rodríguez, González, Hernández, & Hernández, 2017).

En una escala del 1 al 5, siendo el 1 Muy insatisfecho y 5 Muy satisfecho. ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que tuvo que esperar desde que solicitó atención hasta que la recibió?

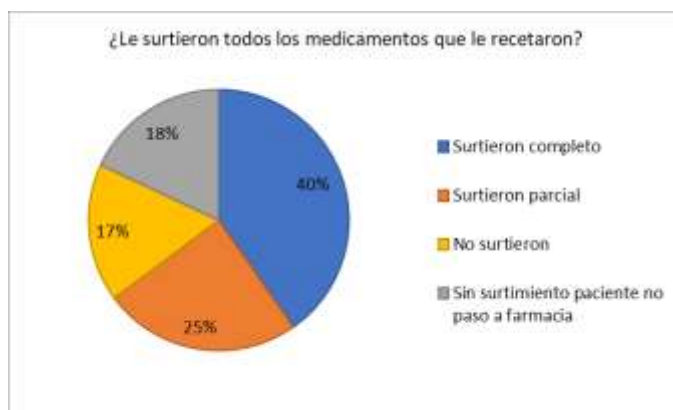


Con respecto a la satisfacción en el tiempo de espera solo el 27% se va muy satisfecho, el 23% se va satisfecho y el 50% restante describe su insatisfacción por el tiempo que tuvieron que esperar para ser atendidos, definitivamente existe una insatisfacción de los usuarios ante esto los PS hacen visible algunos aspectos en sus discursos “...los tiempos están normados...no los alcanzamos conforme a la norma...”, “...en otras instituciones no los quieran recibir...”, “...tienen que ir al seguro popular les validé...no traen los documentos adecuados...los tramites son

muy burocráticos”, “...el seguro popular ve a que tienen derecho...”, “...no nada más es el verlo y medicarlo...el tiempo de espera dependiendo su clasificación en triage...”, “...la mayoría son clasificadas en verde...el hospital recibe pacientes que no son urgencias...”, “...la gente no está acostumbrada a esperar demasiado...”, “...la falta de comunicación repercute...se va enojado...no entienden que se debe de hacer una clasificación...”, “...si se van insatisfechos...los tramites que debe hacer el usuario...”, con base a los resultados expuestos anteriormente y que presentan una mayor significancia en cuanto a la calidad de atención que reciben los usuarios, los discursos de los (PS) hacen visibles los factores que dificulta su acercamiento a los pacientes, la limitación de recursos humanos, la cantidad de pacientes que rebasan la capacidad resolutoria del hospital, la espera para acceder a la atención de la salud puede abarcar distintos ámbitos: espera para recibir atención ambulatoria, recibir atención hospitalaria, someterse a estudios de diagnósticos y recibir procedimientos terapéuticos, quirúrgicos o de rehabilitación, por lo tanto, un paciente puede circular por varias listas de espera hasta recibir un procedimiento clínico que tenga un impacto sustantivo en su estado de salud, (SSa, 2011,). esto coincide con Lalonde 1974 quien enfatiza que la organización de la atención en salud consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud. Los tiempos del paciente, los del médico y los de las instituciones en salud, requieren de una democratización a fin de humanizar los procesos orientados a dignificar el trabajo de los profesionales y la atención de los pacientes, (Rodríguez, Jarillo y Casas, 2018).

1.7.4. Variable surtimiento de medicamentos

La siguiente categoría de análisis denominada surtimiento de medicamento es la tercera categoría, y la segunda con datos significativos por el porcentaje negativo obtenido de la perspectiva de los usuarios, donde el 40% recibió completo su medicamento con respecto a su receta, el 25% recibió parcialmente su medicamento y solo el 17% no recibió su medicamento completo.



Por consiguiente los discursos vertidos al realizar la transcripción y análisis de las entrevistas a los PS permitió encontrar otra realidad social, donde se identificaron los siguientes elementos *“...nos encontramos en un porcentaje de abasto de un 30% hasta un 40%...”, “...solamente las que están dentro de las cuatro especialidades básicas, Ginecología, Cirugía general, Medicina interna y pediatría...”, “...no distinguen que son de patente...el surtimiento yo marcaría que un 80% en el área de ginecología...”, “...realmente no son suficientes...en ocasiones estamos a 70% o 80%...”, “...el cuadro básico de medicamentos lo han colapsado...”, “...en algunas enfermedades degenerativas han salido del cuadro básico...”, “...no tenemos realmente un cuadro básico que cubran todas la necesidades de los pacientes...”, “...a veces tenemos déficit de insulina cuando tienes una población alta con el uso de insulina...”, “...no son suficientes...nos hacen falta aún mucho más...”, “...si hablamos en surtimiento y suficiencia no estamos acordados como tal...yo te puede decir que si estamos en un 60% la llevamos de gane...”, “...se les estaba solicitando medicamentos a los familiares... hubo un tiempo que no teníamos nada... hace un par de meses no había ni soluciones...”,* los medicamentos constituyen uno de los temas de mayor

importancia en las políticas sanitarias y económicas, la política de medicamentos esenciales es un componente básico de las políticas sanitarias internacionales, cuyo objetivo principal es asegurar a todos los sectores de la población, la accesibilidad y el uso racional de los productos farmacéuticos que respondan a sus principales necesidades de salud, (Donato, OMS, 2017); De las principales características del programa seguro popular, 2014, en sus numerales de Derechos de los Beneficiarios, en el punto número 4 es: Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud, (SP, 2014). Deberán suministrarse los medicamentos necesarios correspondientes al servicio que se brinda y bajo el cuidado de que sean calificados como adecuados por el profesional médico encargado de prescribirlos, sin que se tenga que variar la fórmula o envase que ha sido calificado como autorizado por las autoridades sanitarias, (Reyna, 2018).

Como actividad esencial y prioritaria para cumplir con uno de los derechos de los usuarios y además donde recae el resultado que pueda tener la atención a cualquiera de los padecimientos atendidos a los pacientes es la cobertura total de los medicamentos prescritos por el o los profesionales de la salud.



Se muestra que solo el 35% quedó muy satisfecho con el surtimiento de su medicamento, el 20% solo quedó satisfecho un 32% de muy insatisfecho a insatisfecho y el 13% ni insatisfecho ni satisfecho, esto está por debajo de las

encuestas que a nivel nacional en el 2017 los Servicios de Salud obtuvieron una valoración de 84% de satisfacción con el surtimiento de medicamento, (CONEVAL, 2018). Con la información complementaria, se presentan los discursos recolectados en las entrevistas de los PS quienes hacen visible la problemática que existe en el surtimiento de medicamentos *“...ya se acostumbraron a que todo se les tiene que dar...no se quedan satisfechos...”*, *“...por no tenerlo no significa que se va complicar por nuestra culpa el estado de salud del paciente...”*, *“...eso causa insatisfacción del usuario...”*, A este respecto la Satisfacción por el abasto de medicamentos de acuerdo con los resultados del Estudio de Satisfacción de Usuarios del SPSS realizado en 2014, el promedio de satisfacción por el surtimiento de medicamentos a los afiliados al SPSS en el ámbito nacional en 2014 fue de 79.3%, inferior en 15.7 puntos porcentuales al estándar de la Secretaría de Salud del 95.0%. En 2014, el 87.5% de las entidades federativas registró un porcentaje de satisfacción por el surtimiento de medicamentos inferior al estándar recomendado, con respecto a la calidad y seguridad de los medicamentos los PS confían en los medicamentos que prescriben a los pacientes donde *“...son buenos y caros...”*, *“...cuando el abasto es adecuado estos si son de calidad y de seguridad...”*, *“...son medicamentos buenos...son medicamento de gran calidad...”*, *“...algunos son genéricos pero los catalogaría como buenos...”*, *“...no son de excelente calidad pero si son buenos...si han resuelto los estados de salud que tienen los pacientes...”* y por el otro lado el usuario como responsable de su salud y de llevar su tratamiento conforme a las indicaciones médicas *“...así sea un medicamento que cuesta 15 pesos o que cueste 2000 pesos ellos ven el medicamento como tal...”*, *“...surtirlos sin costo alguno muchos pacientes los van acumulando...”*, *“...no se los toman cuando ellos creen que ya se sienten mejor o bien...los dejan caducar quitándole la oportunidad a otros pacientes...”*, *“...ya no quieren acudir a consulta...para surtirles un medicamento deben acudir a su consulta...”*, *“...piensan que no le se va a surtir efecto...”*, *“...ver la importancia que tiene adquirir medicamento que les ayude a prevenir...”*, *“...cuando no hay un medicamento hay inconformidad no quieren comprar y quieren que se les cubra todo...”*, *“...la gente está*

acostumbrada a que se les dé...” es importante destacar que el médico tratante explique en palabras fáciles de entender el tratamiento que recibirá, tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos, lo que a veces por falta de tiempo, no tiene oportunidad de hacer, diversos aspectos deben ser tomados en cuenta, como el hecho de que la cantidad de pacientes sobrepasa la capacidad de atención del personal, la demora al prescribir medicamentos que no se encuentran disponibles, ya que hay que cambiar la receta por uno que lo sustituya ya que a veces es lento el proceso de actualización de medicamentos disponibles que puede prescribir el profesional de la salud, (Baos, 1999, Aguilar, Hernández y Flores, 2007).

