

Expectativas y experiencias  
de los usuarios del  
Sistema de Salud en México:

**UN ESTUDIO DE SATISFACCIÓN  
CON LA ATENCIÓN MÉDICA**

Fuente de Financiamiento:

Proyecto de Investigación “La satisfacción/insatisfacción de los usuarios del sistema de salud con la atención desde sus expectativas y experiencias en México”. Fondo Sectorial de Salud Conacyt con número de registro 1-2009-112890.

Con el apoyo de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

Expectativas y experiencias  
de los usuarios del  
Sistema de Salud en México:

## **UN ESTUDIO DE SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN MÉDICA**

Liz Hamui Sutton

Ruth Fuentes García

Rebeca Aguirre Hernández

Omar Fernando Ramírez de la Roche

Diseño de portada: Virgina Segovia López

Primera edición: 25 de febrero de 2013

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México,  
Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán,  
C.P. 04510, México, Distrito Federal

Facultad de Medicina

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales  
de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

ISBN 978-607-02-4099-7

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier  
medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales

<b>Presentación</b>	
Salomón Chertorivski Woldenberg . . . . .	7
<b>Prólogo</b>	
Enrique Graue Wiechers . . . . .	9
<b>Palabras preliminares</b>	
Romeo Rodríguez Suárez. . . . .	13
<b>Prefacio . . . . .</b>	<b>17</b>

## **FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

<b>Dimensiones epistemológicas, teórico-conceptuales y metodológicas en el estudio de la satisfacción . . . . .</b>	<b>21</b>
La satisfacción y el bienestar subjetivo . . . . .	21
Importancia de medir la satisfacción . . . . .	22
La satisfacción como proceso cognitivo . . . . .	23
Nociones teórico epistemológicas. . . . .	25
Potencialidades y limitaciones de lo subjetivo. . . . .	38
Modelo teórico y preguntas de investigación . . . . .	53

## **CAPÍTULO 1**

<b>Características sociodemográficas, prácticas y condición de salud de los usuarios . . . . .</b>	<b>65</b>
Introducción . . . . .	65
Perfil sociodemográfico de los usuarios. . . . .	68
Conclusiones . . . . .	79

## **CAPÍTULO 2**

<b>La trayectoria de pacientes/acompañantes, a través del sistema de salud mexicano: un enfoque cualitativo. . . . .</b>	<b>81</b>
Introducción . . . . .	81
Descripción del modelo del itinerario en la atención sanitaria. . . . .	81

Itinerario de la atención médica .....	84
Itinerario de la atención hospitalaria .....	105
Hospitales Federales de Referencia .....	116
Trato recibido .....	125
Opinión sobre el personal médico especializado como elemento resolutorio .....	126
Conclusiones .....	134

### **CAPÍTULO 3**

Expectativas, experiencias y factores sociodemográficos  
asociados a la satisfacción con la atención:

un enfoque cuantitativo .....	137
Introducción .....	137
Modelos logísticos simples .....	138
Modelos logísticos múltiples .....	159
Grupos de usuarios de acuerdo a sus expectativas versus experiencias ....	162

### **LOS APRENDIZAJES: A MODO DE CIERRE PROVISIONAL**

Los aprendizajes: a modo de cierre provisional .....	167
Modelos conceptuales en la medición de la experiencia del paciente.....	168
Comparación de Modelos Nacionales e Internacionales.....	174
Respuestas a las preguntas de investigación .....	175

Anexos .....	189
--------------	-----

Bibliografía .....	201
--------------------	-----

El célebre médico Manuel Martínez Báez decía que “El médico más sabio y el más hábil solo a medias haría su deber si no se condujera guiado por conocimiento amplio y profundo del hombre y animado por sincero, auténtico y efectivo amor a sus semejantes”.

En este sentido, el actual Sistema Nacional de Salud se ha estado transformando en los últimos años para formar los médicos, las enfermeras y el personal de salud que, con el espíritu humanista formulado por Martínez Báez y fortalecido por varias generaciones de profesionales de la salud, ofrezcan la atención médica con la calidad y calidez que los usuarios merecen.

Para lograr este objetivo, el Sector Salud está concentrando gran parte de sus esfuerzos en el crucial tema de la homologación en la atención médica y los servicios de salud, a fin de responder de manera oportuna y eficaz a las necesidades que las transiciones demográfica y epidemiológica generan en todo el país. La calidad debe estar presente en cada diagnóstico, en cada tratamiento y en cada intervención quirúrgica que se realicen en los centros de salud de México.

Un paciente no es solo un cuadro clínico. Significa una vida, con sus características propias, tanto familiares como económicas, laborales, sociales, educativas, entre otras.

En el caso de los pacientes que requieren atención médica de segundo y tercer nivel, no solo se trata ya de una persona, sino de todo su entorno, que se ha visto afectado por su enfermedad.

En tanto el personal que forma parte del Sistema Nacional de Salud tome conciencia de las grandes repercusiones que la enfermedad provoca en cada usuario, el trato al paciente y sus familiares serán cada día más cálidos, humanos y respetuosos. En situaciones de esta naturaleza es cuando más debemos apelar a la vocación humanista y de servicio que todo servidor de la salud debe poseer y, sobre todo, poner en práctica a partir de una sólida mística del trabajo médico.

El servicio de salud que se brinda en los institutos nacionales de salud, los hospitales federales de referencia y los de alta especialidad provoca, como todo servicio, grados de satisfacción en los usuarios que hay que medir y atender, pues dicha satisfacción es nuestra guía en la toma

de decisiones para buscar una atención médica de calidad y, a partir de esto, identificar las áreas de oportunidad para mejorar el Sistema mismo.

Es imprescindible tener en mente que lo que no se puede medir no se puede evaluar, y lo que no se puede evaluar, simplemente, no podrá mejorarse. Ahí radica la importancia de observar los grados de satisfacción de los usuarios del Sector Salud.

Por tal razón, se torna ineludible la adecuación de los espacios y el trato directo con el usuario de los servicios de salud y sus familiares. El acondicionamiento de las salas de espera y la reducción del tiempo de espera, son algunos de los elementos más importantes que deben tomarse en cuenta.

Celebro que, para lograr el objetivo de mejorar la calidad en la atención médica, la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, en conjunto con la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, se

hayán dado a la tarea de generar los instrumentos de medición requeridos para comprender los grados de satisfacción de los usuarios.

Celebro, también, que los resultados de las encuestas realizadas sean publicados en este libro, con el fin de orientar y ofrecer bases fidedignas sobre el camino a seguir. La calidad, sin duda, es una fuerza que nos proyecta hacia el futuro, pues solo mediante una asimilación y, especialmente, una vivencia del concepto de calidad en cada aspecto de nuestra actividad podemos superar las dificultades que se nos presentan y elevar a nuevos niveles el fruto del trabajo realizado.

Estoy seguro de que este texto será una herramienta útil en la construcción de un Sistema Nacional de Salud de excelencia, así como para elevar la calidad de la atención en salud y mejorar el bienestar de todos los mexicanos.

SALOMÓN CHERTORIVSKI WOLDENBERG  
Secretario de Salud

La Coordinación de Institutos de la Secretaría de Salud agrupa y regula a los institutos nacionales de salud, a los hospitales federales de referencia, y a los de alta especialidad. A su vez, cada uno de ellos cuenta con una Junta de Gobierno.

Una afortunada decisión de la autoridad sanitaria fue que en la constitución de sus Juntas de Gobierno, estuviera siempre presente un vocal del sector educativo. Con ello se fortalecen las acciones que en este campo realizan dichas instituciones como centros formadores de recursos humanos en salud.

Las diversas Juntas de Gobierno se reúnen en forma periódica y, ante ellas, el director correspondiente rinde un informe de sus actividades y no es raro que realicen un ejercicio de autoevaluación.

Fue en una de las reuniones de la Junta de Gobierno de un hospital de alta concentración que surgió la idea del proyecto de investigación que hoy se presenta. El director de esa institución presentó las encuestas sobre la satisfacción del paciente por la atención recibida: el 98% de los pacientes refirieron estar *muy satisfechos*.

El resultado no dejó de sorprenderme, 98% de plena y absoluta satisfacción es difícil esperarlo en cualquier actividad médica y, más aún, cuando la encuesta abarca a una población doliente y esperanzada, de distintos estratos socioeconómicos y con una gran variedad de expectativas.

El tema resulta de gran relevancia porque, al margen de todos los indicadores de seguridad de un hospital (índices de mortalidad, infecciones, complicaciones, accidentes, tasas de reingreso, etcétera), la satisfacción del paciente es, sin duda, el mejor reflejo del nivel de la calidad de la atención médica que se presta.

Comenté estos hechos con el entonces Comisionado Nacional de los Institutos de Salud y Hospitales Regionales de Alta Especialidad, el doctor Julio Sotelo, y acordamos que la UNAM haría un planteamiento para explorar mejor la satisfacción del usuario en este tipo de instituciones de salud.

Fue entonces que le planteé la idea a la doctora Liz Hamui de explorar un instrumento de evaluación distinto. Liz es una socióloga y distinguida investigadora nacional adscrita a la División de Posgrado de la

Facultad de Medicina quien, sensible a la problemática que representa un asunto de esta naturaleza, se dio a la tarea de integrar, con su grupo de trabajo, un proyecto de investigación que, en su momento, fue presentado al Conacyt y apoyado a través del Fondo Sectorial en Salud.

A partir de entonces, el doctor Julio Sotelo hizo suyo el proyecto y vinculó al grupo de investigación con las distintas unidades médicas sujetas de ser estudiadas.

Había que generar un instrumento ideal que pudiera, efectivamente, explorar la satisfacción del usuario de los servicios médicos, por lo que se integró un grupo interdisciplinario con especialistas médicos familiares, sociólogos, antropólogos y dos doctoras en estadística. Después de varias versiones arribaron a un instrumento que denominaron SIUSEX (Satisfacción, Insatisfacción de Usuarios de Servicios de Salud desde sus Expectativas y Experiencias) que fue aplicado y validado en el Hospital General de México.

Las expectativas y experiencias de cada uno de los usuarios, indudablemente, determinan la percepción que un paciente tiene de los servicios de salud recibidos y, en ello, influyen un sinnúmero de factores que son difíciles de determinar; por eso, los investigadores decidieron realizar entrevistas a profundidad para fortalecer sus resultados con la investigación cualitativa.

Creo que todos los médicos que hemos atendido pacientes sabemos que cada uno es distinto y lo que espera de nosotros es, con frecuencia, impredecible. Permítaseme en este espacio relatar una anécdota personal que considero fortalece lo anterior.

Mi abuelo, a quien quise entrañablemente, era de origen alemán y, como buen teutón, era más bien lejano y difícil de complacer. Mi padre fue su oftalmólogo durante mucho tiempo y a

mí acudía cuando, por algún motivo, él no podía atenderlo. Era yo más bien su nieto y no un profesional de la oftalmología y nuestra relación médico-paciente fue siempre difícil en aquellos primeros años de mi ejercicio profesional.

Un buen día, al llegar al hospital a operar con mis residentes, me encontré con que el abuelo me andaba localizando. Le llamé por teléfono y acordamos, o mejor dicho, el decidió a qué hora me iría a ver al hospital pues tenía una molestia menor en un ojo. Entré a cirugía y, como no es raro que acontezca, los tiempos se dilataron y mi abuelo llegó al hospital cuando empezaba la intervención. Le pedí a uno de los residentes que lo *fuera viendo* y le indiqué que lo alcanzaría en cuanto terminara la cirugía.

Concluí mis tareas quirúrgicas, me cambié y bajé con cierto temor de verlo. Me lo imaginaba furioso y molesto, si es que aún seguía ahí. Para mi sorpresa, sucedió todo lo contrario. Me lo encontré plácidamente sentado. Mis residentes le habían hecho todo, inclusive las exploraciones molestas que a mí ni siquiera se me hubiera ocurrido intentarlas con él, pues las hubiese rechazado inmediatamente. Los residentes me reportaron sus hallazgos ante su complaciente mirada. Entendí en ese momento lo que estaba ocurriendo. Lo exploré rápidamente, vi que se trataba de un problema de menor importancia y dicté la receta. Permití que uno de los residentes la escribiera y la firmé antes de que se la entregasen.

Desde entonces mi abuelo, mi difícil abuelo, me convirtió en su oftalmólogo. Era yo el profesor de otros que me respetaban y tomaban en cuenta mi opinión. La magia de la organización médica había surtido su efecto. Las expectativas del paciente habían sido satisfechas a plenitud. De alguna forma, él no deseaba una

atención puntual y personalizada, más bien necesitaba de algo que lo hiciera creer en mí.

Regresando al tema, hay que tener claro que lograr que el paciente tenga una buena percepción de la atención médica que recibe en un centro hospitalario, es tan importante como que se consiga la curación del padecimiento que presenta. Incluso, si esto último no se logra por cualquier motivo, si el paciente se siente bien atendido, es casi seguro que abandone la institución satisfecho. No así, cuando sucede lo contrario. Es por ello que, además de las naturales razones humanitarias, resulta de gran importancia para el sector de salud medir esta satisfacción y, derivado de los resultados de las encuestas que aplica, implementar medidas que conduzcan a una mejor atención de nuestros usuarios.

Hay que aceptar que un instrumento de evaluación que no tome en cuenta las experiencias previas y expectativas del paciente, será un instrumento incompleto para medir lo que se desea medir: la satisfacción del usuario.

Para cuando el instrumento de medición que nos ocupa estuvo listo para ser aplicado, había cambiado el comisionado de los institutos de Salud. El nuevo titular, el doctor Romeo Rodríguez Suárez, no solo acogió con beneplácito la idea sino que se esforzó particularmente para que este instrumento fuese aplicado en todos los hospitales que estaban bajo su coordinación.

De esta forma, la encuesta validada y enriquecida con el nuevo instrumento SIUSEX, fue aplicada en todos los institutos nacionales de salud que prestan servicios de atención médica, en los hospitales federales de referencia y en los hospitales regionales de alta especialidad, 19 en total.

El instrumento arrojó resultados que tienen una mejor lógica: 37.3% de la población

muestra se manifestó como *muy satisfecha* con la atención recibida y el 62.4% restante se manifestó como *no muy satisfecha*; solo un pequeño porcentaje, el 0.6%, se declaró *nada satisfecha*.

El estudio estratifica niveles sociales, tipo de enfermedades, género del paciente y un sinnúmero de factores que inciden en el grado de satisfacción del servicio recibido y que, si son tomados en cuenta, en muchas ocasiones, con pequeños esfuerzos y mínimos costos, pueden mejorar significativamente la percepción que tienen los usuarios de los servicios de salud que, en forma cotidiana, se prestan en nuestras instituciones. Resultados de esta naturaleza siempre abren oportunidades para mejorar.

Del propio estudio, en sus particularidades, surgen algunas inquietudes que podrían ser tomadas en cuenta para una mejor planeación de los servicios. Por ejemplo: la mayor parte de los usuarios de las instituciones encuestadas son mujeres, por cierto, el grupo que muestra menor grado de satisfacción. Puede haber muchas razones para ello, como que el hombre ingresa y hace uso de los servicios institucionales cuando presenta mayor complejidad en sus cuadros patológicos, lo que podría contribuir que ante el alivio a su dolor, se sienta más satisfecho. Pero también es cierto que las instalaciones hospitalarias no están diseñadas con propósito de género. Es el caso de los baños para uso general que, con frecuencia, son de las mismas dimensiones, siendo que los usuarios son en su mayoría mujeres, ni cuentan con zonas destinadas al aseo y cambio de infantes, ni existen áreas de atención al público que contengan información orientada a satisfacer las necesidades propias del género femenino.