1.7.4.1. Figura asociación de palabras variable surtimiento de medicamentos, software Iramuteq.



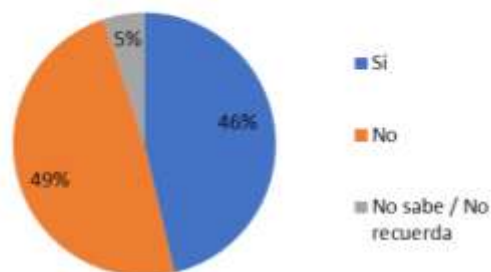
El análisis estructural del discurso de la variable de surtimiento de medicamento, utilizamos el software Iramuteq encontramos que el núcleo tiene una relación directa con el medicamento y ligado al núcleo se encontró: patente, calidad, bueno, paciente, comprar, dar, y en la periferia encontramos una cuestión discursiva donde el medicamento: satisfacer, atender, causes, salud, abasto,

cuadro básico, considerar, patología, insulina, usuario, ocasión, morbilidad, caro, surtir, hospital.

1.7.5. Variable gasto de bolsillo

En la variable de gasto de bolsillo de las encuestas se obtuvieron los siguientes datos, De los resultados que surgieron en las encuestas de la categoría de análisis denominada gasto de bolsillo arrojaron datos significativos en el grado de satisfacción del usuario, por otro lado los discursos vertidos al realizar la transcripción y análisis de las entrevistas a los PS permitió encontrar el significado del gasto de bolsillo, donde se identificaron los siguientes elementos:

Durante el proceso de atención en los últimos meses, ¿Ha tenido que realizar compra de medicamentos?



El 46% de los usuarios ha invertido de su bolsillo en la compra de medicamento, un 49% no ha realizado compra y el 5% no sabe y no recuerda haber comprado, ante esto los PS dan razón y significado al gasto de bolsillo que los usuarios realizan en farmacias particulares por la falta de abasto de medicamento o porque el diagnóstico requiere la prescripción de otra marca de medicamento *“...en situaciones extraordinarias...viendo la necesidad de utilizar los medicamentos de vanguardia...que no estén incluidos en el cuadro básico...”, “...tienen que desembolsar...”, “...no los cubre el cuadro básico tienen que recurrir a la compra...”, “...evitar una complicación en la salud del paciente...”, “...el gasto de bolsillo no debería de existir...”, “...no estoy muy de acuerdo...”, “...en desacuerdo...”, “...por lo menos una mínima cuota...”, “...la salud también tiene un costo...si no lo tiene la institución sería lo más correcto...”, “...estoy de acuerdo que paguen algo...”, “...si no contamos con el medicamento yo creo que está bien que lo compren...”, “...en ocasiones les pedimos que ellos nos compren los*

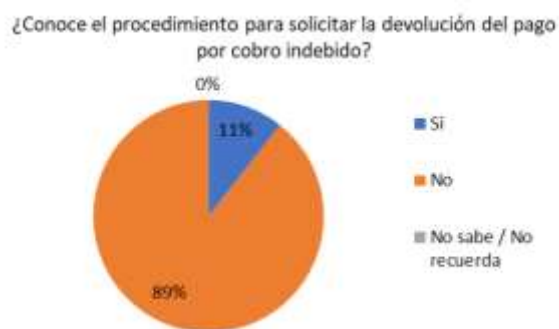
medicamentos que no tenemos en ese momento... en una investigación realizada en las unidades de especialidades médicas de enfermedades crónicas en México los usuarios indicaron, que la ausencia de medicamentos en estas unidades produce un gastos de bolsillo en promedio de 205.00 pesos por receta no surtida completamente, y que este gasto de bolsillo no debiera producirse porque prácticamente todos los usuarios de estas unidades están afiliados al Seguro Popular, programa que debe garantizar el acceso a todos ellos sin desembolso alguno (Contreras, Reding, Gómez, Puentes, Pineda, Castro, y Garrido, 2013).

EL 27% de los usuarios ha pagado por algún servicio, estos corresponden a estudios de laboratorio e imagenología, el 69% no realizo algún pago y el 4% no sabe y no recuerda (ver grafica). Más de 800 millones de personas (casi el 12% de la población mundial) gastan al menos un 10% de su presupuesto familiar para pagar los servicios de salud, (OMS, 2019).



A continuación los entrevistados manifestaron “...es lamentable que en ocasiones se tenga que recurrir al pago por un servicio...”, “... seria parte de la cultura del autocuidado...”, “...si está recibiendo un servicio tiene que pagarlo...”, “...paguen los servicios médicos...vamos a tener recursos para brindarles una mejor atención...”, “...deben contribuir económicamente a esa atención...”, “...paguen sus servicios médicos para que continúen con su proceso de curación...”, “...para que se siga manejando un tratamiento...”, “...incursionar en la educación al paciente donde todo tiene un costo...”, “...la cultura de autocuidado...que valoren la importancia del costo...”, “...detectar oportunamente un diagnóstico...evitar que se complique...”, “...hay estudios que no te cubre el seguro popular en el

causes...”, “...el seguro popular no cubrió...”, “...se les otorga a costos bajos o sin costo alguno...”, “...si se los da el instituto tienen que llevar su tratamiento completo y cuidarse...”, “...lo que no tiene precio, no tiene aprecio...”, “...ser atendidos por un especialista tiene un costo...”, “...la verdad muchos no vienen a atenderse por que tienen que pagar la consulta...en lo que juntan dinero...”, “...no cuentan con los recursos suficientes...”, “...del 75 al 80% el paciente desenvaina de su bolsillo...”, “...el paciente prefiere ir con el de la esquina porque el de la esquina le surte como si fuera receta de cocina y sale feliz...”, “...aquí son muchas cuestiones, creencias, usos y costumbres de nuestra nobleza mexicana...”, “...estamos haciendo es enconchar más a la gente...”, “...el malestar cuando no cubre...”, “...no estamos acostumbrados a pagar por nuestra salud...”, “...genera en ocasiones una insatisfacción...la falta de insumos...”, “...la salud le debe costar al mexicano porque no valora...”, “... también deberían de tomar más conciencia en poder ahorrar algo para esas urgencias...” la población incurre en gasto de bolsillo para solventar sus necesidades de salud, dicho gasto se incrementa si la inversión pública en el sistema de salud disminuye, situación altamente frecuente en países de ingresos medios y bajos, (...), México ocupa el sexto lugar entre los países miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) con menor gasto total en salud. (Salinas, Carrillo, Pérez, y García, 2019).



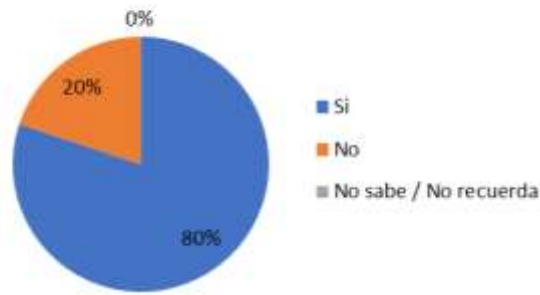
Grafica Elaboracion propia

El 89% de los usuarios desconoce el procedimiento para la devolución de cobros indebidos, solo el 11% conoce el procedimiento. En esta subcategoría analítica, podemos observar que existen un alto porcentaje de usuarios que desconocen

que en los sistemas de salud existe la devolución del gasto de bolsillo que realizaron si este fue indebido, en contraste con lo anterior los discursos de los PS están de acuerdo en que se paguen los servicios médicos, medicamentos y de diagnóstico y por el otro los que aseguran que no debe gastar el paciente que es un derecho que ellos deben tener, esta dicotomía nos ofrece una área de oportunidad, para que entre los prestadores de servicios puedan ellos expresar sus recomendaciones respecto a su postura y llegar a un punto de encuentro donde todos los actores directos e indirectos pudieran colaborar para que en primer punto sus discursos se engloben en el sentido de que ellos son parte de una estructura en salud, de la cual ellos son parte fundamental de la función y por ende estos actores deberían fundamentar sus funciones operativas en relación de la estructura que es dadora del servicio en salud, por lo cual una estructura que no cumple con objetivo de evitar a la sociedad el gasto de bolsillo, se vuelve una paradoja negativa y que esto ocurra en un momento en el que las políticas públicas se han comprometido a reducir la pobreza, vislumbrando una grave crisis financiera en los sistemas de salud llevando más a un umbral de pobreza a la sociedad.