No me extraña que el estudio de la doctora Hamui y colaboradores haya encontrado que la mayor satisfacción del usuario se observe en los

hospitales de alta especialidad y que, profundizando en el tema, observen que el paciente se perciba como más satisfecho al encontrarse en un entorno con espacios amplios y con menor cantidad de gente a su alrededor.

Cuando los médicos planeamos hospitales nos fijamos en la calidad de sus instalaciones médicas, en nuestra comodidad y en la eficaz distribución de los servicios de atención, pero poco pensamos en las salas de espera. Por eso siempre están apiñadas y con una pésima distribución. Al observar cualquiera de estas salas, tal pareciera que la única forma de esperar la atención médica es en una fila de sillas, con frecuencia incómodas y en mal estado, en donde los pacientes ven para enfrente o a la espalda del vecino sin ninguna otra posibilidad de distracción, y recordemos que, en muchas ocasiones, esperan horas. Unos metros más de construcción dedicados a la dignificación de espacios de espera no le hubieran hecho daño a ninguno de nuestros hospitales y tendríamos, como nos indican los resultados de este estudio, pacientes más satisfechos.

La investigación que aquí se reporta nos señala también un hecho que tiene toda la lógica pero que a mi entender no había sido documentado: la influencia que tienen los acompañantes de un paciente en la satisfacción del usuario de los servicios médicos. He aquí otro nicho importante para mejorar. No planeamos ni los espacios de espera, ni los sitios de tratamiento en consideración de ellos. De hecho, a veces los imprescindibles acompañantes hasta nos incomodan. Debemos entender que de su

comodidad y de las consideraciones que hacia ellos se tengan, depende, en mucho, la impresión final que un usuario ha de tener de los servicios que se le brindan en nuestras unidades médicas.

Si bien es cierto que el proyecto apoyado por el Conacyt contempla la publicación de sus resultados, esta va más allá del mero cumplimiento. La razón fundamental para ello es proyectar un nuevo instrumento de evaluación sobre la satisfacción del usuario, en donde el eventual lector podrá encontrar, a través de entrevistas estructuradas, con el rigor de la metodología social empleada, las inquietudes expresadas por nuestros pacientes, de lo que esperan de nosotros los médicos y de los servicios de nuestras instituciones.

A mi no me queda duda alguna que un instrumento como este apunta a mejorar integralmente la calidad de la atención médica.

Para la Facultad de Medicina de nuestra Universidad representa una oportunidad, un privilegio y un gusto el poder colaborar, por medio de este estudio, en el que se ha empeñado durante casi tres años un selecto grupo de investigadores, en la creación de un nuevo instrumento para medir, con mayor fidelidad, la satisfacción del paciente. Estoy seguro que será de gran utilidad.

Ciudad Universitaria, Facultad de Medicina  
Agosto de 2012

ENRIQUE GRAUE WIECHERS  
Director

La Organización Mundial de la Salud, señala que un Sistema de Salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de la población. Para hacerlo, requiere de personal, financiamiento, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como de orientación y dirección. Un buen Sistema de Salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible, es por ello que merece ser evaluado desde la perspectiva de los usuarios y sus familiares.

El universo de trabajo para la presente investigación lo constituyeron 19 unidades médicas de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, todas ellas como los otros Hospitales e Institutos Nacionales que integran a la Comisión otorgan atención médica a población sin seguridad social básicamente y responden al artículo 4° Constitucional, que señala que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

En el mismo contexto, podemos mencionar que para apoyar la atención médica y a los mexicanos, el Ejecutivo creó el *Seguro Popular* para otorgar cobertura de servicios de salud, por medio de un aseguramiento público y voluntario, para aquellas personas que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que por lo tanto, no son derechohabientes de ninguna institución como el IMSS, ISSSTE u otras entidades de seguridad social; estas personas tienen acceso a servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios para satisfacer de manera integral sus necesidades de salud. Cubriendo así, los requerimientos de más de 52 millones de mexicanos con una cobertura médica de 284 intervenciones.

Precisamente era la población desprotegida, ahora con Seguro Popular, la que asistía para su atención médica a los hospitales públicos y centros de salud y a la que, en muchos casos, parecía se le daba la atención como una dádiva y en muchas ocasiones con una pésima calidad.

No solamente la atención era de una calidad cuestionable, también la consulta externa, la atención intrahospitalaria, así como la información que se brindaba a los usuarios, más aún cuando el paciente era menor de edad, se informaba de manera terriblemente deficiente a los padres. En este contexto un estudio realizado, por el que esto escribe cuando era jefe

de Medicina Interna del Hospital Infantil de México Federico Gómez, versó sobre ¿Cuánto saben los padres de sus hijos hospitalizados?, reveló que solamente se conocía el 23% del ideal que se debió saber sobre el estado de salud de sus niños enfermos. Cuando a un grupo de padres con hijos hospitalizados se les brindó la información clara y específica, en relación con la enfermedad de su hijo y, se comparó con el grupo control de padres que solo recibían información de los médicos adscritos o residentes, se mostró que en el primer caso el conocimiento de los padres incrementó del 23% antes mencionado a más del 80%, mientras que en el grupo control solamente se elevó en el transcurso de la estancia del niño a un 38% por encima de la basal. Tan deficiente era así la información proporcionada.

Otra consecuencia del problema de la desinformación eran las recaídas del paciente, pues una vez que al menor se le daba de alta, tenía que seguir un tratamiento prescrito en forma ambulatoria, fuera del hospital, pero al no entender la importancia de surtir la receta y administrar correctamente dicho tratamiento ocasionaba, en muchos casos, que la enfermedad siguiera su curso y que el paciente tuviera que volver al hospital para internarse nuevamente. Estos estudios fueron realizados a mediados de los 80's, sin embargo, los problemas de información persisten hasta la actualidad con igual o superior intensidad.

Dentro de toda la infraestructura creada para dar atención médica de calidad a la población mexicana, quizá no se contempló un progreso en la relación médico-usuario sobre el tema de la comunicación. Testigo de lo anterior fue la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) para resolver de manera conciliada las miles de quejas en rela-

ción con la insatisfacción del usuario del Sistema de Salud a lo largo y ancho de la República Mexicana. De hecho, esta Comisión cuenta con delegados en todo el país que contribuyen a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos.

En todos estos esfuerzos por mejorar la calidad de la atención médica y con ello la satisfacción del usuario, tenemos que recalcar que el primer nivel de atención, en este y otros contextos, requiere mejoras continuas con cierta urgencia, sin descartar a los otros niveles con sus respectivas limitaciones.

La atención del usuario se otorgaba, hace muchos años, en instalaciones hospitalarias insuficientes y mal ubicadas, por personal pobremente capacitado, excepto algunos cuantos, y por un equipo anticuado. Sin embargo, desde hace tres décadas ha mejorado paulatinamente y, en especial en este sexenio en forma dramática en sus instalaciones y su calidad.

Dado lo anterior, en el sector salud se lanzó en el 2001, en México, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, cuyos objetivos principales eran promover un trato digno y adecuado de los usuarios de los servicios de salud, así como brindar en todas las instituciones de salud servicios más efectivos, además de proponerse la recuperación de la confianza de la población en las instituciones de salud.

La satisfacción de los usuarios del sistema con los servicios ambulatorios y hospitalarios, ha sido medida por medio de diversas encuestas, por ejemplo, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el año 2006, indicaba que 81% de los usuarios de los servicios de salud en nuestro país calificaba la calidad de la atención como "buena" o "muy buena", siendo instituciones como PEMEX y SEDENA las que presenta-

ban los porcentajes más altos de aprobación con el 96.6%, seguidas por las instituciones del sector privado con 91%. Otro ejemplo es el Instituto Mexicano del Seguro Social, que en el 2009 indicaba al 77% de sus afiliados como “satisfechos” o “muy satisfechos” con los servicios que brindan y el 85% recomendaría su unidad regular de atención.

De ahí que por todo lo antes mencionado sea de vital importancia la temática del libro que ahora nos ocupa *Expectativas y experiencias de los usuarios del sistema de salud en México: un estudio de satisfacción con la atención médica*.

Con la finalidad de incrementar los estudios sobre el tema y promover la mejora continua en dicho sector, el objetivo primordial de esta investigación se resume a identificar los elementos que se asocian con el bienestar subjetivo de los usuarios y sus acompañantes en un evento de atención a la salud, así como las expectativas y experiencias en su paso por el Sistema de Salud, considerando el efecto que tiene la percepción del paciente. La intención del estudio fue lograr un instrumento culturalmente sensible, que incorpore la complejidad de los eventos de salud-enfermedad-atención y los aspectos en esta trayectoria que son importantes para los pacientes.

El conjunto de este material estuvo a cargo de la doctora Alicia Hamui Sutton, reconocida por sus estudios de doctorado en Ciencias Sociales, académica de la Facultad de Medicina de la UNAM, miembro del Sistema Nacional de Investigadores, Nivel II. Tiene publicaciones y artículos en revistas de investigación y difusión, tanto nacional como extranjera, los cuales respaldan la calidad y pulcritud de la investigación reflejada en esta obra.

Después de establecer un marco de referencia apropiado, podemos mencionar que esta

publicación busca conocer la trayectoria del usuario dentro de los servicios de salud y se divide en cuatro secciones establecidas en el cuestionario. La primera parte nos muestra los datos sociodemográficos, usos y costumbres que nos dan las claves de quienes son los encuestados. La segunda sección tiene que ver con la condición de salud del usuario, por ejemplo, cuales son las enfermedades detectadas, y limitaciones que puede tener, así como hábitos relacionados con su estilo de vida y de salud. La tercera parte presenta las preocupaciones económicas, familiares y sociales, emocionales y las relacionadas con el tratamiento. El apartado final está relacionado con la atención médica, específicamente cómo fue el encuentro con el médico y el trato del personal en general (vigilante, enfermeras, personal administrativo, entre otros), así como las situaciones vividas durante su estancia en el hospital.

Una de las aportaciones de este estudio —que nos coloca en el centro del bienestar subjetivo del paciente y no en el funcionamiento del sistema— logra remarcar el papel de la mujer mexicana dentro del proceso de atención, asegurando que de acuerdo al rol que desempeña como madre, esposa, hija o hermana, es una pieza fundamental en nuestra cultura, por el apoyo brindado al paciente durante el proceso de salud-enfermedad-atención. Dentro del estudio podemos apreciar el gran papel que juega la mujer como promotora en la salud de la familia.

No obstante a sus limitantes, como la restricción en el número de casos encuestados por cuestiones de presupuesto, el sesgo en las respuestas, entre otras, la investigación presenta datos consistentes, existiendo una coherencia en los análisis presentados, remarcando lo que es importante, y lo que no, para que el usuario se sienta satisfecho.

En conclusión, al tratarse de un estudio de satisfacción del usuario, esta publicación hace hincapié en la importancia y trascendencia al tratar temas de la imagen institucional con la que cuentan las entidades de medicina de alta especialidad en México, ya que como se refleja en los resultados de la misma publicación, la percepción del usuario sobre el personal, las instalaciones y el Sistema de Salud, brinda seguridad y confianza, son factores fundamentales para la recuperación de la salud y el bienestar de la población.

Es importante señalar también que la doctora Hamui y su equipo hacen énfasis en que

los usuarios no son solamente los pacientes, sino también sus acompañantes. Concibe al usuario como un ser sufriente y trata de cambiar el enfoque en donde lo importante es ver la realidad desde los ojos del paciente y no desde el funcionamiento del sistema. En virtud de lo anterior, es indispensable compartir este material con los miembros de la comunidad médica y del propio Sistema de Salud.

ROMEO RODRÍGUEZ SUÁREZ  
Comisión Nacional de los Institutos  
Nacionales de Salud y Hospitales  
de Alta Especialidad

La inquietud por abordar el tema de la experiencia de los pacientes y su satisfacción con la atención y trato en su paso por las unidades médicas de segundo y tercer nivel del Sistema Mexicano de Salud, no es nueva. Desde la década de los noventa, la valoración de los usuarios, ha constituido un componente central en el movimiento de calidad promovido por la Secretaría de Salud. Desde entonces, se han desarrollado instrumentos, estrategias de recolección de datos, modelos estadísticos y computacionales sofisticados para monitorear la calidad, como el programa INDICAS. No obstante, el enfoque de eficiencia que subyace a este y otros modelos similares, en realidad buscan evaluar el funcionamiento del sistema y seguir su desempeño en el tiempo con mediciones continuas.

El estudio, que aquí presentamos, intenta ir un paso más allá, al comprender la experiencia del paciente en las unidades médicas, a partir de los eventos de atención médica vividos. Consideramos que en la medida que entendamos al usuario en su contexto y en el marco de los significados propios de su mundo de vida y de sus preocupaciones económicas, sociales, emocionales, podremos coadyuvar en ofrecerle una atención que responda a sus expectativas y experiencias, aliviando en lo posible sus ansiedades.

La parte cuantitativa de la investigación permite estratificar a la población de acuerdo a su perfil sociodemográfico, su condición de salud, sus experiencias y sus expectativas, así como su percepción de la atención y trato recibido, con el fin de delimitar estadísticamente y de manera prospectiva las características de los grupos de población más o menos satisfechos en un episodio de atención a la salud. La parte cualitativa del estudio, enfatiza la vivencia de dicho evento por los pacientes y/o sus acompañantes, y devela detalles que muestran la dinámica de las relaciones interpersonales que tienen lugar en las unidades médicas entre los usuarios y el personal administrativo y de salud.

La situación que detonó esta investigación fue el cuestionamiento sobre los altos índices de satisfacción de los usuarios presentado por las autoridades hospitalarias. En un primer momento se explicó por la autocomplacencia de los datos presentados, sin embargo, a medida que penetramos en el estudio de este tipo de mediciones hemos aprendido en lo

teórico, en lo metodológico y en lo temático el comportamiento de este tipo de fenómenos sociales.

Desde 2008, se integró el equipo de investigadores de la UNAM y nos dimos a la tarea de estudiar, revisar bibliografía sobre el tema, dialogar sobre la posición que habríamos de asumir, hasta que se elaboró el protocolo. Este último fue sometido y aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la División de Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM. Para su financiamiento, fue ingresado en la convocatoria 2009-1 del Fondo Sectorial de Salud del Conacyt, y después de su evaluación fue aprobado el presupuesto para su realización, con el número de registro 112890. En este mismo tiempo el protocolo fue presentado al Comisionado Nacional de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Regionales de Alta Especialidad (CCINSHAE), el doctor Julio Sotelo, quien estuvo de acuerdo en apoyar la realización del proyecto e interceder para lograr la vinculación con 19 unidades médicas de la Secretaría de Salud afiliadas a la CCINSHAE.

Durante 2009, el equipo, ya establecido en el Departamento de Investigación Educativa de la División de Estudios de Posgrado (DEP), y con el apoyo del doctor Pelayo Vilar Puig, se trabajó en la parte metodológica del estudio, esto es, en el diseño de los instrumentos para recaudar los datos del estudio cuantitativo, así como en la guía de entrevista de la parte cualitativa. El grupo de trabajo tenía la peculiaridad de ser interdisciplinario: había dos médicos familiares, un antropólogo, dos doctoras en estadística y una socióloga, lo que enriqueció las discusiones pero también implicó un esfuerzo de traducción de conceptos y métodos para alinearnos a los objetivos de la investigación. Las reuniones eran frecuentes y el avance fue

constante. Se elaboraron varias versiones del instrumento que denominamos Satisfacción Insatisfacción Usuarios Servicios de Salud desde sus Expectativas y Experiencias (SIUSEX) y se llevó a cabo un estudio piloto en el Hospital General de México con el apoyo de su director, doctor Francisco Navarro y subdirectora, doctora Olga Martha Rodríguez Piñeiro y colaboradores, en urgencias, consulta externa y cuatro servicios de hospitalización: pediatría, ginecología y obstetricia, cirugía y medicina interna. Esa experiencia fue central para darnos cuenta de los problemas teóricos, metodológicos y logísticos a los que tendríamos que enfrentarnos. El instrumento se validó y reelaboró.

En el año 2010, con los fondos de Conacyt, gestionados por la unidad administrativa de la DEP por la licenciada Graciela Zúñiga González y después por la licenciada Teresa Guadalupe Díaz Vega, se decidió licitar y después contratar a dos empresas para que trabajaran en campo y recabaran los datos para su posterior análisis. Después de la elaboración de los contratos correspondientes que fueron revisados por las instancias jurídicas de la Universidad, se convino con Mendoza Blanco y Asociados (MEBA) para la aplicación de las encuestas en los 19 hospitales seleccionados, y con Safari, una división de De La Riva Group para la realización de las entrevistas a profundidad a los usuarios en el estudio cualitativo. Ese mismo año, cambió el Comisionado Nacional de la CCINSHAE, el doctor Romeo Rodríguez Suárez y su equipo, desde el primer momento demostraron su interés y apoyaron decididamente la consecución de la investigación. También en 2010, dos miembros del equipo de trabajo de la UNAM dejaron la ciudad de México y el proyecto (doctora Ana María Navarro García y Yolanda Estela Valencia Islas), quedando los

cuatro autores de este libro, sin embargo, se sumaron becarios a las labores de investigación en la etapa del levantamiento de los datos (Arturo Díaz Villanueva y Danae Sofía Gómez Lamont).

Se decidió realizar con las empresas un nuevo estudio piloto con el cuestionario depurado, para realizarlo, esta vez, en el Hospital General de México, para lo cual se solicitó la incorporación de una investigadora de la Dirección de Investigación, al equipo, doctora América Guadalupe Arroyo Valerio, así como la aprobación del protocolo por el Comité de Investigación y Ética de la institución. Una vez cumplidos los requisitos, entre ellos, la obligación de usar una carta de consentimiento informado, se procedió a aplicar las encuestas y entrevistas piloto en el mes de junio de 2010. Con este ejercicio, los tres equipos (MEBA, Safari y UNAM) aprendimos a trabajar, concertamos la logística, establecimos límites en el trabajo y se acordaron las expectativas. Con los resultados y la reflexión de la experiencia, se hicieron pequeñas modificaciones en los instrumentos (cuestionario y guía de entrevista), y se diseñó la organización del estudio que tuvo lugar en noviembre de 2010. En los meses previos, el apoyo de la maestra María Juana Díaz Jiménez de la CCINSHAE para contactar a los representantes de cada hospital con el fin de obtener acceso y realizar el trabajo de campo, fue fundamental. Con un plan eficientemente ejecutado y mucho rigor y supervisión en las técnicas metodológicas, se logró recabar la totalidad de la información programada.

En el mes de diciembre de 2010, las dos empresas entregaron los resultados en bases de datos, transcripciones, presentaciones y reportes. En 2011, el equipo de la UNAM se dio a la tarea de elaborar un reporte general de la inves-

tigación que fue entregado al doctor Romeo Rodríguez Suárez de la CCINSHAE y al doctor Enrique Graue Wiechers de la Facultad de Medicina y, 19 reportes por unidad médica a cada director donde se comparaban los resultados del hospital con los generales, como una forma de retribuir a las instituciones que permitieron la realización del estudio.

A partir de 2011, se llevó a cabo la sistematización y el análisis de los datos cuantitativos y cualitativos. En lo cualitativo se utilizó el programa de cómputo Atlas Ti para trabajar con la información, y en lo cuantitativo los programas SPSS, Excel, Stata y "R". En este período los miembros del equipo asistimos a diversos foros y congresos tanto nacionales como internacionales a presentar nuestros resultados de investigación, lo que resultó muy enriquecedor. Con los recursos de Conacyt acudimos a Veracruz, Málaga, Cuba, Washington e Illinois, y participamos en un congreso virtual latinoamericano a distancia. Nuevas becarias se sumaron al proyecto Jiewen Ye Huang y Gabriela Seoane San Martín cuyo apoyo en el cuidado editorial de esta obra ha sido invaluable.

En la segunda mitad del año 2011 comenzó la redacción de este libro cuyos textos fueron revisados por los mismos miembros del equipo a medida que se iban elaborando. El contenido del libro responde a las preguntas de investigación planteadas en el protocolo, pero también da cuenta de los hallazgos que fueron emergiendo en el proceso. Su intención no es la difusión editorial al público en general, ni la de ser un libro de texto en la docencia, nuestra idea es que llegue a las autoridades en los hospitales, al personal del Sistema de Salud en todos sus niveles y a quienes estén interesados en el tema, pues los hallazgos que aquí se presentan pueden ayudar a conocer mejor el perfil de los

usuarios y la experiencia de los pacientes y sus familias.

Una vez concluido el análisis cuantitativo de la información obtenida a través del SIUSEX, se procedió a la validación del mismo. Para ello se depuró y elaboró una versión más corta con los reactivos que en el modelo resultaron significativos. Esta nueva versión fue aplicada el 24 y 25 de mayo de 2012 en el Hospital General de México a 250 pacientes por MEBA, siguiendo los mismos criterios de la muestra anterior. La información sobre la última validación del cuestionario será próximamente publicada en un artículo científico en alguna revista arbitrada y de prestigio nacional e internacional. En los anexos 1 y 2 de este libro aparece la versión del cuestionario y la guía de entrevista que corresponden a los datos aquí presentados. De los resultados obtenidos, también se desprendieron otros tres artículos: uno sobre la familia y la condición de salud del paciente, otro sobre el papel que desempeñan los acompañantes en un evento de atención a la salud y un tercero sobre la relación entre la atención y el trato con la comunicación en el encuentro con el médico.

No podemos terminar esta presentación sin agradecer el apoyo de quienes de una u otra manera participaron en algún aspecto de este trabajo. A quienes formaron parte del protocolo inicial e impulsaron la idea, doctor Guillermo Benito Robles Díaz, doctor Alberto Lifshitz Guinzberg, doctor Enrique Graue Wiechers, doctor Julio Everardo Sotelo Morales, doctor Malaquías López Cervantes, doctora Reyna Lizette Pacheco Domínguez, gracias por su entusiasmo y solidaridad. Agradecemos a Sandra

Gabriela Flores Rico y Alejandro Aragón Anzures por su apoyo en el levantamiento de los datos del primer cuestionario piloto. Para la elaboración de las tablas y gráficas del capítulo cuatro se contó con el apoyo del estudiante Anselmo Calderón Estrada que realizó su servicio social en la Facultad de Medicina.

Al licenciado Oscar Manuel Amaya Alvarado y a la contadora Martha Piedragil Ayala nuestro reconocimiento por su invaluable ayuda en las labores administrativas. A la licenciada Claudia Patricia Arce Reyes y la licenciada Nadia Araceli Mata Valdez del Fondo Sectorial de Salud de Conacyt por sus constantes atenciones relacionadas con el proceso académico y administrativo de este proyecto, así como a la maestra Román y la licenciada Rosas de becas. También queremos agradecer al doctor Rodolfo Cano, Secretario Administrativo del Fondo Sectorial de Salud, por el seguimiento al desarrollo de nuestra investigación. Al doctor Jorge Avendaño Inestrillas y a la licenciada María de la Paz Romero Ramírez del Comité Editorial de la FM por su compromiso en la fase de dictaminación y publicación de la obra.

Esperamos que este libro aporte al tema de la satisfacción de los usuarios y a la propuesta del bienestar subjetivo de las personas, las comunidades y las poblaciones nacionales, pues creemos que vale la pena comprometerse con mujeres y hombres en circunstancias vulnerables principalmente cuando pierden la salud. Cuando los sujetos se sienten cuidados, atendidos y tomados en cuenta, las respuestas son más eficientes, pero sobre todo más humanas.

## DIMENSIONES EPISTEMOLÓGICAS, TEÓRICO-CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS EN EL ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN

### LA SATISFACCIÓN Y EL BIENESTAR SUBJETIVO

La razón de ser del Sistema Nacional de Salud es el bienestar de la población y su estado saludable. Una sociedad en la que sus miembros viven enfermos, física o mentalmente, tiene menos bienes relacionales, baja de productividad, aumento de gastos y mengua en el rendimiento económico, pero sobre todo presenta la disminución del bienestar subjetivo, la satisfacción y la felicidad. De ahí que, el estudio de la relación entre la atención médica, que busca restaurar, mantener y/o fomentar los estados saludables y la evaluación que las personas realizan sobre su propia circunstancia en el encuentro con las instituciones de salud, sea de interés para comprender algunas de las necesidades de ciertos grupos de población.

Por décadas se ha tomado como sinónimo de bienestar social el crecimiento económico de los países, no obstante, en los últimos años ha sido evidente que no solo los indicadores materiales son relevantes en la vida de las personas, sino que existen otros factores como los bienes relacionales, los bienes que no se adquieren en el mercado, que también tienen gran influencia en la percepción de la satisfacción y la felicidad de las personas. En este sentido, el estudio del bienestar subjetivo y su medición se han convertido en un desafío para los investigadores y las organizaciones nacionales e internacionales que siguen el progreso de los países. Como explica Mariano Rojas,<sup>1</sup> la inquietud no es trivial, pues en el fondo implica una reconsideración epistemológica que se pregunta cómo conocer

---

<sup>1</sup> Rojas, M. (2011). "Introducción". *La medición del progreso y del bienestar. Propuestas desde América Latina*. México: Foro Consultivo Científico y Tecnológico: 13.

la satisfacción, e implica un cuestionamiento sobre el propósito de la organización social y de política pública.

## IMPORTANCIA DE MEDIR LA SATISFACCIÓN

Existen varias razones que han llevado a quienes miden el progreso, por ejemplo, organizaciones mundiales como la OCDE,<sup>2</sup> las Naciones Unidas,<sup>3</sup> la CEPAL,<sup>4</sup> el BID,<sup>5</sup> así como organismos nacionales como el INEGI<sup>6</sup> y el Foro Consultivo Científico y Tecnológico,<sup>7</sup> el Conacyt, universidades públicas y privadas, entre otros, a replantear la forma en que lo han hecho hasta ahora, esto es sobredimensionando el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita.

Las autoridades de organismos públicos se han dado cuenta que los logros que obtienen según las metas fijadas no son correspondientes con la apreciación que hacen de su gestión los ciudadanos. El discurso político y sus planteamientos teóricos, no siempre son compati-

bles con la operatividad de los programas que impactan escasamente en la realidad de las personas a quienes están destinados.

En el ámbito académico, las limitaciones del PIB, así como el uso del ingreso y el consumo como indicadores del progreso han sido cada vez más cuestionados por economistas, politólogos y sociólogos, ya que no reflejan la problemática de la vida de las poblaciones estudiadas. En este contexto, los estudios que buscan acercarse a las personas y entender su realidad compleja incorporando aspectos multidimensionales, resultan relevantes para disminuir la brecha entre quienes planean las políticas públicas y quienes reciben sus beneficios; el área de la salud, en este sentido, resulta prioritaria.

Desde la década de los setentas se planteó la necesidad de agregar variables relativas a la situación social y política basada en el concepto de calidad de vida, que considera la posesión y el acceso a bienes, servicios y satisfactores. Este enfoque se fue desarrollando y devino en el estudio de las capacidades y funcionalidades, según el cual, la expansión de las capacidades de los seres humanos permite el funcionamiento adecuado en las áreas donde se desenvuelven. El problema ha sido la falta de consenso en la definición de esas capacidades.

Otra corriente enfatiza que las necesidades no solo se miden a partir de los bienes materiales y hay otro tipo de bienes fuera del mercado económico que inciden en el bienestar social. Esta perspectiva ha sido recuperada por los ambientalistas que cuestionan la falsa promesa de algunos economicistas sobre la disponibilidad de recursos planetarios para elevar constantemente los niveles de consumo de la población mundial.

Actualmente, el movimiento en torno al bienestar subjetivo, sostiene que el progreso debe concebirse en términos del bienestar de

<sup>2</sup> Compendium of OECD Well Being Indicators. 2011. <http://www.oecd.org/dataoecd/4/31/47917288.pdf>

<sup>3</sup> United Nations Development Programme. (2010). Human Development Report. The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development. United Nations. New York.

<sup>4</sup> Bárcena, A. (coord.) (2010). La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir. Documento de la CEPAL, ONU. Disponible en: [http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/39710/100604\\_2010-114-SES.33-3\\_La\\_hora\\_de\\_la\\_igualdad\\_doc\\_completo.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/39710/100604_2010-114-SES.33-3_La_hora_de_la_igualdad_doc_completo.pdf)

<sup>5</sup> Lora, Eduardo, (coord.) (2008). *Calidad de vida más allá de los hechos*, Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Fondo de Cultura Económica.

<sup>6</sup> *Realidad, Datos y Espacio. Revista Internacional de Estadística y Geografía*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2011; 2(1).

<sup>7</sup> Rojas, M. (coord.) (2011). *La medición del progreso y del bienestar. Propuestas desde América Latina*. México: Foro Consultivo Científico y Tecnológico.

las personas y reflejarse en indicadores como la satisfacción con la vida, la felicidad y estados afectivos propositivos, entre otros. La insuficiencia del PIB para dar cuenta del bienestar ha puesto sobre la mesa el desafío metodológico de desarrollar proyectos empíricos cuantitativos y cualitativos, como el presente, orientados a la comprensión de la apreciación que los individuos tienen sobre su vida, su salud, sus redes de apoyo familiares y sociales, su trabajo, su comunidad; sobre la vida urbana y el uso de su tiempo; sobre sus instituciones y su gobierno; sobre su entorno y calidad del ambiente; y en general sobre el país.

En resumen, se parte de la idea de que el progreso es real cuando además de los indicadores objetivos como el PIB, se consideran factores que se relacionan con el bienestar individual, y se enfocan a la manera como las personas experimentan y valoran ciertos fenómenos, entre ellos el empleo, la educación y la atención a la salud.

El cambio de enfoque, no solo tiene repercusiones en los temas de estudio de los académicos, en la información recopilada por las instancias gubernamentales y no gubernamentales de estadística, o en el diseño de políticas públicas, sino en el bienestar de las personas. Este trabajo, desde el ámbito académico y con una visión transdisciplinaria, busca generar conocimientos, promover ideas y marcos analíticos para dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos y orientar las decisiones políticas hacia el mejoramiento social, específicamente en el campo de la salud pública.

## LA SATISFACCIÓN COMO PROCESO COGNITIVO

Uno de los retos conceptuales de este estudio es la definición de la noción de satisfacción. A di-

ferencia de los indicadores objetivos, como el PIB y el ingreso, los indicadores subjetivos como la satisfacción y la felicidad, están ligados al estado de bienestar de las personas, no obstante, por la variedad de significados que el bienestar previsiblemente implica, no puede ser imputado ni predeterminado desde fuera.<sup>8</sup> En este sentido, como explica Millán,<sup>9</sup> los indicadores subjetivos correctamente diseñados, son muy cercanos al objeto que pretenden medir. Al dar como válida la propia evaluación, se evita dotar al bienestar de una visión trascendental que suprima la experiencia concreta del individuo, de ahí que lo importante sea determinar las condiciones en las que se realiza la evaluación individual del bienestar y no desecharla por subjetiva.