1.7.5.1. Asociación de palabras variable gasto de bolsillo, software Iramuteq

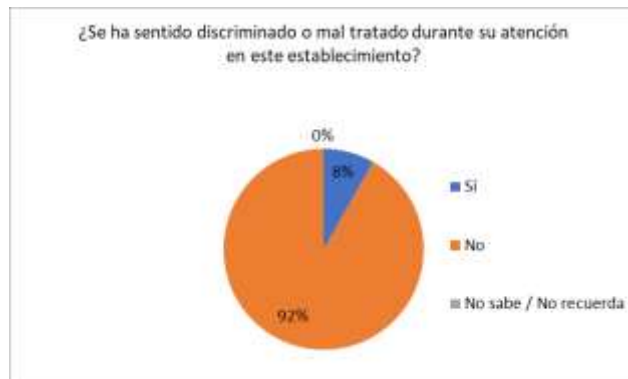
¿El personal del establecimiento lo trató con amabilidad y respeto?



Por otra parte los PS describen el trato digno como “...significa para mi tres palabras: amabilidad, respeto y empatía...”, “...desde el momento en que viene pues saludarlo...ser solidarios con ellos...”, “...dirigirme con respeto y seguridad al paciente...”, “...otorgar información clara y precisa...”, “...escucharlo, lo único que ellos piden es escucharlos...”, “...llevar un tratamiento adecuado de acuerdo a indicaciones médicas...”, “...respeto, amabilidad, cordialidad y con un lenguaje claro para que así sigamos el proceso adecuado...”, “...los recién nacidos no hablan pero nos guiamos por signos y síntomas que nos llegan a referir los papás...”, “...la mayoría se esmera en brindar una atención adecuada...”. El trato digno debe ser respetuoso bajo un esquema de calidad, no importando la condición económica, física o mental de los beneficiarios, alejado de todo apodo o adjetivo peyorativo, (Reyna, 2018).

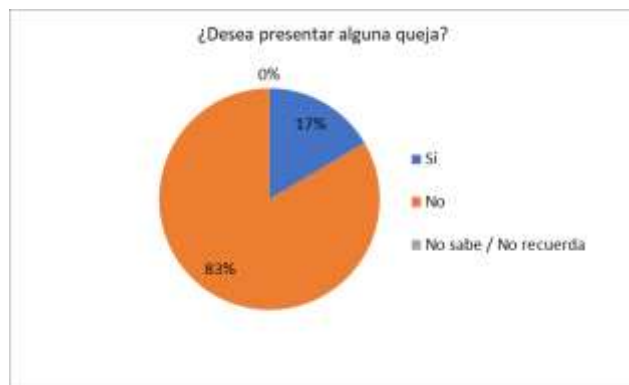
De 216 usuarios el 92% manifestó no sentirse discriminado y solo el 8% se sintió discriminado en el establecimiento durante la atención.

¿Se ha sentido discriminado o mal tratado durante su atención en este establecimiento?



En lo que toca a los PS significa que *“atender a toda la gente que lo solicite sin distinción alguna, ni de sexo, ni de credo ni de política alguna...”*, *“...tratar al usuario como persona como forma holística...”*, *“...tratemos a las personas como seres humanos...no dirigimos por la patología...”*, *“...los vemos como patologías hacemos a un lado a la persona a lo holístico...”*, *“...les hablamos incluso por diagnósticos o camas...”*, *“...tenga en todo momento el contacto con su familia...”*, *“...es nombrarlo por lo que es como ser humano y no por un órgano enfermo o un síntoma...”*, *“...trato adecuado, respetuoso, atención oportuna e información clara...”*, *“...trato de ponerme en sus zapatos...”*, *“...tener buena actitud y amabilidad...respetar sus derechos que todo paciente tiene...”*, *“...tener tolerancia y equidad...el dialogo que para mí es fundamental...”*, *“...los pacientes y familiares si agradecen al final de la atención... te bendicen...”*, *“...si es muy agradecida y mínimo un gracias si te lo dan...”*, *“...siempre dejar claro que ellos tienen la libertad de expresarse...”*, *“...no hay como la empatía y entender del otro lado...debes presentarte por tú nombre...”*, *“...lo más importante que creo que es respetar la individualidad de cada paciente...”*, estos diversos discursos manifiestan que el trato a los beneficiarios de los servicios de salud tienen el derecho de recibir la atención sin ningún tipo de discriminación, desde la relación médico-paciente, la entrega de todos los medicamentos y los insumos esenciales para un oportuno y temprano diagnóstico y tratamiento de los padecimientos detectados, existen factores que predisponen a las deficiencias en su cumplimiento, como el exceso de procesos burocráticos, carga de trabajo para el personal y la tendencia a la desprofesionalización,((Reyna, 2018; Martínez, Gómez, Lara, Cabello, 2015).

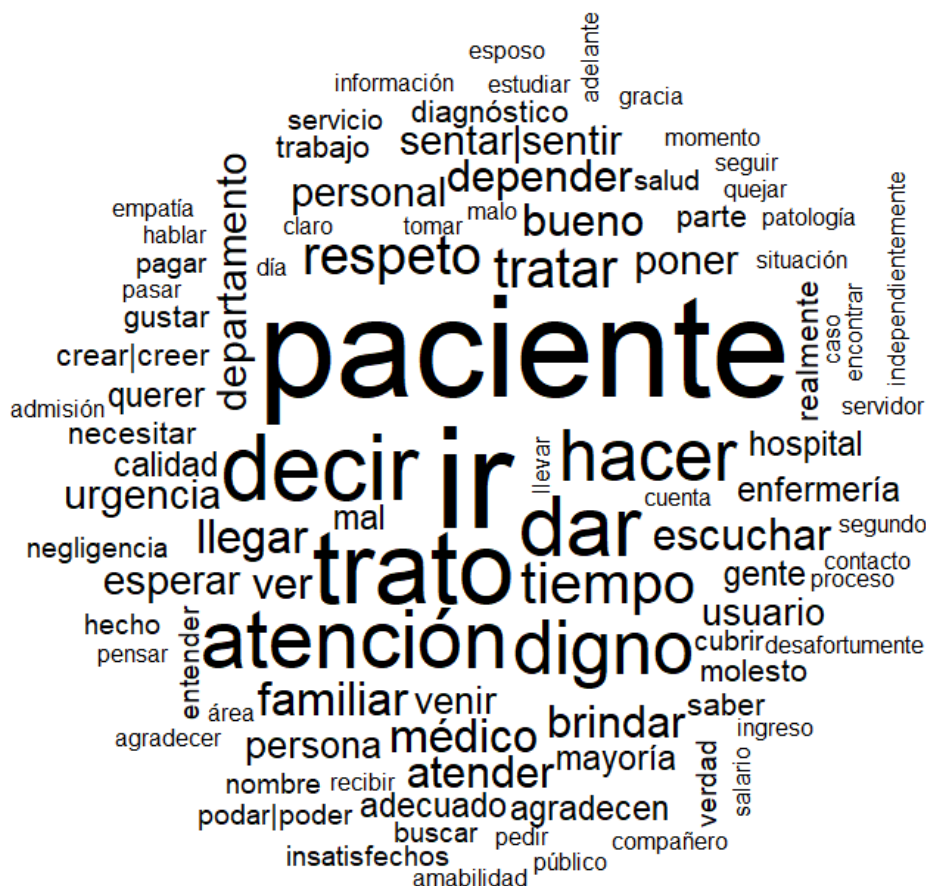
Con respecto a si los usuarios desean presentar una queja solo el 17% de los usuarios desea presentar una queja por el trato recibido, y el 83% está satisfecho con la atención, (ver grafica).



Respecto a la percepción de los usuarios los PS mencionan que “...se van insatisfechos de no haber recibido la atención esperada...”, “...llegan muy amables ya pasando el tiempo se enojan algunos porque no los atienden como ellos quisieran...”, “...se van insatisfechos cuando no se escucha bien a los pacientes...”, “...es multifactorial...”, “...explicar al paciente cambian completamente la perspectiva de estos...”, “...el grado de estudios de nuestro paciente o de su cultura...”, “...cirugías que pueden ser programadas pero los pacientes sienten que ya son necesarias operarse...”, “...no es satisfecha la demanda de atención en gran culpa la tenemos las organizaciones...”, “...les dan falsas expectativas desde un primer nivel...”, “...no cuentan con un familiar responsable...”, “...siempre va haber alguna personal que no le guste como tal trabajar...”, “...muchas veces los pacientes no se van insatisfechos aunque tú los trates bien...”, “...ya no es lo que tú puedas hacer si no lo que ellos quieren...”, “...ya depende de la ideología de cada gente...”, “...por la saturación el médico no les informa a los familiares...”, esta situación que viven diariamente los pacientes, se debe a una deficiente atención personalizada y a la deshumanización de quienes prestamos los servicios de salud, (Gutiérrez, 2007). De igual manera los PS se sienten insatisfechos en esta relación de atención en el proceso a lo que sus discursos exponen que ...” “...merecemos respeto como profesionistas...”, “...respeto de los pacientes y familiares...”, “...el 80% te agradece el trato digno que se da...”, “...antes era más común que la gente te diera bendiciones y demás...”, “...el respeto que ya se ha perdido bastante en algunos usuarios...”, “...es el libre ejercicio de la profesión...la responsabilidad profesional en todo el ejercicio del haber y del actuar...”, “...es impartir libremente mis conocimientos

aplicados a las necesidades de los pacientes...”, “...aplicar normas y reglas del establecimiento o la institución que yo me doy...”, “...empatía, escuchar lo que traen...es el respeto mutuo de un facilitador y conductor en procurar el estado de bienestar de salud...”, “...la ética médica...”, “...recibir de los pacientes y familiares un trato amable...”, “...respetar al personal y compañeros de trabajo...”, “...esperó recibir respeto, incluso hay una ley que protege al área médica y paramédica del trato indigno por pacientes, familiares...”, El trato digno debe seguir criterios importantes como la presentación del personal, su actitud hacia el paciente, así como la información que le brinda respecto a su estado de salud, este es un problema que día a día afecta al paciente y preocupa tanto a los trabajadores como al personal directivo, el gobierno y la institución deben inculcar una formación más humanizada para la atención sanitaria y el trato digno al colectivo que es dador de servicios de salud y que son los representantes de las instituciones públicas en salud, (Martínez, *et al*, 2015; Gutiérrez, 2007).

1.7.6.1. Asociación de palabras variable Trato digno, software Iramuteq.



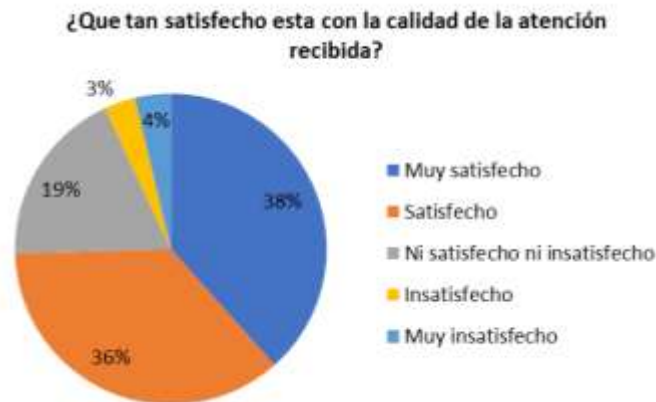
Para llegar al análisis estructural del discurso, utilizamos el software Iramuteq encontramos que el núcleo tiene una relación directa con el paciente ligado al núcleo se encontró: respeto, tratar, poner, hacer, decir, ir, llevar, bueno, necesitar, calidad, urgencia, enfermería, trato, digno, tiempo, familiar, medico, personal, brindar, esperar, atender, agradecer, adecuado, y en la periferia encontramos una cuestión discursiva donde: usuario, desafortunadamente, molesto, ingreso, salario, compañero, pedir, publico, amabilidad, insatisfechos, negligencia, crear, gustar, pasar, pagar, encontrar, independiente, hablar, empatía, trabajo, servicio, información, estudiar, gracias, seguir, quejar, patología.

1.7.7. Variable calidad de atención

Finalmente se analiza la variable de calidad de atención; para conocer el grado de satisfacción en usuarios que recibieron atención en un hospital de segundo nivel y

la construcción del significado que el PS lleva a cabo en el ámbito social en los intercambios constantes en el proceso de atención hospitalaria lo que permitió entender los siguientes discursos “...significa tratar al paciente como a mí me gustaría que me trataran...”, “...significa que el paciente o el usuario este convencido de la calidad que yo le doy...”, “...calidad es la satisfacción total del usuario...”, “...cubrir su satisfacción completamente y eso es calidad...”, “...es hacer lo mejor hacia tu paciente, con lo que tengas...”, “...calidad es hacer bien las cosas a la primera vez...”, “...si cada quien hace la parte que nos toca...”, “...la responsabilidad en cuanto al proceso de salud-enfermedad siempre es tripartita...”, “...que los pacientes estén satisfechos con la atención que yo les estoy brindando...”, “...se vayan contentos en todos los sentidos...”, “...que se les atienda rápido...”, “...que se lleven sus medicamentos...”, “...es un todo...depende de todos los departamento que intervienen...”, “...aquí si alguien deja de hacer su trabajo se rompe la calidad...”, “...se adquiere más cuando uno ya está en las trincheras...”, “...sentido de pertenencia de la institución como parte de facilitador en la procuración...”, “...calidad en los servicios es otorgar lo que este a tu alcance...”, “...está inmersa en cuanto a tu ética, principios y valores que debes en la praxis médica...”, “una organización solida...”, “...significa respeto mutuo entre la relación profesional de la salud y usuarios...”, “...aplicar todos los principios de ética profesional que es el respeto, equidad el no divulgar la información que se me da, más que con los compañeros involucrados en la cuestión de salud...”, “...significa que la institución brinda respeto a la gente y que lo hace de la mejor forma en todos los aspectos...”, “...otorgar una atención buena que sea cordial y que sea oportuna y que se realice en el momento logrando la satisfacción del usuario...”, la calidad debe ser la más apropiada posible, conforme a la ciencia y la tecnología en beneficio de la salud humana; (...) con la idea de cubrir las necesidades de los ciudadanos y respetando la de sus instituciones; Es decir, que las dimensiones que permiten medir la calidad de los servicios de salud están referidas a la calidad científico técnica, la satisfacción de los usuarios y la accesibilidad al servicio. (Villalba, 2007; Reyna, 2018).

Son las percepciones de los usuarios los que impulsa la utilización de los servicios de salud y que pueden ser que aumenten o disminuyan la demanda de atención, a continuación se presentan los resultados del análisis que muestra los siguientes datos: del total de usuarios la percepción en torno a la calidad de atención recibida fue que el 38% quedo muy satisfecho, el 36% está satisfecho, el 19% ni satisfecho ni insatisfecho, y el 3% insatisfecho, y el 4% que se percibió muy insatisfecho.



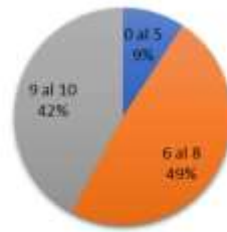
“...hay cuestiones que tiene que ver mucho con lo que el gobierno promete a la gente...”, “...vienen con esa idea que se les va otorgar todo y al ver que no es verdad pues su molestia se ve reflejada...” “...los indicadores están mal se puede percibir que quien los elaboro es una persona que realmente no atiende a un paciente...”, “...instituto solicita números a ellos les interesa producir números y no calidad...”, “...el gasto público ya es insuficiente...”, “...el mismo seguro popular no les alcanza a cubrir, por ejemplo alguna válvula en ventrículo peritoneal...”, “...poca cantidad de médicos especialistas...”, “...déficit de plazas a cubrir...”, El derecho a la salud constituye uno de los derechos humanos fundamentales, que son aquellos que existen con anterioridad a la sociedad y al Estado, ya que corresponden a la persona humana por su condición de tal y por el sólo hecho de serlo(Donato, OMS, 2017).