La propia evaluación de la vida, o de algún ámbito de la experiencia, (la familia, la atención a la salud, etc.) comprenden una operación que ofrece de manera sintética información cuya densidad, por la cantidad de variables que agrupa y pondera, puede resultar inmanejable a partir de estrictos indicadores objetivos. No obstante, el hecho de que la materia que se observa sea subjetiva no implica que no pueda ser tratada con objetividad, de manera semejante a los indicadores “duros”. Habría que aclarar que la objetividad de un indicador se refiere al incremento de posibilidad de que una evaluación hecha por un tercero obtenga el mismo resultado del primero. Los datos sobre percepciones tienen, al menos, un carácter binario: si o no. La posibilidad de que la primera evaluación no coincida con la segunda es más amplia, por lo que la información resulta más dispersa y variable.

<sup>8</sup> Veenhoven, R. (1997). “The Utility of Happiness”. *Social Indicators Research*; 20: 333-354.

<sup>9</sup> Rojas, M. (coord.) (2011). *Op. cit.*

El conocimiento de la valoración que los individuos realizan sobre sus propias vidas es relevante no solo porque revelan factores que las variables objetivas como el consumo o el ingreso no resaltan, sino también porque se pueden advertir de manera más oportuna los cambios que se están gestando en los parámetros de evaluación de necesidades y demandas futuras.<sup>10</sup> Las percepciones son reales y tienen enormes consecuencias, por ejemplo, pueden alterar la confianza en las instituciones o en las medidas que se tomen para atender problemas. Hay que decir que la gente no siempre tiene claridad sobre lo que la hace feliz, y le cuesta trabajo determinar su satisfacción o insatisfacción en relación con eventos del orden común. En contraste tiende a centrar su evaluación en eventos singulares y extraordinarios, como podría ser la atención a la salud en una unidad médica del sector público. Los parámetros a partir de los cuales se juzga subjetivamente la satisfacción son importantes cuando esta se vuelve una medida del progreso, de ahí la relevancia de asumir esa relación y la problemática, pues plantea nuevas dimensiones del estudio del bienestar.

El estudio del bienestar subjetivo y la satisfacción, supone desafíos epistemológicos que se refieren a la manera en que las personas perciben y explican su situación. Según Rojas<sup>11</sup> los individuos experimentan bienestar en varios planos: el cognitivo, el afectivo, el hedónico y el místico; con distintas intensidades y con

funciones diversas. El bienestar es subjetivo porque lo experimentan los sujetos. Las experiencias de tipo hedónico involucran el uso de los sentidos (olfato, vista, tacto, audición, gusto), y el bienestar se asocia con el placer o el dolor. Las experiencias de tipo afectivo, en cambio, se refieren a emociones y estados de ánimo e involucran aspectos como el amor, el orgullo, el odio y la envidia; cuando se asocian con afectaciones positivas se percibe bienestar. Las experiencias místicas están asociadas a vivencias de carácter espiritual y han sido poco estudiadas. Las experiencias de tipo cognitivo, están asociadas al alcance de metas y expectativas (logros) o a la imposibilidad de hacerlo (fracasos). Cuando hay logros se traduce en bienestar y se expresa en satisfacción. Estos cuatro tipos de experiencia pueden traslaparse, complementarse y entrar en conflicto, pero no necesariamente son excluyentes. Cada sujeto es la autoridad para juzgar su bienestar y para sintetizar en nociones como satisfacción o felicidad, el bienestar vivido como experiencia. Las preguntas sobre la felicidad tienden a acercarse más a la experiencia afectiva, mientras que las de satisfacción se asocian a la experiencia cognitiva.

De acuerdo a la propuesta de Veenhoven,<sup>12</sup> las personas realizan apreciaciones de satisfacción y felicidad de la vida como un todo o de aspectos específicos. El autor distingue entre el disfrute transitorio y el más durable. La dimensión temporal transitoria hace referencia a estados de ánimo, mientras que la dimensión más durable se relaciona con valoraciones de satisfacción a largo plazo. De esta manera identifica cuatro fundamentos de evaluación: En aspectos específicos de la vida, en el ámbito de lo

<sup>10</sup> Wills, E. (2011). "El reto de construir socialmente el bienestar de las personas y de las sociedades". En Rojas, M. (coord.). *La medición del progreso y del bienestar. Propuestas desde América Latina*. México: Foro Consultivo, Científico y Tecnológico.

<sup>11</sup> Rojas, M. (2011). "El bienestar subjetivo: su contribución a la apreciación y la consecución del progreso y el bienestar humano". *Realidad, datos y espacio. Revista Internacional de Estadística y Geografía*. México: INEGI.2(1) enero-abril: 64-77.

<sup>12</sup> Veenhoven, R. (2003). "Arts-of-Living". *Journal of Happiness Studies*; 4: 373-384.

transitorio, ubica la satisfacción instantánea; y en el permanente, la satisfacción en dominios de vida. En la vida como un todo, el autor ubica, dentro del ámbito transitorio, la experiencia pico; y en el permanente la satisfacción de vida (felicidad). En el presente estudio se indaga sobre aspectos específicos de la vida (la atención médica) en una dimensión temporal transitoria (evento de salud, enfermedad) en la que se juega la vida como un todo, por lo que podría denominarse como “experiencia pico”, en ella, se pretende dar cuenta de la satisfacción momentánea que hace referencia a estados cognitivos y emotivos ligados a la experiencia del acontecimiento en la corta duración. De acuerdo a la definición de Csikszentmihalyi,<sup>13</sup> se trata de un estado de flujo que involucra una experiencia intensa donde se incluyen tanto las emociones como la idea de totalidad.

## NOCIONES TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICAS

Con el fin de profundizar en el andamiaje teórico-epistemológico que sustenta este estudio, y que se traduce en el diseño metodológico tanto cuantitativo como cualitativo, resulta importante explicar conceptos clave como: percepciones, preocupaciones, experiencias y expectativas, evaluación, reflexión, relato y cursos de acción, entre otros, para comprender los procesos cognitivos y afectivos que tienen lugar al considerar el bienestar personal y la satisfacción.

### Percepción

La percepción es el proceso que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elabo-

<sup>13</sup> Csikszentmihalyi, M. (1988). *Optimal Experience: Psychological Studies of Flow in Consciousness*. UK: Cambridge University Press. 27.

rar e interpretar la información proveniente de su entorno. El proceso de la percepción es de carácter inferencial y constructivo, generando una representación interna de lo que sucede en el exterior. Para ello se usa la información que llega a los receptores y se va analizando paulatinamente, así como la información que viene de la memoria tanto empírica como genética y que ayuda a la interpretación y a la formación de representaciones. Con base en la percepción, se constituye la experiencia y se formulan opiniones, que pueden definirse como el estado de creencia de los individuos y la colectividad respecto a determinado asunto e implica un juicio de valor. Su validez lógica como verdad no se fundamenta en el grado de conocimiento o en la prueba científica, sino en la participación como miembro de cierto grupo social. La opinión se elabora como relato, de manera discursiva, e implica un esfuerzo de ordenación de la percepción y la experiencia para ser aprehendida, y transmitida en estructuras narrativas a través del lenguaje. Las preocupaciones son modalidades de las percepciones: a partir de un estímulo, se produce la sensación de intranquilidad, inquietud o temor que motiva una respuesta de interés, atención o incluso ofuscación ante una situación problemática.

### Genealogía de la noción de experiencia<sup>14</sup>

La noción de experiencia ha sido abordada por filósofos, historiadores, sociólogos, psicólogos e

<sup>14</sup> Este apartado está basado en el texto del Convenio de Colaboración entre la UNAM, Facultad de Filosofía y Letras y la Universidad Distrital Francisco José de Caldas de Bogotá-Colombia del Programa Alternativas Pedagógicas y Prospectiva Educativa en América Latina (APPEAL, México-Argentina-Colombia), elaborado por Cecilia Rincón Verdugo, Carlos Humberto Arredondo Marín y Ana Virginia Triviño Roncancio. 2010: 11-19.

incluso biólogos que buscan entender su fisiología. Uno de los primeros racionalistas en problematizar la experiencia fue Kant en el siglo XVIII. El autor, parte de la idea básica según la cual, la experiencia surge cuando el sujeto establece contacto con una realidad distinta a él mismo y lo modifica. Kant, en su *Crítica de la razón pura*<sup>15</sup> diferenció dos tipos de realidad una exterior y sensible, que da lugar a la experiencia externa (percepción), y una realidad interior que produce una experiencia interna (intuición). A partir de esta distinción, la experiencia ha sido entendida como una actividad de observación a través de los sentidos y una actividad racional que se estructura desde el conocimiento empírico al que él llama conocimiento a posteriori, es decir, un conocimiento que se produce a partir de la experiencia y en relación con los conocimientos a priori que afectan a los sujetos. Para Kant la experiencia es:

Un conocimiento empírico, es decir un conocimiento que determina un objeto por percepciones. Es pues una síntesis de las percepciones, que no está contenida ella misma en la percepción, sino que contiene la unidad sintética de lo múltiple de la percepción en una conciencia; esta unidad sintética constituye lo esencial de un conocimiento de los objetos de los sentidos, es decir de la experiencia (no solo de la intuición o sensación de los sentidos). Ahora bien en la experiencia las percepciones se refieren unas a otras de un modo meramente casual, sin que de las percepciones mismas se desprenda necesidad alguna de su enlace, ni pueda desprenderse, porque la aprehensión es solo una conjunción de lo múltiple de la intuición empí-

rica; pero en ella no se encuentra representación alguna de la necesidad de la existencia enlazada de los fenómenos, que ella junta en el espacio y el tiempo. Mas como la experiencia es un conocimiento de los objetos por percepciones y, por consiguiente, en ella debe ser representada la relación en la existencia de lo múltiple, no tal como se junta en el tiempo, sino tal como es objetivamente en el tiempo; como, además el tiempo mismo no puede ser percibido, resulta que la determinación de la existencia de los objetos en el tiempo no puede ocurrir más que por medio de su enlace en el tiempo en general, y por tanto solo por medio de conceptos enlazadores a priori. Ahora bien, como éstos siempre al mismo tiempo llevan consigo necesidad, la experiencia solo es posible mediante una representación del enlace necesario de las percepciones.<sup>16</sup>

Más de un siglo después, John Dewey centra su propuesta teórica en la noción de experiencia, él se distancia de las visiones empiristas británicas que postularon la experiencia como lo percibido por los sentidos, o como “todo aquello que nos sucede”. La experiencia para Dewey:

Constituye la totalidad de las relaciones del individuo con su ambiente [...] Tiene un aspecto activo y otro pasivo, puesto que es simultáneamente una acción [...] y es algo que le sucede al individuo: el individuo actúa sobre el mundo y este a su vez actúa sobre el individuo [...] Pero la experiencia no solo transforma al mundo y al individuo, también transforma la experiencia pasada y la futura: constituye una reconstruc-

<sup>15</sup> Kant, I. (1787). *Crítica de la razón pura*. Alemania: Faksimile bei Commons.

<sup>16</sup> *Ibidem*, 100.

ción de la experiencia pasada y modifica la cualidad de las experiencias posteriores.<sup>17</sup>

La experiencia es un momento dentro de una “continuidad”, no es un evento aislado, es una interacción entre el sujeto y el medio, donde el sujeto es producido en las interacciones con el medio. La naturaleza de la experiencia involucra un elemento activo y otro pasivo; la dimensión activa tiene que ver con el ensayar y experimentar; en tanto la dimensión pasiva tiene que ver con el sufrir y el padecer.

Siguiendo la tradición del pensamiento alemán, Wilhelm Dilthey propone su fórmula hermenéutica,<sup>18</sup> que se sustenta en conceptos como el de experiencia, entendida como un acto de la conciencia dentro del sujeto.<sup>19</sup> La experiencia a la que se refiere Dilthey, es algo que existe previo al pensamiento reflexivo el cual

origina la separación entre sujeto y objeto. La experiencia representa un ámbito en el cual el mundo y nuestra experiencia de él se hallan todavía unidos, es decir, es una experiencia vivida en su inmediatez, un ámbito previo al pensamiento reflexivo. Desde esta distinción entre pensamiento y vida (experiencia), Dilthey da los cimientos de la fenomenología en el siglo XX.<sup>20</sup> En esta noción de experiencia, la temporalidad dentro de la cual se da el contexto de las relaciones es fundamental, por cuanto, en su unidad de sentido, integra tanto el recuerdo que proviene del pasado como la anticipación del futuro, es decir, que la experiencia adquiere sentido en términos de lo que se espera (futuro) y partiendo del pasado; siendo este horizonte el marco de referencia desde el cual es interpretada toda percepción del presente. Dilthey, reconoce la importancia, de la temporalidad, del tiempo histórico, al proponer que la comprensión de la experiencia debe realizarse desde categorías de pensamiento temporales, lo cual significa que solo es posible entender el presente a partir de la relación pasado-futuro.

Para Gadamer,<sup>21</sup> otro autor alemán que continúa la tradición interpretativa, la experiencia auténtica es hermenéutica, está caracterizada negativamente, ya que adquirimos experiencia sobre algo cuando nos damos cuenta de que no es como habíamos pensado; después de la experiencia, a posteriori, conocemos mejor el objeto, en este sentido, la experiencia transforma nuestro saber acerca del objeto.<sup>22</sup> Esa es experiencia auténtica, la que reconstruye

<sup>17</sup> Dewey, J. (2004). *Experiencia y educación*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

<sup>18</sup> Wilhelm Dilthey (1833-1911), centra su obra fundamentalmente en un esfuerzo reflexivo de crítica sobre la razón histórica, concibe una clara diferenciación entre las ciencias de la naturaleza y las ciencias del espíritu. “El objeto de las ciencias de la naturaleza son los fenómenos exteriores al hombre, mientras que las ciencias del espíritu estudian al mundo de las relaciones entre los individuos, mundo del cual los hombres poseen una conciencia”. Desde aquí, explica que las ciencias naturales siguen el método de la explicación y las ciencias del espíritu, el método de la comprensión. Por lo tanto la hermenéutica no solo está referida a una técnica auxiliar para el estudio de las ciencias del espíritu, para Dilthey es “un método” desde donde propone una hermenéutica como interpretación que parte de un conocimiento de los datos de la realidad que se intenta comprender, en donde los eventos son expresiones concretas de la vida y la historia es un texto que debe ser interpretado y comprendido. Dilthey, W. (1986). *Introducción a las Ciencias del Espíritu: en el que se trata de fundamentar el estudio de la sociedad y de la historia*. España, Ed. Alianza.

<sup>19</sup> Dilthey, W. (1978). “La conciencia histórica y la concepción del mundo”. En: *Teoría de la concepción del mundo (Obras de Wilhelm Dilthey. VIII)*. México. Fondo de Cultura Económica.

<sup>20</sup> Imaz, E. (1946). *El pensamiento de Dilthey*. México: Fondo de Cultura Económica.

<sup>21</sup> Gadamer, H. G. (1977). *Verdad y método*. Salamanca: Sígueme.

<sup>22</sup> Gadamer, H.G. (2002). *Acotaciones hermenéuticas*. Madrid: Editorial Trota.

reflexivamente los eventos pasados y es capaz de evaluar la distancia entre las expectativas pasadas y las experiencias consumadas. Para Gadamer, la experiencia hermenéutica no es solo un acontecimiento, sino que es lenguaje que interpela e involucra al interlocutor. En la experiencia se conjuga lo antiguo y lo novedoso, y se descubre el acontecer histórico.