“...hablan de que hay otorgamiento de fichas y no alcanzan...”, “...una mala comunicación entre niveles de atención...”, “...el primer nivel no está cubriendo la demanda de pacientes...”, “...el 80% de los pacientes que llegan al hospital realmente no son urgencias...”, “...pacientes son mal referidos y el paciente puede

venir o los papás con una falsa expectativa y eso merma la calidad de atención...”, aun con esto persisten las desigualdades entre los diferentes esquemas de aseguramiento del Sistema Nacional de Salud, conformada por los 3 niveles de atención y que está fragmentada y desarticulada, (Corona, 2017). Los discursos de los (PS) evidencian que existe una falta de comunicación entre niveles de atención con un primer nivel de atención que mediante otorgamiento de fichas limita el acceso a la población a una atención preventiva y oportuna, mostrando ser una de las principales causas de inequidad y acceso en la atención primaria a la salud y que su función es de prevención y promoción de la salud y su objetivo principal es la prevención de enfermedades. *“...limitados en cuanto estudios de gabinete, estudios químicos...no contamos con todo el recurso...”, “...mejoras de infraestructura en urgencias, medicina interna, cirugía general...”, “no tenemos equipo de vanguardia y acorde a las padecimientos...”, “...se requiere en el servicio de urgencias una unidad de choque avanzada...”, “...ampliar el servicio de traumatología y ortopedia...”, “...la incapacidad de poder llegar a un diagnóstico integral por falta de termografía y de ultrasonografía...”, “...tienen que trabajar con lo que el régimen estatal les está ofreciendo...”, “...un tomógrafo, un equipo para resonancias magnéticas...”, “...más espacios físicos para trabajar adecuadamente por las diferentes patologías y/o lesiones que tienen los pacientes...”.* En México, se ha reportado que la percepción de mala calidad de los servicios de salud ofrecidos por los diferentes subsistemas de aseguramiento ocasiona que la población con seguridad social utilice servicios de salud privados, la precariedad de la infraestructura médica y su distribución quebrada implica que los pacientes se vean excluidos y que tengan que hacer uso del gasto de bolsillo limitando el acceso a un diagnóstico completo de los servicios de salud (Contreras, et al., 2013; Salinas, et al. 2019).

Los usuarios calificaron la calidad de atención medica de 0 a 5 el 9%, de 6 a 8 el 49% y finalmente con el 42% de 9 a 10.

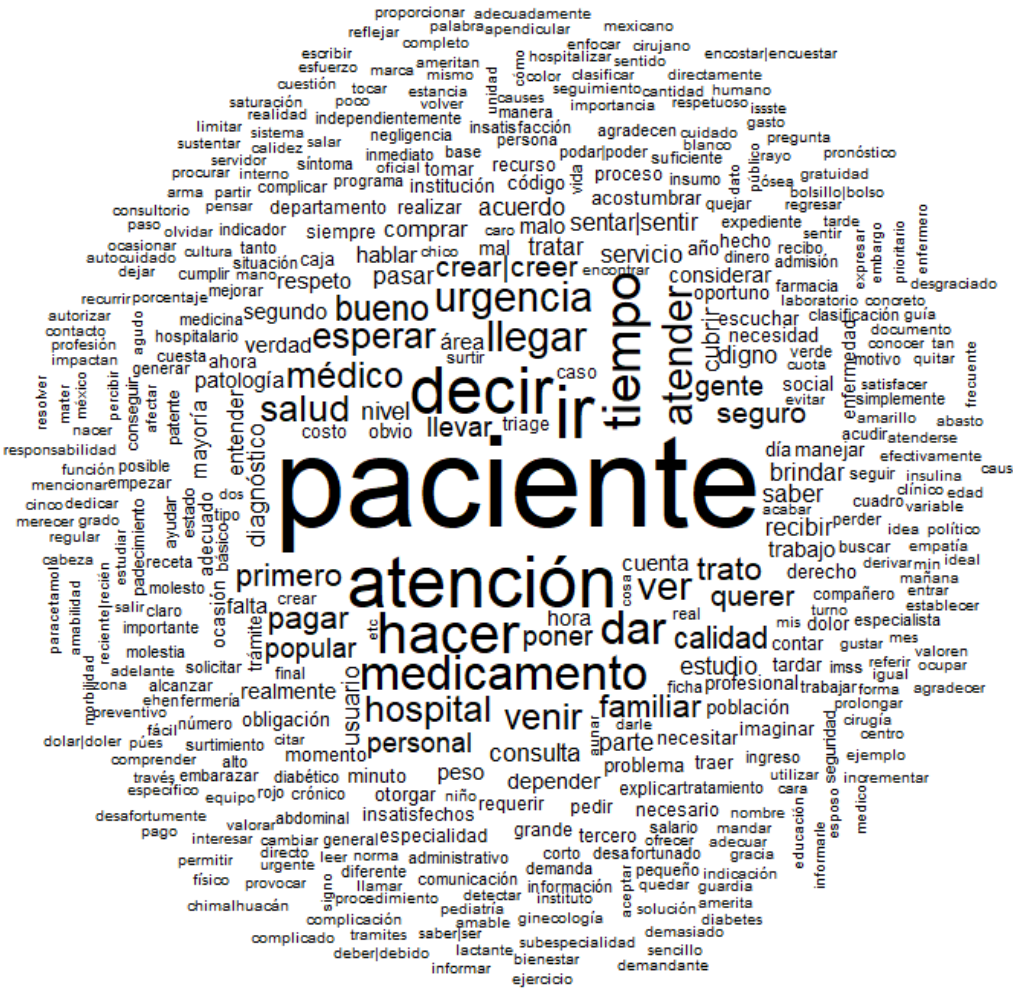
¿Que calificación le da a la calidad de la atención médica recibida del 0 al 10 donde 10 es muy satisfecho y 0 es muy insatisfecho?



Los discursos de los PS describen el motivo de la insatisfacción que persistieron de los usuarios en el proceso de atención *“...quieren ser curados rápidamente y salir lo más pronto posible del hospital...”*, *“...desafortunadamente la medicina se ha deshumanizado...”*, *“...algunos pacientes se van molestos porque no quieren cumplir con la normatividad establecida...”*, *“...necesitamos sensibilizarnos más...”*, *“...que esos procesos se acorten...simplificar mucho los trámites administrativos...”*, *“...no nos ayuda ni la capacitación del personal ni la tecnología que nos hace falta...”*, *“...el que origino esa queja que consecuencias tubo su actitud...”*, *“...desconocen los procesos de atención entonces creen que no se les está atendiendo...”*, *“...si se clasifican amarillo se pasan al interior del hospital y están sentados...”*, *“...descontento por una asociación que tenemos aquí muy conocida...”*, *“...por la falta de confort...”*, *“...generalizan me atendieron mal solo por una persona...”*, *“...no da calidad quien no tiene y no sabe lo que significa...”*, *“...incluyendo la tramitología burocrática que ahogan la atención oportuna y minimizan la calidad de atención...”*, *“...el indicador de 15 minutos rompe la calidad de atención...”*, *“...la institución que nos debe de proveer todos los insumos y de materiales necesarios para la atención...”*, *“...la institución no me da todos los recursos...”*, *“...sobrecarga de trabajo...”*, *“...hay que recibirlos en sillas por que el médico prefiere recibirlo que rechazarlo...”*, *“...no hay camas suficientes en el servicio de urgencias...”*, *“...la zona en la que estamos es una zona marginada generalmente la gente es de bajos recurso...”*, *“...la zona de Chimalhuacán son de muy bajos recursos...”*, *“...es mucha la gente que acude y sobrepasa al médico que está en ese momento...”*, *“...la falta de educación de mucha población en el autocuidado y prevención...”*, *“...la atención oportuna por*

falta de educación provoca que los pacientes ya lleguen muy graves...”, “...llegan aquí y apenas son diagnosticados...”.

1.7.7.1. Asociación de palabras variable Calidad de atención, software Iramuteq.



Para llegar al análisis estructural del discurso, utilizamos el software Iramuteq encontramos que el núcleo tiene una relación directa con el paciente ligado al núcleo se encontró: esperar, urgencia, llegar, tiempo, atender, cubrir, gente, seguro, saber, costo, atención, hacer, medicamento, familiar, poner, calidad, querer, estudio, cuenta, y en la periferia encontramos una cuestión discursiva donde: empatía, especialistas, valoren, amabilidad, morbilidad, complicación, agradecer, adecuadamente, saturación, pronóstico, gasto, humano, holístico.

1.8. Conclusión

Esta investigación demuestra que la calidad de la atención entendida como asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios terapéuticos y de diagnóstico más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores, los conocimientos del paciente, y del servicio médico, para lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgos y de efectos iatrogénicos obteniendo la máxima satisfacción del paciente con el proceso, definición de la OMS y que está inserta dentro los programas prioritarios en salud en México, esta es evaluada desde inicios de la década de los cincuenta, donde el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) mostro los primeros esfuerzos por mejorar la calidad de la atención médica, Las definiciones y los métodos de medición existentes de la calidad de la atención en salud no suelen abordar en su totalidad las complejidades existentes en la mejora de los servicios de salud por lo cual la calidad de la atención es subsumida dentro de significados que se enmarcan en un cuadro altamente contradictorio a lo que nosotros estábamos condicionados a entender.

En un primer nivel, encontramos que la calidad de la atención recibida, los usuarios y PS suelen exigir sus derechos pero no siempre cumplen con todas sus obligaciones, llevando la relación a la deshumanización, al trato hostil, ante esto el PS debe esforzarse en comprender al paciente, y cumplir con el rol de un servicio de ayuda, conocimiento y voluntad.