### Experiencia y expectativa

En la segunda mitad del siglo xx, el historiador Reinhart Koselleck, también de origen alemán, destaca las nociones de experiencia y expectativa en lo que él denomina un “futuro pasado”.<sup>23</sup> La historia es una amalgama de anacronía (alteraciones), diacronía (secuencia) y sincronía (simultaneidad), un espacio de experiencias y un horizonte de expectativas que a su vez crea nuevas experiencias. Experiencia y expectativa son complementarias y asimétricas y no son suficientes para determinar el futuro, así lo expresa:

Quien crea que puede deducir su expectativa totalmente a partir de su experiencia se equivoca... pero quien no basa su expectativa en su experiencia, también se equivoca, la experiencia es un pasado presente y la expectativa constituye la interiorización del futuro en el presente.<sup>24</sup>

El pasado aparece como completo y unificado; el futuro como fragmentario e inasible. De ahí que el autor precise las categorías que desarrolla como “espacio de experiencias y “horizonte de expectativas”, pues mientras el carác-

ter espacial del pasado, da la pauta de que la experiencia está reunida formando una totalidad en la que están simultáneamente presentes muchos estratos de tiempos anteriores; el espacio de experiencia constituye un pasado sedimentado, estratificado sin posibilidad de medirlo cronológicamente, pero sí de fecharlo a partir de indicadores temporales de acontecimientos pasados en torno a los cuales se organizan las experiencias. Por su parte, el horizonte indica esa línea que no se puede experimentar, pero que señala la dirección tras la cual se abre un nuevo espacio de experiencias. Esta asimetría determina la imposibilidad de deducir la expectativa a partir de la experiencia y viceversa.

En la tensión entre estos modos de ser desiguales surge la especificidad del tiempo histórico, de la interacción social, de las modalidades concretas que adquiere cada episodio en cada ocasión. Sin experiencias no hay expectativas, estas constituyen las anticipaciones vinculadas a acontecimientos pasados transmitidos y conservados. Inversamente las expectativas no cumplidas, los acontecimientos que no responden a las anticipaciones se transforman en nuevas experiencias. Lo que sucede entre la expectativa y la experiencia es el evento particular, la historia personal y colectiva, el cambio y la transformación.<sup>25</sup>

Experiencia y expectativa, pertenecen al dominio formal de las categorías cognitivas, su rol estructural es el de establecer condiciones de posibilidad a las historias, pues no existe historia alguna que no haya sido construida mediante las experiencias y esperanzas de las personas

<sup>23</sup> Koselleck, R. (1993). *Futuro pasado. Para una semántica de los tiempos históricos*. Barcelona: Paidós.

<sup>24</sup> *Ibidem*.

<sup>25</sup> Mudrovic, M.I. El valor heurístico de un análisis formal del concepto de tradición. Argentina: <http://foroiberideas.cervantesvirtual.com/resenias/data/43.pdf>.

que actúan o sufren, de manera que su abstracción se ve compensada por la necesidad de su uso. Esto las convierte en meta-categorías, en un dato antropológico previo, sin el cual la trama social es imposible e inconcebible, por lo tanto, pertenecen al ámbito del tiempo, pues entrecruzan el pasado y el futuro. Pero no solo son condiciones trascendentales de historias posibles, sino que forman parte de la realidad, del mundo empírico y singular, del proceso, de la acción en la ejecución del movimiento que transforma el devenir histórico.

Para Koselleck<sup>26</sup> la distancia entre experiencia y expectativa pauta el ritmo del movimiento, mientras más cercanas el curso del cambio es más lento y regenerativo, la relación entre experiencias y expectativas tiende a una coordinación armónica en la que las esperanzas se nutren de las experiencias pasadas. En cambio, la ruptura entre las experiencias y expectativas genera tensiones que provocan el reacomodo y la modificación en las experiencias, donde se expresa la simultaneidad explosiva entre lo viejo y lo nuevo en un presente crítico. La diferencia entre una y otra, alimenta un potencial utópico excedente que dinamiza y acelera los acontecimientos, y el abismo entre el pasado y futuro se vuelve mayor. La historia se vuelve el escenario donde se resuelve o no la tensión entre experiencias y expectativas.

En el ámbito individual, un sujeto puede fundar sus expectativas en experiencias personales, su espacio de experiencia abre un horizonte de expectativas, en tanto que el sentido de sus acciones está determinado por el entorno cultural al que pertenece. El soporte de la experiencia es el grupo social del que forma parte, no el individuo.

Sobre tres modos de experiencia se articulan tres formas de hacer historia. La primera se da, como se ha explicado, entre espacio de experiencia y horizonte de expectativa, es lo que Koselleck denomina “experiencia original”. Se gana experiencia en la medida en que ocurre algo que no fue anticipado, y la experiencia se vuelve única. La segunda forma de adquirir experiencia es cuando lo que sucede confirma la anticipación hecha. El proceso de acumulación permite esperar lo que es posible que ocurra. Tanto las anticipaciones que son rotas como las que son confirmadas por la ocurrencia de los acontecimientos, no deben ser entendidas como anticipaciones que se formulan siempre en forma consciente sino que tienen el alcance de lo que Husserl<sup>27</sup> denomina “proyecciones” del horizonte de presente. Los sujetos que viven los dos tipos de experiencia son o constituyen los individuos y los grupos generacionales.

El concepto de generación articula el sentido biológico y social de la temporalidad. Las experiencias vividas colectivamente impactan de forma diferente de acuerdo a las edades, y tienen como rasgo común haber hecho y adquirido experiencias únicas o repetidas, donde se comparten historias comunes. La tercera forma de articular la experiencia es transgeneracionalmente, y es propia de la larga duración,<sup>28</sup> y no es estrictamente vivencial pues no afecta directamente la existencia de las personas. Como diría Ricoeur<sup>29</sup> es una dimensión abs-

<sup>26</sup> Koselleck, R. (1993). *Op. cit.* 348.

<sup>27</sup> Husserl, E. (1964). *The Phenomenology of Internal Time-Consciousness*. Bloomington: Indiana University Press, Bloomington.

<sup>28</sup> Braudel, F. (1970). *La historia y las ciencias sociales*. Madrid: Alianza Editorial: 67.

<sup>29</sup> Ricoeur, P. (1996). *Tiempo y narración*. Vol. III. México: Siglo XXI: 959.

tracta que hace caer la memoria viva en el anonimato de la historia.

El horizonte de expectativas que se proyecta desde el presente dependerá de la relación que ese presente establezca con la tradición (pasado) como categoría formal del espacio de experiencia, y de que se articule como reiteración, ruptura o crítica. Remitido a la subjetividad, se produce otro tipo de temporalidad, el presente toma posición con respecto al pasado, entendido como lo transmitido por la tradición. La reiteración es la modalidad que adquiere el presente en las sociedades o comunidades inmersas en la tradición. La ruptura con el pasado es propia de los presentes en crisis. La crítica es la actitud hacia la tradición de un presente con conciencia histórica.<sup>30</sup> Ante la enfermedad, el horizonte de expectativa reitera el espacio de experiencia, al tener como utopía la vuelta al estado de salud anterior, a la irrupción del padecimiento, el dolor y el sufrimiento; la reiteración es el reverso, la expectativa permanece anclada en el espacio de experiencia aunque de modo negativo.

Aunque las expectativas no tienen lugar porque aún no se han realizado, sí tienen tiempo, son profundamente históricas, son ideas reguladoras que contienen valores, creencias y esperanzas que ayudan a establecer fines y orientan los acontecimientos de manera tal que el futuro se pueda parecer a ellas lo más posible, aunque se sepa que nunca podrán cumplirse por completo. Las utopías son esperas proyectadas desde un presente insatisfecho con las respuestas ofrecidas por el pasado. Cuando la expectativa se trastoca en utopía, el espacio de experiencia no se anula sino que se invierte, es decir, la experiencia se niega pero está presente.

Por el contrario, el término ruptura significa la ausencia de cualquier tipo de orientación (ya sea por continuidad o por oposición), que el espacio de experiencia pueda ofrecer a un presente en crisis, por lo que el horizonte de expectativa no puede aparecer como determinado bajo ningún aspecto.

Finalmente, lo específico de un presente caracterizado por lo que se denomina conciencia histórica, es la organización retroactiva del pasado a través de la crítica de lo efectivamente transmitido por la tradición, donde conviven un sentido de continuidad con la tradición, y un sentido de alteridad con la misma: el presente se vive como diferente aún cuando se lo piense como resultado del pasado. La deuda con el pasado del que se es heredero radica en reconocerlo como fundamentalmente otro, y esta apreciación de la otredad es resultado de la instancia crítica que el presente ejerce sobre los contenidos de sentido transmitidos por la tradición. Un presente que es consciente históricamente no deriva su horizonte de expectativas del espacio de experiencia sin antes haber sometido a crítica los contenidos heredados de la tradición. La condición de posibilidad de dicha actitud crítica se fundamenta en la conciencia simultánea que el presente posee de su continuidad y su alteridad con el pasado. Lo continuo y lo otro son las dos modalidades que adquiere el pasado para que el presente sea percibido como espacio de cambio histórico por lo que la tradición sometida a crítica constituye el soporte de la acción presente.

De esta manera, la experiencia es una forma de conocimiento o habilidad derivada de la observación, de la vivencia de un evento o de las cosas que suceden en la vida. Generalmente se refiere al discernimiento procedimental vinculado a lo empírico, y condensa las dimensiones

<sup>30</sup> Heller, A. (1993). *Teoría de la historia*. México: Distribuciones Fontamara: 259.

temporales pasadas y futuras; las experiencias son posibles si se tienen expectativas. Al igual que la opinión, las expectativas se expresan a través de esquemas culturales mediados por el lenguaje, lo que permite aprender de otros y volverlas un fenómeno colectivo. En la experiencia se condensan la realidad y el pensamiento; el sujeto elabora la vivencia en esquemas mentales previos, la aprehende, reflexiona, interpreta, transmite y desde ahí, decide cursos de acción, que por lo general buscan el bienestar subjetivo y estados de satisfacción y felicidad con la vida y las situaciones.

Todo conocimiento surge al significar la vivencia y convertirla en experiencia, hay vivencias que no llegan a constituirse como experiencias, para que estas últimas se obtengan, hay un proceso de elaboración, de reflexión, de comunicación a través del lenguaje que trasciende a la persona en la relación con otros. La transmisibilidad de la experiencia implica un esfuerzo que crea comunidad. La comunicación no solo se da por el lenguaje de manera directa, puede estar diferida en escritos o por medios de difusión masiva u otras formas tecnológicas. En ese proceso de transferencia, la experiencia se ve amenazada por la violencia, el dolor, el daño, y solo es comprendida al ser historizada, al ser explicada en sus condiciones de posibilidad concretas. La experiencia según Benjamin<sup>31</sup> está configurada de imágenes dialécticas y surge cuando algunas cosas se juntan y se generan nuevas formas, en estas imágenes se condensa lo que los sujetos son y creen en el presente. Dichas imágenes se nombran, se explican, se colectivizan, no obstante, el lenguaje es insuficiente y se requieren nuevas palabras para dar

cuenta de ellas. La experiencia de uno es apropiable por otros, “aprender de la experiencia” es ser capaz de re-pensar y transmitir la vivencia en un orden de sentido, en estructuras históricas donde los significados se socializan. Para Benjamin las imágenes dialécticas permiten ver las cosas como no se habían visto, experimentar lo típico en circunstancias no típicas y ordenarlo al transmitirlo.

El pensamiento se construye en la conversación, se aprende enseñando y tratando de aclarar ideas para que el otro comprenda y surja la intersubjetividad. Cada situación genera necesidades específicas, singulares, que se resuelven de manera inédita, es decir, no existe una metodología previa ni receta para transmitir experiencias, se trata más bien, como explica Ana María Martínez de la Escalera<sup>32</sup> de una racionalidad procesual y en esa síntesis están los daños, el sufrimiento, la violencia que no siempre se expresan, que quedan como residuo o desechos. La desautomatización, el distanciamiento y la problematización provocan la reflexión para repensar y encontrar los supuestos incuestionables y muchas veces contradictorios con los que se vive. Este acto de extranjería obliga a ver lo que no se veía, implica la mirada crítica del otro.

La experiencia no es un punto de partida o de llegada, es el procedimiento donde se correlacionan formas de subjetividad, saberes, tradiciones y poderes según las condiciones de posibilidad y el posicionamiento del sujeto. La satisfacción no es un proceso, se percibe como un fin; en cambio las preocupaciones están cargadas de experiencias y expectativas y se viven

<sup>31</sup> Benjamin, W. (1970). *El programa de una filosofía futura*, Caracas, Venezuela: Monte Ávila Editores: 7-19.

<sup>32</sup> Martínez de la Escalera, A.M. (2009). “Micropolíticas: inscripción y debate”. En Gómez Sollano, M. y Hamui, L. (Coords.) *Saberes de integración y educación. Aportaciones teóricas al debate*. México: UNAM:24.

como proceso reflexivo, como tensa espera. En el proceso se modifican las historias y se produce el daño colateral, los desechos singulares, efectos secundarios que habría que identificar en el desmontaje de la experiencia.

Las experiencias están ligadas al tiempo, a situaciones concretas, a contextos, al cuerpo y a los afectos. A pesar del menosprecio que la racionalidad científica moderna ha hecho de la experiencia por considerarla un tipo de conocimiento inferior, hoy asistimos a la reivindicación de la experiencia en toda la complejidad que conlleva.<sup>33</sup> Aunque la experiencia tiene una dimensión práctica, empírica vinculada a la acción, habría que pensarla desde la reflexión subjetiva de un individuo sufriente, expuesto, abierto, disponible, frágil, vulnerable, ignorante, impotente ante la vida. En ese sentido, la experiencia más que ser entendida como un concepto definido debe verse como una noción inacabada, en constante construcción que escapa a las determinaciones, se nombra pero no se posee.

La experiencia es un modo de habitar el mundo en el tiempo y en el espacio con otros, en una existencia finita y corporalmente limitada. Referirse a la experiencia es aludir al sujeto en el tiempo, al sentido de vida en posiciones y condiciones socio-históricas singulares. La experiencia es muchas cosas: es práctica que usa las reglas pero que no se reduce a ellas, es un saber reflexionado que se incorpora en un proyecto de vida personal y se articula en un entorno dado, pero también es un significante vacío, es una lógica procedimental en la que adquiere sentido la existencia y la historia, es decir,

es una forma de ser persona y estar en el mundo. La no elaboración de la experiencia es la falta de sentido con relación a la propia vida y la de los demás, y entonces no es posible la transmisión.

A veces el lenguaje de lo general no consigue dar cuenta de la unicidad de la experiencia ni de su intensidad, de ahí la necesidad de deconstruirla, de desmenuzar los significados sociales (fotos, frases, acciones, discursos, prácticas, etc.) y sus formas de uso (relaciones, vínculos, redes, etc.) en que adquieren sentido. Como explica Scott,<sup>34</sup> las experiencias son expresiones lingüísticas coconstruidas intersubjetivamente. Su dimensión narrativa es lo que permite su análisis.

Los sujetos que se comunican están posicionados y tienen una intensión explícita o implícita que le da sentido al intercambio. No obstante los atributos de la experiencia como condensación de lo vivido, como pasado, siguen teniendo vigencia en el ámbito discursivo, pues le dan contenido a la historia relatada.