En segundo nivel encontramos el tiempo de espera donde los discursos se engloban en la saturación de los servicios médicos, donde el tiempo es insuficiente para establecer una comunicación y empatía adecuada con su paciente y familiar, es aquí donde se hace visible que los PS que laboran en el sector salud de nuestro país, son exigidos a rendir una mayor productividad, con menos recursos descuidando la calidad de atención.

El siguiente tercer nivel es el surtimiento de medicamentos, vislumbra deficiencias en el acceso oportuno a ellos y esto tienen repercusiones directas en la calidad de atención, ya que algunos pacientes carecen de los recursos económicos necesarios para adquirirlos, cuando estos no les fueron surtidos después de la atención médica.

El cuarto nivel corresponde al gasto de bolsillo, donde la estructura no cumple con el objetivo de evitar a la sociedad el gasto de bolsillo y se vuelve una paradoja negativa, y que esto ocurra en un momento en el que las políticas públicas se han comprometido a reducir la pobreza, estos datos negativos llevan más a un umbral de pobreza del colectivo en la sociedad.

El quinto nivel considerado como el trato digno donde la institución de salud debe inculcar en el binomio profesional de la salud-usuario una relación más humanizada en el proceso de atención, donde el colectivo que es dador de servicios de salud y representantes de las instituciones públicas en salud.

Finalmente el sexto nivel que engloba la calidad de atención donde los actores que intervienen en el proceso Salud/Enfermedad/Atención asuman una responsabilidad impostergable dentro del rol y el contexto donde adquiere dicha responsabilidad, encaminados a una misma dirección y objetivo, que dé respuesta a las necesidades individuales y colectivas de salud de la sociedad.

En este sentido las categorías de atención recibida, tiempo de espera, surtimiento de medicamentos, gasto de bolsillo, trato digno y calidad de atención demuestran que existe una desarticulación y fragmentación entre la estructura y las funciones de los actores, entendido esto como los PS y usuarios donde las relaciones de

intercambio de servicios y prestaciones no son entendidas de manera unidireccional, si no que estas entendidas como fenómenos propios de categorías de dominación y poder que al final la calidad de atención queda olvidada como el eje rector en la satisfacción del usuario y el prestador del servicio, por lo cual esta investigación abre un paradigma en el área de la salud donde la investigación cualitativa debe ser una herramienta de búsqueda de la participación social de todos los actores.

1.9. Aportación desde la mirada de la sociología de la salud


Después del análisis de la información de la presente investigación se hacen las siguientes aportaciones, encaminadas a generar nuevas líneas de investigación enfocadas a la Sociología de la Salud.

- Fortalecer la calidad de atención mediante los Círculos de Calidad, creando conciencia de calidad, responsabilidad compromiso social y productividad en todos y cada uno de los actores del hospital (autoridades, sindicato profesionales de la salud y usuarios), a través del trabajo en equipo y el intercambio de experiencias, conocimientos, así como el apoyo recíproco, para detectar áreas de oportunidad que afecten el adecuado desempeño y la calidad de atención hospitalaria.
- Proponer metodologías educativas en todas las instancias de formación de profesionales de la salud que implementes métodos de formación con enfoques en acciones encaminadas a la calidad total de las instituciones.
- Estudiar, analizar y fortalecer el modelo de Gobernanza en el sistema de salud, para configurar y reestructurar la capacidad de brindar una mejor cobertura de atención ante las problemáticas de salud de la población, ir más allá del liderazgo y la voluntad política mejorando la calidad de vida de la población.

- Avanzar en la universalización de los servicios, estandarizando procesos que den uniformidad a una estructura desarticulada y fragmentada entre las diferentes instituciones de salud pública.
- Avanzar en la corresponsabilidad ciudadana en la prevención de enfermedades, mediante acciones de autocuidado en salud.

2.0. Anexos

Anexo 1. Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de Servicios de Salud (MOSESS), Cedula de encuesta de satisfacción.



SEGURO POPULAR
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

MOSESS
Cédula de Encuesta de Satisfacción

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN						
Entidad		Establecimiento				
CLIES		Nivel de atención	1° () 2° () 3° ()			
Nombre del Gestor				Cartera:	CAUSES () FPGC () SMS XXI ()	
Fecha	Página		Sexo	M () F ()	Edad	
Nombre del Afiliado						

Instrucciones: El personal asignado para aplicar la cédula deberá presentarse ante el beneficiario con respeto y explicarle el objetivo de la Encuesta de satisfacción, asegurando que los datos asentados en la cédula serán tratados con confidencialidad. Aplicar la encuesta posterior a la entrega del medicamento.

ESCOLARIDAD

1.- ¿Cuál fue el último año o grado completo de estudios que aprobó en la escuela?

Ninguno Secundaria Carrera técnica o comercial
 Preescolar o Kinder Preparatoria o Bachillerato Profesional o Superior No sabe / No recuerda
 Primaria Normal Maestría o Doctorado

ASPECTOS DE ASEGURAMIENTO

2.- Al Afiliarse, ¿Le entregaron su Carta de Derechos y Obligaciones? Sí No No sabe / No recuerda

3.- ¿Le explicaron el contenido de la Carta de Derechos y Obligaciones? Sí No No sabe / No recuerda

MOTIVO DE CONSULTA

4.- ¿Cuál es el motivo por el que acudió a este establecimiento?

Consulta externa Hospitalización Medicina preventiva (vacuna, método anticonceptivo)
 Urgencia Auxiliares diagnósticos (Laboratorio / Rayos X) Farmacia Otro (Especifique)

5.- ¿Le dieron información clara sobre su enfermedad o el motivo por el que acude a este establecimiento? Sí No

6.- ¿Entendió la información que le dio el médico en relación a su padecimiento? Sí No (Especifique)

7.- ¿Se atendería nuevamente con el mismo médico? Sí No No sabe / No recuerda

8.- ¿Recomendaría al médico que lo atendió con otras personas? Sí No No sabe / No recuerda

9.- De una escala del 1 al 5, siendo el 1 Muy insatisfecho y 5 Muy satisfecho. ¿Cómo calificaría a quién lo (la) atendió del área médica?

Médico general o familiar	Enfermera (o)	Médico Especialista:
<input type="radio"/> 5. Muy Satisfecho	<input type="radio"/> 5. Muy Satisfecho	<input type="radio"/> 5. Muy Satisfecho
<input type="radio"/> 4. Satisfecho	<input type="radio"/> 4. Satisfecho	<input type="radio"/> 4. Satisfecho
<input type="radio"/> 3. Ni satisfecho ni insatisfecho	<input type="radio"/> 3. Ni satisfecho ni insatisfecho	<input type="radio"/> 3. Ni satisfecho ni insatisfecho
<input type="radio"/> 2. Insatisfecho	<input type="radio"/> 2. Insatisfecho	<input type="radio"/> 2. Insatisfecho
<input type="radio"/> 1. Muy insatisfecho	<input type="radio"/> 1. Muy insatisfecho	<input type="radio"/> 1. Muy insatisfecho
<input type="radio"/> No aplica	<input type="radio"/> No aplica	<input type="radio"/> No aplica

ATENCIÓN RECIBIDA

10.- De una escala del 1 al 5, siendo el 1 Muy insatisfecho y 5 Muy satisfecho. ¿Qué tan satisfecho(a) está con la atención médica recibida?

5. Muy Satisfecho 4. Satisfecho 3. Ni satisfecho ni insatisfecho 2. Insatisfecho 1. Muy insatisfecho

11.- Si pudiera elegir, ¿se atendería en el mismo establecimiento? Sí No No sabe / No recuerda

TIEMPOS DE ESPERA

12.- Una vez que estuvo dentro del establecimiento de salud ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar desde que recibió su ficha u hora de consulta programada hasta que recibió atención? Hora: Minutos (Hasta 59 min):

13.- En una escala del 1 al 5, siendo el 1 Muy insatisfecho y 5 Muy satisfecho. ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que tuvo que esperar desde que solicitó atención hasta que la recibió?

5. Muy Satisfecho 4. Satisfecho 3. Ni satisfecho ni insatisfecho 2. Insatisfecho 1. Muy insatisfecho

SURTIMIENTO DE MEDICAMENTOS

14.- ¿Le surtieron todos los medicamentos que le recetaron?

Surtimiento completo No surtieron (Ningún medicamento)
 Surtimiento parcial (Algunos medicamentos) Sin surtimiento surtimiento porque el paciente no pasó a farmacia.... PASE A PREGUNTA 17

15.- En caso de responder Surtimiento parcial o No surtieron y para beneficiarios de las Carteras del FPGC y 5 MXKI especificar los medicamentos faltantes. Describir:

Sustancia Activa	Concentración	Presentación

16.- En una escala del 1 al 5, siendo el 1 Muy insatisfecho y 5 Muy satisfecho. ¿Qué tan satisfecho está con el surtimiento de medicamentos?

5. Muy Satisfecho 4. Satisfecho 3. Ni satisfecho ni insatisfecho 2. Insatisfecho 1. Muy insatisfecho

GASTO DE BOLSILLO

17.- Durante el proceso de atención en los últimos meses, ¿Ha tenido que realizar compra de medicamentos? Sí No No sabe / No recuerda

18.- Durante su proceso de atención ¿Le han solicitado pagar por algún servicio? Sí No... PASE A PREGUNTA 20 No sabe / No recuerda

19.- ¿Que servicio pagó? Consulta externa Estudios laboratorio y/o imagen
 Atención en urgencias Instrumental o equipo médicos Impresa o mantenimiento
 Hospitalización Ofamada

20.- ¿Conoce el procedimiento para solicitar la devolución del pago por cobro indebido? Sí No

TRATO DIGNO

21.- ¿El personal del establecimiento lo trató con amabilidad y respeto? Sí... PASE A PREGUNTA 23 No

22.- Especificar ¿Por parte de quién no recibió un trato amable y respetuoso?

Médico del consultorio Ofamada Archivo
 Médico de Urgencia Trabajo Social Vigilancia
 Enfermería Oficio de Sangre Impresa

23.- ¿Se ha sentido discriminado o mal tratado durante su atención en este establecimiento? Sí No... PASE A PREGUNTA 26

24.- Especificar ¿Por parte de quién recibió discriminación?

Médico del consultorio Ofamada Archivo
 Médico de Urgencia Trabajo Social Vigilancia
 Enfermería Oficio de Sangre Impresa

25.- Especificar si fue por alguno de los siguientes motivos:

Edad Su sexo Preferencia sexual
 Apariencia física Forma de vestir Discapacidad
 Condición socioeconómica Costumbre o cultura Otros (especifique)

26.- ¿Desea presentar alguna queja? Sí No... FIN DE LA ENCUESTA

27.- Especificar el rubro de la queja Atención recibida Cobro o pago
 Tiempo de espera Infraestructura
 Entrega de medicamentos Otros (especifique)

OBSERVACIONES

Anexo 3 Carta de Derechos y Obligaciones 2018 afiliados del Seguro Popular

Carta de Derechos y Obligaciones

Derechos del Afiliado

Como beneficiario del Seguro Popular tienes derecho:

- Servicios integrales de salud.
- Atención igualitaria y de calidad.
- Trato digno y respetuoso.
- Medicamentos prescritos que correspondan a los servicios de salud.
- Información suficiente, clara, oportuna y veraz respecto a la atención de tu salud.
- Acceso al informe anual de gestión del Seguro Popular.
- Expediente clínico.
- Decidir libremente sobre tu atención.
- Otorgar o no tu consentimiento respecto a tratamientos o procedimientos.
- Ser tratado con confidencialidad.
- Alternativa a una segunda opinión.
- Atención médica de urgencias.
- Información para el acceso y obtención de servicios de atención médica.
- No cubrir cuotas de recuperación por los servicios que recibes.
- Derecho a presentar quejas ante los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud o ante los Servicios Estatales de Salud.
- Ser atendido cuando te inconformes con la atención médica recibida.

Obligaciones del Afiliado

Como beneficiario del Seguro Popular tienes las siguientes obligaciones:

- Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Hacer uso de la Póliza de Afiliación.
- Informarte sobre los procedimientos para el acceso y servicios de atención médica.
- Informar verazmente y con exactitud sobre tus antecedentes, necesidades y problemas de salud.
- Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamientos o procedimientos generales a los que hayas aceptado someterte.
- Informarte acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se te indiquen o apliquen, así como los procedimientos de consultas y quejas.
- Cubrir oportunamente las cuotas familiares y reguladoras que, en su caso, se te fijen.
- Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros usuarios y sus acompañantes.
- Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento.
- Hacer uso responsable de los servicios de salud.
- Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud y para la definición del monto a pagar, en su caso, por concepto de cuota familiar.

Algunas enfermedades y padecimientos que cubre el Seguro Popular:

- Vacunación
- Diabetes
- Gacetas agudas
- Otorrino
- Cáncer de mama
- Tumores renales
- Cáncer testicular
- Tumores del ojo

Conoce a los Gestores del Seguro Popular

La Gestora y el Gestor del Seguro Popular son quienes pueden asesorarte acerca de los beneficios que obtienes gracias a la cobertura de tu póliza de afiliación.

Localiza a la Gestora y al Gestor del Seguro Popular en las Unidades de Salud acreditadas, incorporadas a la Red de Prestadores de Servicio.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEGURO POPULAR
REGIMEN ESPECIAL DE PROTECCIÓN SOCIAL

CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA

01 800 7678527

Horario: Días hábiles de 9:00 - 18:00hrs.

www.gob.mx/salud/seguropopular

f t g+ y

Bibliografía

Abánades Jorge R. (2009). La noción de “uso” en el Tractatus de Wittgenstein. Revista de Filosofía Vol. 34 Núm. 2 (2009): Recuperado de:

<https://revistas.ucm.es/index.php/RESF/article/download/RESF0909220073/A/8938>

Agudelo, Pedro A. (2011) hilvanar el sentido/los juegos de Penélope. Una revisión del concepto imaginario y sus implicaciones sociales. Uni-pluri/versidad Vol.11 No.3, 2011. Universidad de Antioquia. Medellín. Col. Versión Digital. <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/unip/issue/current>

Aguilar Barojas, S., & Hernández Camas, A., & Flores Castillo, K. (2007). Satisfacción por el tiempo de espera y surtimiento de medicamentos de afiliados y no al seguro popular en un centro de atención primaria a la salud en Tabasco. Salud en Tabasco, 13 (2), 647-653. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/487/48713205.pdf>

Álvarez Gayou; (2003). Como Hacer Investigación Cualitativa, Fundamentos y metodología. Recuperado de: <http://www.ceppia.com.co/Herramientas/Herramientas/Hacer-investigacion-alvarez-gayou.pdf>

Arakaki J. (2010). Significados y concepciones de la Enfermería: el punto de vista de estudiantes de la carrera de la Universidad Nacional de Lanús, 2008-2010. Salud Colectiva. 2013;9(2):151-167. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v9n2/v9n2a03.pdf>

Baos Vicente V. (1999). “La calidad en la prescripción de medicamentos”, Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Vol. 23–No 2-1999. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/en/biblioPublic/publicaciones/docs/prescripcion.pdf>

Cabello Morales E. (2001). Calidad de la Atención Médica: ¿Paciente o cliente?. Rev Med Hered 12 (3), 2001 Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v12n3/v12n3ce2.pdf>

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación Última Reforma DOF 21-06-2018, México
Recuperado de:

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262_210618.pdf

Carreón R. Guijarro A. & Ibarra O. (2012), Infraestructura y Cobertura Universal en Salud, Centro de Investigación y Docencia Económica A.C. (CIDE) consultado el 15 de noviembre de 2018. Disponible en:

<http://www.libreriacide.com/librospdf/DTE-548.pdf>

Casas P. y Rodríguez T. (2018). Representaciones sociales del sector Salud Mexicano: La voz de los usuarios. Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente E-ISSN2316-3798 DOI-10.17564/2316-3798.2018v6n3p9-28 Recuperado de:

<https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/view/5467/pdf>

Castro, W. F. y Godino, J. D. (2011). Métodos mixtos de investigación en las contribuciones a los simposios de la SEIEM (1997-2010). En, M. Marín et al (Eds), Investigación en Educación Matemática XV (pp. 99). Ciudad Real: SEIEM. Recuperado de:

http://funes.uniandes.edu.co/1803/1/374_Castro2011Metodos_SEIEM13.pdf

Cegarra, J; (2012). Fundamentos Teóricos Epistemológicos de los Imaginarios Sociales. Cinta de moebio, (43) 1-13. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/cmoebio/n43/art01.pdf>

César Santivañez P. (2018). Seguridad de la atención en el Perú: situación y perspectivas. Atención de salud con calidad, Consejo Regional III Lima Colegio Médico del Perú Compiladores Oswaldo Lazo-Gonzales y Álvaro Santivañez-Pimentel Primera edición: mayo de 2018 Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú No. 2018-07023

Comisión Nacional de arbitraje Médico. “Información Estadística Institucional del 1er. Trimestre del año 2019” CONAMED 2019. Recuperado de:

<https://www.gob.mx/conamed/documentos/informacion-estadistica-2019>

Comisión Nacional de arbitraje Médico. “Qué es y cuál es la importancia de la queja médica” CONAMED 2016. Recuperado de: www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin8/importancia_queja.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018. Ciudad de México: CONEVAL, 2018. Recuperado de: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf

Contreras-Loya, David, Reding-Bernal, Arturo, Gómez-Dantés, Octavio, Puentes-Rosas, Esteban, Pineda-Pérez, Dayana, Castro-Tinoco, Manuel, & Garrido-Latorre, Francisco. (2013). Abasto y surtimiento de medicamentos en unidades especializadas en la atención de enfermedades crónicas en México en 2012. Salud Pública de México, 55(6), 618-626. Recuperado en 23 de junio de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013001000010&lng=es&tlng=es.