La experiencia se elabora en forma de relato, si este desaparece, desaparecen los signos y los símbolos significativos, como el lenguaje, que hacen posible el intercambio de experiencias y la cultura. Quedarse sin palabras es perder el sentido y la posibilidad de comprensión de la experiencia, es cuando el sujeto deja de comprender lo que le sucede y rechaza apropiarse y transmitir su experiencia. Esto sucede por ejemplo en los exterminios, o cuando las personas están desahuciadas y destinadas a morir sin esperanza. Al eliminar las expectativas la experiencia se vacía de sentido y la vida pierde valor.

<sup>33</sup> Larrosa, B. J. (2003). "La experiencia y sus lenguajes", Conferencia dictada en serie de Encuentros y Seminarios. Barcelona: Departamento de Teoría e Historia de la Educación.

<sup>34</sup> Scott, J.W. (2001). "Experiencia". Guadalajara, México: *La Ventana*; 13: 43-73.

Cuando la expectativa de sentido y la realidad vivida coinciden en la elaboración de la experiencia, el bienestar subjetivo y la certeza pueden surgir dando la sensación de control y permitiendo la organización del pensamiento en dimensiones temporales simultáneas, que hacen posible la reflexión y permiten la transmisión en narrativas. Cuando el sentido imaginado no encuentra referente en la experiencia aparecen el caos, la frustración, el sufrimiento y la insatisfacción.

En los entornos culturales, las organizaciones sociales tratan de vigilar este tipo de fenómenos subjetivos, las instituciones controlan al tratar de estandarizar, y velan por los comportamientos normales con los que funcionan los sistemas sociales. Lo específico es cómo cada persona vive el proceso inmerso en una genealogía histórica y una posición en el entramado estructural de lo social. Se podría pensar a la experiencia como la invención, producción y alteración de ámbitos de sensibilidades, de prácticas, de relaciones, de condiciones de enunciación y de discurso, de subjetivaciones, como posibilidad de visibilizar y compartir imágenes dialécticas con otros sin perder la singularidad de los procesos y los acontecimientos al querer generalizar. La experiencia no es resultado, es procedimiento, y en ese movimiento de reflexión surge lo alternativo.

Las experiencias son producciones singulares que condensan procedimientos para que la transmisión sea posible. La experiencia hace visible a la comunidad y no es ajena al contexto y la tradición donde se inscribe, aunque tampoco es el contexto. La singularidad del acontecimiento donde sucede el procedimiento al ser puesto en común lo vuelve una experiencia colectiva.

La experiencia no se agota en las estructuras sociales y en los dispositivos institucionales, hay vivencias únicas que al transmitirse se constituyen en experiencias que desbordan las reglas y crean tramas sociales paralelas y alternativas. Los desechos, los saberes soterrados, son lo que la institución deja fuera, la tarea de indagar sobre lo que no quedó es visibilizar aspectos alternos en el proceso de la constitución de la experiencia que condensa el pasado y el futuro en el presente.

### Acción

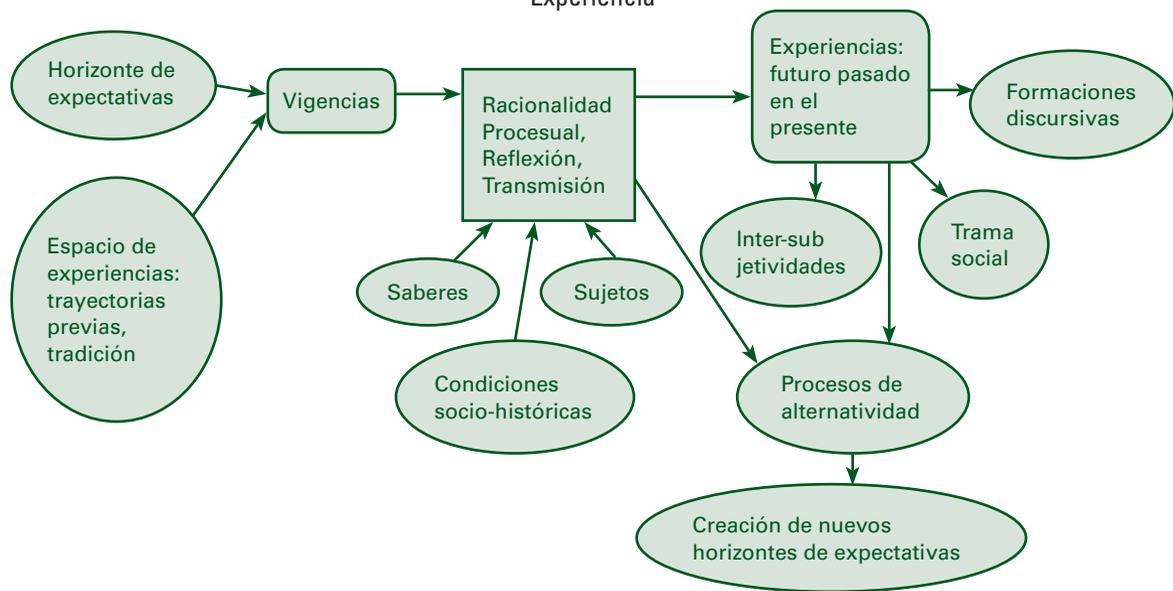
La acción condensa el pasado de la experiencia y el proyecto de la expectativa. El acto encuentra su sentido manifiesto en la expectativa a satisfacer pero retrospectivamente deriva su racionalidad del espacio de experiencia compartido por los contemporáneos en el que se inserta. Mead<sup>35</sup> considera al acto como la base de donde emergen todos los demás aspectos de la experiencia, e identificó cuatro fases interrelacionadas dialécticamente.

La primera fase es la del impulso, que entraña un estímulo sensorial inmediato y la reacción del actor al estímulo, la necesidad de hacer algo como respuesta. Es probable que el actor se detenga a considerar la respuesta adecuada tomando en cuenta no solo la situación inmediata, sino las experiencias pasadas y las posibles consecuencias del acto en su interacción con el entorno.

La segunda fase del acto es la percepción, en la que el actor busca y reacciona a un estímulo (sensorial, interno o externo) relacionado con el impulso. La percepción implica tanto los es-

<sup>35</sup> Mead, G.H. (1972). *The Philosophy of the Act*. Chicago: University of Chicago Press.

**Figura 1**  
Experiencia



tímulos entrantes como las imágenes mentales que crean. Las personas no responden simple e inmediatamente a los estímulos externos o internos, sino que más bien consideran y sopesan la respuesta a través de imágenes dialécticas, seleccionan activamente sus características y eligen entre un abanico de esquemas y sus dimensiones. Mead no separa a las personas de los objetos o las situaciones que perciben. Es el acto de percibir un objeto lo que hace que sea un objeto para la persona, la percepción y el objeto no pueden separarse uno de otro.

La tercera es la fase de la manipulación, una vez que se ha manifestado el impulso y el objeto ha sido percibido, el siguiente paso es la manipulación del objeto, es decir, la acción que la persona planea y emprende con respecto a él. Esta fase constituye una pausa temporal importante en el proceso, porque mientras transcurre no se manifiesta una respuesta inmediata. La pausa que proporciona la manipulación de un objeto o situación permite contemplar diversas respuestas, donde están implicados el

pasado y el futuro. La persona, capaz de pensar, reflexiona acerca de las experiencias pasadas y formula diversas hipótesis acerca de las consecuencias de la acción.

Tras la deliberación, el actor decide y avanza a la cuarta fase, la de la consumación del acto, que equivale a emprender el curso de acción o acciones que satisfacen el impulso original.

Aunque las cuatro fases del acto parecen estar vinculadas en un orden lineal, realmente se compenetran para constituir un proceso integrador. Los aspectos de cada fase están presentes en todo momento desde el principio del acto hasta el final, de manera que cada fase afecta a las demás.

Mientras el acto implica a una persona, el acto social implica a dos o más. Las acciones se convierten en signos y símbolos significantes que permiten la transmisión, a través de los gestos y el lenguaje. Los vocablos son símbolos que responden a un significado en la experiencia de una persona y que también evoca significado,

la misma imagen mental, en otro individuo. La función de los símbolos significantes es la de posibilitar la adaptación y readaptación entre los individuos involucrados en cualquier acto social dado, con referencia al objeto o situación en el que dicho acto está relacionando. La interacción simbólica hace posible el desarrollo de pautas y formas de comunicación complejas que devienen en la organización de la trama social. La respuesta adaptativa del otro es la que da significado al símbolo expresado por un individuo; el significado de un vocablo puede considerarse como la capacidad de predecir la conducta probable.<sup>36</sup>

El significado se hace consciente solo cuando va asociado a símbolos. Sin embargo, mientras el significado puede hacerse consciente, está presente en el acto social con carácter de previo a la aparición de la conciencia y la conciencia del significado. Como la conciencia, la mente que para Mead es un proceso, se define como conversación interna gracias a la inteligencia reflexiva, no se encuentra dentro del individuo, sino que es un fenómeno social que surge y se desarrolla en la interacción. Así, el proceso social precede a la mente y no es producto de esta última.

La mente, según Mead, se distingue de otros conceptos por su capacidad de responder al conjunto de la comunidad y de poner en marcha una réplica organizada, implicada en los procesos orientados a resolver situaciones. El mundo real plantea problemas y la función de los procesos mentales es intentar solucionarlos, y permitir que las personas se comporten con eficacia en el ámbito de lo social. En estos procesos mentales se activan el espacio de expe-

riencias y el horizonte de expectativas, haciendo posible la emergencia de la acción social.

### Preocupaciones

Las preocupaciones se ubican en la tercera fase del acto, la persona ha sido capaz de identificar el problema, de evaluar la realidad y situarla en sus esquemas de pensamiento formando una representación interna de lo externo, avanzando más o menos en la reflexión y transmisión de su opinión. Para entonces también ha evaluado los recursos sociales y materiales a su alcance para afrontar la situación y reaccionar. En la preocupación se está a la expectativa, a la espera de que algo suceda, sin que necesariamente medie la acción, existe aún la esperanza de conseguir algo, como recuperar la salud, que se sitúa en las posibilidades razonables de que pueda suceder.

En las preocupaciones hay una alta dosis de incertidumbre en el marco de posiciones realistas. Las posibilidades están abiertas y el deseo de solución o restitución adquiere un status privilegiado en los posibles desenlaces de la acción. Las predicciones toman en cuenta la valoración de las consecuencias y están atravesadas por elementos subjetivos como el nivel de confianza (lo que cree que puede hacer), y los objetivos (lo que es y no puede controlar). En las preocupaciones no hay certezas sobre el futuro aunque hay la posibilidad de orientar a metas las acciones previstas. En el estado de preocupación se expresan las percepciones, las creencias, los esquemas culturales, los juicios de valor y la opinión, donde se ordena la experiencia y se construyen las narrativas y los discursos. Con la información y los recursos internos y externos disponibles, se procesa la situación y se anticipan, cognitiva y afectivamente,

<sup>36</sup> Ritzer, G. (1993). *Interaccionismo simbólico. Teoría sociológica contemporánea*. 3ª ed., México: McGraw Hill.

las reacciones que cambian constantemente el espacio de expectativas y el horizonte de experiencias, todo lo cual se traduce eventualmente en comportamientos y hechos que construyen tramas sociales.

### La satisfacción como valoración reflexiva

Al trasladar las nociones teóricas al terreno de la medición de la satisfacción, en el centro del bienestar subjetivo, se ubica el vínculo entre el individuo y su desempeño social en un entorno socio-cultural con redes de símbolos significantes concretos donde se inscribe la valoración de la satisfacción. De tal suerte que no solo la satisfacción se desprende de una evaluación subjetiva, sino de la variabilidad de los parámetros contextuales. No existe un punto de vista externo al individuo que sea objetivamente válido para la determinación de su bienestar.

Para resolver el problema de la diferencia de parámetros, la noción de satisfacción debe ir acompañada de factores de orden reflexivo en la valoración. Por ejemplo, individuos y comunidades fanáticos tendrán una visión más estrecha de los horizontes de experiencia posible en su existencia; la satisfacción fincada en posibilidades restringidas de experiencia no es menos válida que una que no se construye por esa vía. Lo que provoca la inclusión de elementos reflexivos es identificar si lo que fundamenta la valoración de la satisfacción, cualquiera que sea la razón, es electivo o no.

A partir de esto se abre la posibilidad de la ponderación conforme a parámetros de sociedades que de una u otra manera, permanecen ligadas a la idea de cambio. Al mismo tiempo excluye una valoración externa de cualquier parámetro. Introducir una variable reflexiva, su-

pone ponderar con qué recursos intersubjetivos y culturales se cuenta para observarnos y observar a otros. Del mismo modo puede atenderse el problema de que la satisfacción tenga como fuente un estándar bajo de expectativas.

Introducir las variables reflexivas denota un esfuerzo por registrar el modo en que son subjetivamente percibidos los recursos —sociales, culturales, materiales, simbólicos, jurídicos, etc.— que están objetivamente disponibles en el contexto de una sociedad o comunidad. Por ejemplo, si los marcos institucionales y normativos sancionan un conjunto de derechos y libertades, y esas opciones son subjetivamente asumidas, es sensato suponer que la satisfacción se rige por un parámetro más reflexivo y electivo que en comunidades donde esos derechos no existen.

Habría que aclarar que no se trata de juicios de valor, lo reflexivo no es mejor o peor. Como explica Millán,<sup>37</sup> el vínculo entre progreso y bienestar subjetivo requiere de constatar una satisfacción reflexivamente fincada, no cualquier satisfacción. La reflexividad es necesaria solo cuando se admite, en el plano de la propia experiencia, la posibilidad de construir sentido, o placer o dolor, de manera diferente ante un mismo evento.

La satisfacción presupone una evaluación subjetiva menos emotiva que la felicidad y pone en juego factores cognitivos en forma más acentuada.<sup>38</sup> Al mismo tiempo indagar sobre la satisfacción permite incorporar una variedad de dimensiones que abren, aunque de manera parcial, ventanas reflexivas. En esa línea se inscribe la idea de indagar en dominios<sup>39</sup> que constitu-

<sup>37</sup> Millán, R. (2011). *Op. cit.* p. 24-25.

<sup>38</sup> Rojas, M. (2011). *Op. cit.* p. 29-39.

<sup>39</sup> Cummins, R. (1997). *Comprehensive Quality Scale-life Adult*. Australia: Deakin University.

yen áreas de actividad e interacción (familia, ocupación, salud física y mental, educación, etc.). La evaluación en términos de satisfacción introduce un cuerpo más complejo de variantes y de información útil para identificar dimensiones que afectan el bienestar individual como para contrastar esa información con indicadores objetivos.

La satisfacción se relaciona con la evaluación en distintos ámbitos de diversa naturaleza (ingreso, redes sociales, estados afectivos, etc.). En ese sentido es un indicador que encuentra su unidad en un segundo orden, en la ponderación de los diversos ámbitos de la experiencia. Es resultado de un conjunto de procesos que encuentran su síntesis o unidad en un segundo momento de significación, y por tanto, mediante un proceso reflexivo. Por ser un elemento de segundo orden, sintetizador, es importante conocer sobre qué condiciones objetivas se realiza la evaluación. Un modo de hacerlo es indagar qué tan satisfecho se encuentra con las condiciones de vida, con la situación económica, con las relaciones sociales, con el estado emocional, con la condición de salud, etc., a través de cuestionarios susceptibles de ser estadísticamente analizados.

La investigación de los dominios tiene mayor profundidad cuando se acompaña de las dimensiones reflexivas (métodos cualitativos como la entrevista). Con ello quedará más claro si los niveles de satisfacción son producto de procesos de segundo orden, no solo por ser el agregado de distintas experiencias, sino porque subjetivamente estas pueden ser significadas de distinta manera o solo son expresadas de manera inmediata. Al utilizar ambas estrategias de investigación se mantienen los referentes objetivos y subjetivos diferenciados y se puede conservar la liga entre el individuo y la socie-

dad. El vínculo es importante porque permite mostrar la conexión entre el bienestar individual y el desempeño en la sociedad. El uso de indicadores subjetivos, posibilita atender el bienestar como una dimensión individual pero con algún contacto con las variables que también lo hacen socialmente posible.

El bienestar subjetivo es también un resultado de segundo orden de las aportaciones y posibilidades de experiencia que, de manera normalmente inconexa, el progreso —en su estricta dimensión objetiva— genera. Los indicadores objetivos precisan, por eso, de un orden de coherencia, de unidad conceptual, que no es dado por los indicadores mismos sino por la subjetividad (construida mediante experiencias sociales) del individuo.<sup>40</sup>

Solo en una sociedad en la que no existiesen opciones de algún tipo la satisfacción no sería un resultado de segundo orden, sino una síntesis de nuestra propia experiencia. No se espera que la satisfacción se exprese como un empalme perfecto entre las experiencias y las expectativas, entre las dimensiones individuales y las colectivas, o entre las subjetivas y objetivas, sin embargo, podrían exponerse esas diferencias para agregar información y mejorar el conocimiento sobre el desarrollo social. En el bienestar subjetivo, los factores reflexivos implican la interiorización de opciones y posibilidades, que se conectan de un espacio de experiencias, se vinculan a la sustentabilidad subjetiva, es decir, a la certidumbre sobre el futuro y la valoración de los elementos en los que se basan, hacia un horizonte de expectativas, y todo ellos se condensan en la satisfacción.

<sup>40</sup> Millán, (2011). *Op. cit.* p. 26.

## POTENCIALIDADES Y LIMITACIONES DE LO SUBJETIVO

Desde la década de los años setentas se ha investigado un concepto que trata de conjuntar la perspectiva objetiva con la subjetiva del bienestar de los individuos, este es el de calidad de vida. Stiglitz,<sup>41</sup> Sen y Fitoussi, entre otros, plantean que la calidad de vida está relacionada con las condiciones objetivas: salud, educación; y con las condiciones materiales: ingreso, consumo, riqueza, ambiente e inseguridad. También han propuesto otras tres dimensiones relativas a la calidad de vida vinculadas con cuestiones subjetivas: actividades personales —incluido el tiempo libre—, condiciones políticas de la ciudadanía y capital social.<sup>42</sup>

Lo importante era explorar el rango de libertades y oportunidades para escoger y ejercer ciertas actividades que los individuos valoran. En este sentido, la calidad de vida, además de las condiciones materiales, presupone una modificación de los criterios de evaluación de la vida social y personal; bajo determinadas condiciones mínimas y electivas, en la dimensión subjetiva encuentra sentido la relación entre identidad, estilos de vida, espacio de experiencia y horizonte de expectativa. Las posibilidades objetivas de realización de experiencias vividas subjetivamente como satisfactorias, aluden a tres dimensiones fundamentales: tiempo, libertad y calidad de vínculos sociales.

<sup>41</sup> Stiglitz, J.E., Sen, A. y Fitoussi, J.P. (2009). "Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress". Francia.

<sup>42</sup> Putnam, K. (2000). *Bowling alone*. New York: Touchstone Book: 48.

## Taxonomía de calidad de vida

A pesar de los avances teórico-metodológicos con respecto a los estudios sobre la calidad de vida todavía no hay suficiente consenso entre quienes investigan estos temas, cada disciplina enfatiza diferentes aspectos y sigue siendo un concepto multidimensional que incluye aspectos internos, externos y la interrelación entre ellos. No obstante, actualmente se acepta que los indicadores subjetivos son relevantes y que el uso conjunto de indicadores objetivos y subjetivos provee una perspectiva más completa.<sup>43</sup> Como no existe un acuerdo sobre el concepto de calidad de vida, acerca de las dimensiones que lo componen, ni de cómo deben combinarse entre sí, la construcción de índices sintéticos sobre calidad de vida contribuye muy poco a entender la complejidad de los factores y puntos de vista que inciden en este aspecto. De ahí que una taxonomía pueda resultar más útil, ya que permite ordenar los distintos significados, dimensiones y variables que abarca el concepto.

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en el estudio titulado *Calidad de vida más allá de los hechos*,<sup>44</sup> se propone una taxonomía en la cual se distinguen por un lado, variables individuales y nacionales, y por otro, variables objetivas y de opinión. Mientras que las variables individuales se refieren a las características personales, las condiciones de vida o las opiniones de cada quien, las nacionales son agregados

<sup>43</sup> Lora, E. (2011). "Cómo los indicadores subjetivos pueden contribuir a la medición del progreso de las sociedades". En: Rojas, M. (coord.) *La medición del progreso y el bienestar. Propuestas desde América Latina. Foro Consultivo Científico y Tecnológico*. México.

<sup>44</sup> Lora, E. (coord.) (2008). *Calidad de vida más allá de los hechos*, Washington DC: Banco interamericano de Desarrollo (BID), Fondo de Cultura Económica: 54.

para el país, ciudad o estado. En algunos casos las variables nacionales consisten en las sumas o promedios de variables individuales pero no siempre es así, pueden ser por agregación estadística también. Las variables individuales no son solo aquellas internas y propias del individuo (edad, ingresos, escolaridad...) sino aquellas que se refieren al sujeto en relación con los otros (estado civil, posición relativa de ingresos, familia, opinión sobre los demás o sobre la sociedad).

Las variables de opinión son subjetivas por definición, esto es, se basan en la experiencia, expectativas y juicio subjetivo de las personas. Las variables objetivas son aquellas que constituyen la base de la vida de los individuos o de la sociedad, así como los hechos o resultados observables de sus acciones y comportamientos individuales y colectivos. Ambas se complementan en la taxonomía propuesta por el BID.

Las capacidades con las que los individuos se enfrentan a la vida, tales como su personalidad, salud, educación y experiencia corresponden al concepto de calidad de vida entendido como capacidad para la vida.<sup>45</sup> Amartya Sen<sup>46</sup> ha puesto énfasis en el desarrollo de las capacidades como condición necesaria para la realización personal y el desarrollo social.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) se inspira en este enfoque.<sup>47</sup> Las condiciones materiales de vida, que com-

prenden el ingreso, el consumo, la vivienda, el acceso a los servicios de salud y educación, y las condiciones de empleo son la base de los indicadores para estudiar las necesidades básicas en muchos países. Por su parte, la calidad del ambiente económico, social e institucional en que se desempeñan los individuos constituye otra forma de acercarse a la calidad de vida.

En este caso se trata de las condiciones objetivas externas a los individuos que condicionan su existencia, y que comprenden tanto las políticas y las instituciones que son la base del funcionamiento social, como los resultados nacionales económicos, sociales o ambientales para el país en su totalidad. Este conjunto de variables reflejan que tan “vivable” es una sociedad.

En contraposición a las variables objetivas están las opiniones y esto se refiere a la apreciación de los individuos sobre sí mismos, es decir la evaluación subjetiva de las personas sobre su vida en general, o sobre las distintas dimensiones de su vida o dominios. Lora<sup>48</sup> explica que cuando la evaluación se refiere a la vida en su conjunto, se utiliza la expresión “satisfacción con la vida” o el concepto de “felicidad”; la felicidad según Veenhoven<sup>49</sup> se define como el grado en el cual un individuo juzga como favorable la calidad de su vida como un todo, es decir, qué tanto le gusta la vida que lleva.

Las mediciones de satisfacción y felicidad, son la única manera en que se puede explorar una evaluación comprensiva de la calidad de vida. En ninguno de los otros enfoques (por capacidades, por las condiciones materiales, o por

<sup>45</sup> Veenhoven, R. (2000). “The Four Qualities of Life: Ordering Concepts and Measures of the Good Life”. *Journal of Happiness Studies*; 1: 1-39.

<sup>46</sup> Sen, A. (1985). *Commodities and Capabilities*. Oxford: Oxford University Press: 173.

<sup>47</sup> Sustainability and Equity. A Better Future for All. Informe sobre Desarrollo Humano, PNUD. 2011. <http://hdr.undp.org/es/informes/mundial/idh2011/>

<sup>48</sup> Lora, E. (2011). *Op.cit.* p. 52.

<sup>49</sup> Veenhoven, R. (2007). “Measures of Gross National Happiness”. Documento presentado en la Conference on Measurability and Policy Relevance of Happiness, del 2 al 3 de abril. OCDE, Roma. 2007. Citado en Lora, E. *op.cit.* 2011: 54.

**Tabla 1** Variables de calidad de vida

		Variables individuales		Variables nacionales		
		Internas al individuo	Del individuo en relación con otros			
Variables objetivas	Bases de la vida de los individuos o de la sociedad	<b>Capacidades</b>	<b>Condiciones familiares</b>	<b>Políticas</b>		
		Edad	Estado civil	Económicas (fiscales, regulación económica)		
		Sexo	Hijos	Laborales (normas de contratación y despido)		
		Personalidad	Estructura del Hogar	Sociales (seguridad y protección social)		
		Salud física y mental	Otras condiciones interpersonales	Instituciones		
		Educación	Amistades	Imperio de la ley		
		Conocimiento y experiencia	Participación comunitaria	Instituciones políticas		
				Calidad de administración pública		
			<b>Condiciones de vida material</b>	<b>Condiciones relativas de vida</b>	<b>Resultados "nacionales"</b>	
	Resultados objetivos	Ingreso	Quintil de ingreso	Económicos (PIB, Inflación)		
Consumo		Ingreso del grupo de referencia	Desarrollo Humano (expectativa de vida, mortalidad infantil, escolaridad, educación)			
Condiciones de vida (propiedad, calidad de los materiales, acceso a servicios)		Segregación espacial	Laborales (informalidad, desempleo)			
Acceso a los servicios de salud, educación, seguridad, social		Discriminación	Sociales (pobreza, desigualdad)			
Calidad del empleo			Calidad del ambiente (natural, urbano)			
Variables de opinión	<b>Apreciación individual de los resultados</b>		<b>Promedios "nacionales" de la apreciación individual de los resultados</b>			
	<b>Sobre los individuos mismos</b>	<b>Sobre el país o la sociedad</b>	<b>Sobre los individuos mismos</b>	<b>Sobre el país o la sociedad</b>		
	Felicidad	Situación del país	Felicidad	Situación del país		
	Satisfacción con la vida	Situación económica del país	Satisfacción con la vida	Situación económica del país		
	Satisfacción con dominios de vida personal (nivel de vida, salud, educación, empleo, vivienda)	Opinión sobre dominios de la sociedad (sistema de salud, sistema educativo, políticas de empleo, de provisión de vivienda, etc.)	Satisfacción con dominios de vida personal (nivel de vida, salud, educación, empleo, vivienda)	Opinión sobre dominios de la sociedad (sistema de salud, sistema educativo, políticas de empleo, de provisión de vivienda, etc.)		

la calidad del ambiente económico, social e institucional del país) es factible tener una medida que englobe el conjunto de variables, ya que no puede definirse a priori qué componentes son válidos y cuáles no, y cómo asignarle un peso relativo a cada uno. Tampoco tiene sentido combinar indicadores que pertenecen a enfoques distintos. De ahí que las estrategias cualitativas coadyuven a la comprensión de las reflexiones que acompañan la evaluación de la satisfacción.

Resulta complicado medir estadísticamente la satisfacción pues refleja en forma imprecisa y en ocasiones incoherente, las opiniones que los individuos tienen sobre sí mismos, sobre el país o la sociedad. Lo mismo vale decir de las opiniones personales en las diferentes dimensiones o dominios de su vida o de la sociedad. No obstante, es una deficiencia que se debe subsanar para entender el progreso, ya que las percepciones indican cómo los individuos se ven a sí mismos y a su entorno. Además, pueden influir sobre las políticas que se adopten en sistemas más o menos democráticos, y sobre la efectividad de los programas para producir resultados, afectando las expectativas de los sujetos, su confianza en las instituciones y sus actitudes de cooperación con las organizaciones sociopolíticas. Las opiniones pueden aportar también información en el debate público, sobre si los objetivos de planeación a los que apunta el gobierno se corresponden o no con lo que la gente persigue como objetivos para lograr su bienestar o su percepción de satisfacción.

### Limitaciones en la producción y análisis de la información subjetiva

Las percepciones no son un reflejo directo de la realidad y están influidas por patrones cultura-

les. Algunas de las dificultades que enfrentan los investigadores cuando las intentan medir son: que están sujetas a ambigüedades de interpretación, a sesgos de autocomplacencia, están afectadas por expectativas y aspiraciones, también están influidas por factores personales indiscifrables y pueden ser inconsistentes con las decisiones que toman los individuos.

Al comparar, por ejemplo, los promedios nacionales en ciertas áreas con las opiniones de las personas sobre ese mismo aspecto, no siempre los resultados son consistentes, a veces se asocian fuertemente y a veces no. Por ejemplo, se espera que los países con crecimiento económico muestren altos niveles de satisfacción y no siempre sucede así, esto es lo que se denomina la "Paradoja de Easterlin".<sup>50, 51</sup> Por consiguiente las percepciones no son un reflejo directo de la realidad y no pueden utilizarse como sustituto de la información objetiva.

Muchas veces, como refiere Lora<sup>52</sup> las opiniones de la gente enfatizan los sesgos culturales de los países en cuestión. Al comparar las percepciones sobre calidad de vida entre países, es importante tener en cuenta que los sesgos culturales ejercen mayor influencia en la forma en que la gente juzga la sociedad, que en la manera en que evalúa las dimensiones personales de su vida.

Entre los numerosos factores que influyen en las percepciones están las diferencias ideológicas y de interpretación de las preguntas, y las

<sup>50</sup> Easterlin, R.A. (1974). "Does Economic Growth Improve the Human Lot?" En: David P.A y Reder M.W. (eds.) *Nations and Households in Economic Growth. Essays in Honor of Moses Abramovitz*. New York: Academic Press.

<sup>51</sup> Easterlin, R.A. (2003). *Explaining Happiness. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. USA: PNAS. 100 (19): 23.

<sup>52</sup> Lora, E. (2011). *Op.cit.* p. 45.

diferencias de gustos y objetivos. Por ejemplo, el grado de satisfacción con la propia vida que manifiestan las personas a través de encuestas puede ayudar a identificar qué aspectos de la vida tienen mayor o menor relevancia.<sup>53, 54</sup>

Las ambigüedades de interpretación pueden ser reveladoras en el caso de las opiniones de políticas públicas, por ejemplo, en Latinoamérica la mayoría de la gente tiene opiniones favorables sobre el sistema educativo, a pesar de los modestos logros educativos de la región y del pobre desempeño académico en las pruebas internacionales. Al indagar cualitativamente este dato, se encontró que más que el desempeño académico lo que les importa a los padres de familia es que sus hijos estén seguros en la escuela y sean tratados con respeto.

De igual manera la gente en la región se siente satisfecha con su trabajo a pesar de los altos índices de informalidad y de la baja cobertura de los sistemas de seguridad social, debido a que se valora más la independencia y la flexibilidad que los potenciales beneficios de un seguro de salud o una pensión futura. Precisamente porque pueden ser inconsistentes con los indicadores objetivos tradicionales, las opiniones de las personas sobre diversos aspectos de sus vidas y de sus países pueden ser fuentes de información valiosa para identificar los estándares con los que juzgan su propia situación y la de su sociedad, teniendo en cuenta que varían de un país a otro y que no permanecen estáticos en el tiempo porque son cambiantes.