Diario Oficial de la Federación, (2012), ACUERDO 42.1336.2012 de la Junta Directiva, relativo a la aprobación del Reglamento para el Surtimiento de Recetas y Abasto de Medicamentos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Recuperado de:

Diario Oficial de la Federación, (2013), Programa Sectorial de la Salud 2013-2018, Recuperado de: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013

Diario Oficial de la Federación, (2014), Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmmpsam.html>

- Evans, J. y Lindsay, W. (2005). Administración y control de la calidad: La filosofía de Deming. Honduras: Universidad Nacional Autónoma de Honduras Centro Universitario Regional del Litoral Atlántico. Recuperado de <https://jorriveraunah.files.wordpress.com/2011/06/capitulo-3-filosofias-y-marcos-de-referencia-de-la-calidad.pdf>
- Fernández P. (2018), La categoría Social del Voluntariado y su Realidad en España, Revista Internacional de Sociología, [S.l.], v. 60, n. 32 p. 181-198, sep. 2018. ISSN 1988-429X. Recuperado de: <<http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/721>>. doi:<http://dx.doi.org/10.3989/ris.2002.i32.721>.
- Gutiérrez-Meléndez L. (2007). El trato humano, ¿incrementa el costo en la calidad de la atención?, Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2007; 15 (3): 121-123 Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim073a.pdf>
- Hernández Cabrera V. (2016). “La construcción de significados sobre la sexualidad en dos grupos de adolescentes en la Ciudad de México”, (Tesis de maestría). División de Ciencias Biológicas y de la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). Metodología de la Investigación (6ta ed.). Ciudad de México, México: McGraw-Hill.
- Horwitz C. Florenzano U. Ringeling P. (1985). Familia y Salud Familiar. Un Enfoque para la Atención Primaria, Recuperado de: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v98n2p144.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (2014), Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer (4 de febrero), datos del estado de México Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2014/cancer15.pdf>

- Ishikawa, K. (1986). ¿Qué es el control total de calidad?: la modalidad japonesa/Kaoru Ishikawa: traducción de Margarita Cárdenas; revisión técnica de Hugo Salazar Marciales. Bogotá, Colombia: Editorial Norma. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=MWGOXKteTQwC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Jacorzynski, Witold. (2011). La filosofía de Ludwig Wittgenstein como una nueva propuesta para la antropología y las ciencias sociales. *Sociológica* (México), 26(74), 177-204. Recuperado en 26 de junio de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732011000300006&lng=es&tlng=es.
- Martínez de los Santos, S., & Gómez Hernández, F., & Lara Gallegos, M. (2015). Percepción y cumplimiento del trato digno como indicador de calidad en la atención de enfermería en derechohabientes de una institución de salud. *Horizonte Sanitario*, 14 (3), 96-100. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457844966004>
- Modelos de las Naciones unidas (s.f.). CINU, Centro de Información de las Naciones Unidas. Recuperado de: <http://www.cinu.mx/modelos/como-organizar-tu-modelo/introduccion/>
- Naranjo B. IC, Ricaurte G. GP. La comunicación con los pacientes. *Invest. Educ. enferm.* 2006; 24(1): 94-98 Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a10.pdf>.
- Nava G., Zamora R. (2010). Percepción del trato digno de los familiares de los enfermos neurológicos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. 2010; *Enf Neurol (Mex)* Vol. 9 No. 1:32-38, 2010 ©INNN, 2010, Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene101i.pdf>

- Noguera Ortiz N, Muñoz de Rodríguez L. (2014). Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia. 2014;16(1):27-48. doi:10.11144/Javeriana.IE16-1.sgha
- Pole, K. (2009) "Diseño de metodologías mixtas. Una revisión de las estrategias para combinar metodologías cuantitativas y cualitativas". En Renglones, revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades, núm.60. Tlaquepaque, Jalisco: ITESO. Recuperado de: https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/252/kathryn_pole.pdf?sequence=2
- Ramírez, L. (2016). Derecho humano y presupuesto. La política social en México y los derechos humanos. Revista mensual de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, año XIV, núm. 8, pp. 43-47. Recuperado de: https://cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/05/dfensor_08_2016.pdf
- Reyna-Lara M. Derechos y obligaciones de los usuarios del servicio de salud. Med Int Méx. 2018 septiembre-octubre; 34(5):780-791. DOI: <https://doi.org/10.24245/mim>.
- Rodríguez Pérez MP. Grande Armesto M. Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 consultado 15 de noviembre de 2018. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n14-1_Calidad_asistencial.pdf
- Rodríguez Pérez MP. Grande Armesto M. Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 consultado 15 de noviembre de 2018. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n14-1_Calidad_asistencial.pdf
- Rojas-Ochoa, F. (2006). Viejas y nuevas técnicas en la atención hospitalaria. Salud en Tabasco, 12 (2), 449-452. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48712208>

Rojo Pérez, Nereida, & García González, Rosario. (2000). Sociología y salud. Reflexiones para la acción. Revista Cubana de Salud Pública, 26(2), 91-100. Recuperado en 16 de junio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662000000200003&lng=es&tlng=es.

Romero Caballero M. (2016). "Significado del trabajo y sentido de la profesión en la academia en Colombia". Athenea Digital-16(2): 427-435 (julio 2016) TESISTECA ISSN:1578-8946.

Salinas-Escudero, G., Carrillo-Vega, M., Pérez-Zepeda, M., & García-Peña, C. (2019). Gasto de bolsillo en salud durante el último año de vida de adultos mayores mexicanos: análisis del Enasem. Salud Pública de México, 61. doi:<http://dx.doi.org/10.21149/10146>

Sánchez Barrón L. (2012). "Satisfacción de los usuarios de consulta externa en una institución de seguridad social en Guadalupe Nuevo León", (Tesis para obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública). Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Secretaria de la Salud, Dirección General de Promoción de la Salud Ley General de Salud, 17 de agosto de 2015, México Recuperado de: http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

Secretaria de Salud, (2002), ACUERDO por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud. Recuperado de: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/assrosp.html

Secretaria de Salud, (2002), Lineamientos Operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7493.pdf>

Secretaria de Salud, (2006), Sistema de Monitoreo de los Indicadores de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Recuperado de:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/indicadores/notas/indicador41.pdf>

Secretaria de Salud, (2014), Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf

Secretaria de Salud, (2016), Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED), PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN ÍNDICE DE TRATO, (2016). Recuperado de: http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/trato/doc_tecnico.pdf

Secretaria de Salud, (2018), Carta de Derechos y Obligaciones 2018: <https://www.gob.mx/salud%7Cseguropopular/documentos/carta-de-derechos-y-obligaciones-2018>

Sergi Valera; (1993). El significado social del espacio: Estudio de la identidad social y los aspectos simbólicos del espacio urbano desde la Psicología Ambiental. Recuperado de: <http://www.ub.edu/escult/valera/valera.pdf>

Silvia Martínez S., Francisca Gómez H., Lara Gallegos M., Cabello Morales E. (2015). Percepción y cumplimiento del trato digno como indicador de calidad en la atención de enfermería en derechohabientes de una institución de salud. Horizonte sanitario / vol. 14, no. 3, septiembre-diciembre 2015 Recuperado de: <http://ri.ujat.mx/bitstream/20.500.12107/1987/1/-810-911-A.pdf>

Vergara Henríquez P. (2011). "El sentido y significado personal en la construcción de la identidad personal", (Tesis para optar al grado de magíster en psicología mención clínica infanto juvenil). Facultad de Ciencias Sociales Escuela de Posgrado Programa de Magíster en Psicología Mención Clínica Infanto Juvenil, Universidad de Chile.

Vergara Henríquez P. (2011). El sentido y significado personal en la construcción de la identidad personal. (Tesis para optar el grado de Magister en

psicología Mención clínica infanto juvenil). Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115294/Tesis%20Ps.%20P aula%20Vergara.pdf?sequence=1>

Vicencio Leyton, O. (Ed.). (2011). La Investigación en las Ciencias Sociales. México: Editorial Trillas.

Villalba, R. (2007). CALIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.. Enfermería Global, 6 (1), 1-15, Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834734016>> ISSN