<sup>53</sup> Diener, E. y Diener R.B. (2008). *Happiness: Unlocking the Mysteries of Psychological Wealth*. Malden MA: Blackwell Publishing.

<sup>54</sup> Van, Praag, B. M. S. y Ferrer-i-Carbonell. (2008). *Happiness Quantified: A Satisfaction Calculus Approach*, Oxford: Oxford University Press: 62.

Una de las constantes del comportamiento humano es que existe una marcada tendencia a ser más crítico con la sociedad que con uno mismo, es decir, se es optimista aunque no haya fundamento objetivo para ello. Por ejemplo, mientras que el 83% de los latinoamericanos se muestran satisfechos con su trabajo, solo 35% cree que los gobiernos están haciendo lo suficiente para incrementar el número y calidad de los empleos.

Las perspectivas están afectadas por las expectativas; al analizar los niveles de satisfacción por grupos de ingreso, los más altos con los de más bajo, no existen grandes diferencias porque hay un sesgo optimista o autocomplaciente entre los segundos. Esto se debe a que la relación entre ingreso y satisfacción está mediada por las expectativas y los referentes con los cuales se comparan los individuos. Cuando se trata de las percepciones sobre las condiciones de vida y las políticas de los países, los pobres tienden a tener opiniones semejantes e incluso más benevolentes que los ricos, lo que constituye una inquietante “paradoja de las aspiraciones” como la llama Lora.<sup>55</sup> En América Latina, los quintiles más bajos son los que muestran que existe más confianza en el sistema médico o en los esfuerzos de los gobiernos para facilitar la creación de más y mejores empleos.

Existen varias explicaciones, puede deberse, por un lado, a que las políticas de gobierno sean efectivamente benéficas para los pobres, o por otro, a las diferencias de información que poseen unos y otros, ya sea porque la opinión de los pobres esté influida por la imagen que trata de difundir el gobierno, o bien porque los no pobres tienen mejor información sobre las limitaciones de las políticas sociales o porque

<sup>55</sup> Lora, E. (2011). *Op.cit.* p. 47.

están menos de acuerdo que los pobres con su diseño u orientación. Pero posiblemente se debe a diferencias de expectativas acerca de lo que deben o pueden hacer los gobiernos.

Los factores individuales también influyen en las percepciones, entre los numerosos factores personales están las diferencias ideológicas y de interpretación de las preguntas, que se mencionaron antes, aunque también las de gustos y objetivos, y todos ellos pueden estar ligados a rasgos de personalidad.

Otro asunto inquietante de las percepciones es que pueden ser inconsistentes e incluso contradecir las decisiones que toman los individuos con sus vidas, desafiando la teoría económica de la elección racional según la cual “a mayor nivel de ingreso o consumo de un individuo es mayor su bienestar”, pues aumentan sus opciones de elegir lo que le produce más satisfacción o utilidad. No siempre las opiniones y las acciones coinciden, hay otros factores que inciden en la decisión que los economistas no identifican, pero modifican el comportamiento. Las experiencias y expectativas rebasan la dimensión racional-causal.

A pesar de las limitaciones, al comparar las percepciones con los indicadores objetivos, las opiniones que la gente tiene sobre su bienestar tienden a reflejar correctamente las afectaciones positivas y negativas que experimentan internamente o que expresan físicamente. También se corresponde, según Lora,<sup>56</sup> con lo que sus familiares cercanos o sus amigos piensan de ellos, y están asociadas con medidas físicas de la presión sanguínea o el pulso cardíaco.

La satisfacción de las personas está fuertemente vinculada con los denominados bienes relacionales. Estos se refieren a las relaciones

interpersonales en el ámbito de lo afectivo que no son instrumentales.<sup>57</sup> Según Carr,<sup>58</sup> las personas con fuertes nexos sociales disfrutaban de mejores condiciones de salud física y mental, y un menor riesgo de muerte. Las relaciones interpersonales se generan desde la niñez, incluso antes de tener consciencia de ellas.

En el terreno biológico se ha descubierto que las tendencias sociales tienen relación con las “neuronas espejo” que proveen de experiencias internas directas y por lo tanto de la comprensión de los actos, emociones e intenciones de otros. Cuando las personas dicen “siento tu dolor” muchas veces no se dan cuenta de qué tan literal puede resultar dicha expresión.<sup>59</sup>

Las actividades sociales no instrumentales como el voluntariado, pasar tiempo con amigos, asistir a reuniones sociales, a eventos culturales y deportivos, tienen influencia en la satisfacción con la vida. Los bienes relacionales no pueden ser directamente producidos por las políticas gubernamentales, sin embargo, las acciones públicas pueden evitar la paradoja del crecimiento con infelicidad y promover las interacciones personales de muchas maneras, por ejemplo: proporcionando lugares de reunión, regulando las horas de actividad comercial, ajustando el tiempo de trabajo semanal, apoyando los deportes y las artes, y planeando el espacio urbano para una mejor utilización del tiempo, etcétera.

Los sujetos en el mundo real se reúnen para negociar, intercambiar información y coordinar sus acciones dentro o fuera de las organizaciones.

<sup>57</sup> Becchetti, L. Pelloni, A. y Rossetti, F. (2008). “Relational Goods, Sociability, and Happiness”. *KYLOS*. 61(39): 343.

<sup>58</sup> Carr, A. (2004). *Positive Psychology: The Science of Happiness and Human Strengths*. London: Brunner-Routledge: 26.

<sup>59</sup> Rizzolatti, G. Fogassi L. y Gallese, V. (2006). “Mirrors in the Mind”. USA: *Scientific American* 18(1): 87-107.

<sup>56</sup> *Ibidem*. p. 49.

La dimensión interpersonal no solo está presente en el ámbito económico, pero ha sido poco explorada en este contexto. Los bienes relacionales incluyen el compañerismo, apoyo emocional, aprobación social, solidaridad, sentido de pertenencia y de considerarse parte de la historia, así como el deseo de ser querido y reconocido por otros. Estos bienes se encuentran en las relaciones familiares, de amistad y en variados eventos de tipo social (clubs, asociaciones, la afición deportiva, etcétera.).

Otra característica distintiva de este tipo de bienes es que adquieren su valor a través de su expresión genuina y sincera, que no es posible comprar o adquirir en el mercado. Por ejemplo, la confianza en los demás o la amistad tiene valor en sí misma y la simpatía surge espontáneamente.

No obstante, para que las interacciones se den, las personas se tienen que coordinar en eventos sociales y esto no siempre sucede, pues hay poco tiempo para ello, provocando un subconsumo de bienes relacionales. Lo que trata de probar Becchetti, et. al.<sup>60</sup> es que los individuos que consumen más bienes relacionales están más satisfechos que quienes no lo hacen. La pregunta que formulan se refiere a si las relaciones humanas (fuera de la esfera económica) afectan directamente el bienestar subjetivo del individuo. Estudios como el de Kasser<sup>61</sup> sostienen que las personas que buscan fines materiales extrínsecos reportan menos auto-estima y satisfacción con la vida, que aquellas con metas intrínsecas.

Entre los bienes relacionales está el apoyo social concerniente al bienestar subjetivo.<sup>62</sup> El

apoyo social se refiere a la ayuda potencial con la que cuenta una persona en dos niveles, por un lado, a través de su pareja y/o su familia, y por otro, de sus amigos íntimos, la comunidad y otros grupos a los que el sujeto se encuentra cercano, como los vecinos o compañeros de trabajo. Aquellos grupos, institucionalizados, capaces de brindar ayuda, se conocen como redes sociales, donde se intercambian recursos materiales, psicológicos y sociales, que le permiten al sujeto responder de una manera adaptativa a situaciones reales y/o potenciales. Un apoyo social positivo requiere ser asertivo, esto es, tener la dirección adecuada, ser suficiente en cantidad y calidad y otorgarse en el momento en que el sujeto lo necesita, de lo contrario puede ser percibido como escaso y/o coercitivo. La distinción entre apoyo social y redes sociales, consiste en que el primero se refiere a las relaciones interpersonales del sujeto, mientras que las segundas aluden a las organizaciones o instituciones que prestan servicios sociales.

Un incremento en el bienestar subjetivo promueve una alta percepción de control sobre el ambiente, lo que le permite al sujeto tener un mayor acceso a las redes de apoyo social y experimentar como estresantes un menor número de eventos. El apoyo social también influye en la satisfacción, pues por medio de él se transmiten conocimientos con el fin de mejorar las habilidades de los sujetos para afrontar problemas, se potencian lazos sociales y el cambio de actitudes. Estas consideraciones resultan importantes en estudios de satisfacción con la atención médica, pues los bienes relacionales actúan como compensadores en situaciones adversas, como la irrupción de una enfermedad, e influyen en la satisfacción percibida.

<sup>60</sup> Becchetti, et. al. (2008). *Op.cit.* p. 348.

<sup>61</sup> Kasser, T. (2002). *The High Price of Materialism*. Cambridge (Mass): MIT Press.

<sup>62</sup> Palomar, L. J. y Cienfuegos, Y.I. (2007). "Pobreza y apoyo social: un estudio comparativo en tres niveles socioeconómicos". *Interamerican Journal of Psychology*; 41(2): 177-188.

## Aspectos metodológicos en la medición del bienestar subjetivo

Además de las razones teóricas expuestas en los párrafos precedentes, también existen problemas metodológicos en el proceso de generar los datos de la investigación, al realizar las mediciones del bienestar subjetivo. Según Diener,<sup>63</sup> los indicadores del bienestar subjetivo tienen tres componentes: satisfacción, afectación positiva y afectación negativa. La afectación positiva incluye emociones positivas como la felicidad y lo placentero. De la misma manera se puede medir la afectación negativa en la vida o episodio de la vida de una persona, o sobre un servicio o producto. La independencia parcial entre la satisfacción y las afectaciones se muestra en las paradojas que ya hemos comentado. Diener subraya que el temperamento y la personalidad juegan un papel importante en el bienestar subjetivo, por ejemplo, las personas extrovertidas tienen una mejor disposición y actitud ante la vida, lo que se traduce en mayor satisfacción. Las personas tienden a adaptarse a través del tiempo a las circunstancias, aunque estas sean extremas, de tal manera que las condiciones externas disminuyen su impacto en el bienestar personal: un ciego se adapta a vivir sin ver. Sin embargo hay cosas a las que las personas no se acostumbran, como ser la esposa de un enfermo de Alzheimer.

Aunque las mediciones del bienestar subjetivo han demostrado ser válidas y confiables, consistentes y estables, existen problemas potenciales o sesgos metodológicos al producir los

datos que deben ser considerados. Por ejemplo, cuando se indaga algún evento triste (como la muerte de un hijo) el estado de ánimo puede verse afectado negativamente, a pesar de que hayan tenido una vida plena y feliz, y eso influye en las respuestas sobre el bienestar subjetivo. Otro sesgo es el de la deseabilidad de las contestaciones, las personas tratan de responder lo que se considera adecuado, por ejemplo, los sujetos que perdieron un hijo se espera que se muestren tristes ante el hecho. Los resultados pueden ser interpretados en un paradigma metacomunicativo, en el cuál el objetivo de los investigadores sea lo que se registró y no los estados de ánimo ordinarios de las personas. De ahí la importancia de controlar los posibles sesgos o artefactos para producir resultados que no sean ambiguos.

Al realizar investigaciones, algunas de las trampas en las que no deben caer los analistas se vinculan con el estado de ánimo del respondiente al momento de la entrevista o encuesta. Puede suceder que, de acuerdo a su humor, la persona responda de manera fácil y rápida sin pensar demasiado, sin referirse a su espacio de experiencia y sin proceder reflexivamente.

Las mediciones pueden verse alteradas por los estados emocionales, no obstante, existen algunos parámetros que pueden ser identificados, considerando primero, qué tan consciente estaba el entrevistado sobre su humor en ese momento, la especificidad del juicio de satisfacción solicitado, si el sujeto tenía prisa, y qué tan respaldada en la memoria fue la opinión emitida. Aunque es difícil determinar el grado exacto en que el humor influencia la medición del bienestar subjetivo, el encuestador podría tratar de mantener un estado de ánimo constante en todas las entrevistas para reducir el error en el

<sup>63</sup> Diener E. y Fujita F. (1995). "Methodological Pitfalls and Solutions in Satisfaction Research". En: Sirgy M.J. y Coskun Samli (eds.) *New Dimensions in Marketing/Quality-of-life Research*. USA: Quorum Books Greenwood Publishing Group, Inc.

análisis.<sup>64</sup> Además, el entrevistador tendría que estar pendiente de factores tales como: un fenómeno natural recién acontecido o algún acto delictivo cercano, que pudieran influenciar el estado emocional de un buen número de los sujetos. En tercer lugar tendría que ser capaz de reducir el efecto del estado de ánimo al centrar la atención del sujeto en la encuesta.

Otro aspecto metodológico a considerar se refiere al uso de las escalas de respuesta. Los participantes pueden utilizar la escala de respuesta de manera diferente y subjetivamente anclar puntos finales (endpoints) de la escala en varios sitios, dependiendo de los factores situacionales, lo que puede marcar diferencias a pesar de que la sensación de satisfacción sea la misma. Por ejemplo, una persona puede calificar más alta su satisfacción con la vida cuando se le formula la pregunta mientras está viendo a un discapacitado en una silla de ruedas, o la puede calificar más baja si está viendo una película romántica de décadas pasadas. Strack y sus colegas<sup>65</sup> revisaron evidencia mostrando que cuando a los individuos se les recuerda un evento de hospitalización en el pasado lejano, reportan altos índices de satisfacción porque estos momentos tristes les sirven como ancla de contraste. Así, la escala subjetiva puede diferir dependiendo de factores situacionales.

Es importante también que el encuestador se asegure de que el respondiente entienda las opciones de respuesta y utilice la misma escala,

explicada de manera explícita por quien formula las preguntas, para minimizar diferencias en la manera en que las escalas son entendidas y utilizadas. Los analistas pueden tratar de mantener los efectos relativos a las opciones de respuesta constantes al estandarizar las condiciones de la(s) encuesta(s).

Los “efectos de techo” son comunes en los estudios de satisfacción, es recurrente que la gente reporte altos niveles de satisfacción. En muchas áreas de las ciencias sociales las mediciones producen curvas normales, pero en las investigaciones de satisfacción, las distribuciones asimétricas son la regla y no la excepción. Los investigadores deben cuidar que su encuesta no padezca los efectos de techo. Una estrategia para evitarlos es volviendo la respuesta positiva más alta como extremadamente positiva, por ejemplo, las opciones de respuesta podrían empezar con “extremadamente satisfecho” (sentirse extasiado, fantástico, más que feliz) y no con “muy satisfecho”. Por la naturaleza de los datos de satisfacción, algunos analistas usan estadísticas no paramétricas aunque son menos poderosas que las técnicas paramétricas, otra alternativa es transformar los datos, por ejemplo cuadrándolos, para reducir las distorsiones de las curvas.<sup>66</sup>

Otro sesgo identificado se refiere a la deseabilidad social de las respuestas, es decir, las personas quieren ser consideradas favorablemente por los otros en las encuestas de satisfacción, por ejemplo, quieren parecer inteligentes y cooperativas, positivas y agradables. Los investigadores pueden manejar los efectos de impresión, una estrategia es haciendo los cuestionarios anónimos para evitar la identificación individual y propiciar respuestas que más que causar

<sup>64</sup> Yardley, J.K. y Rice, R.W. (1991). “The Relationship Between Mood and Subjective Well-being”. *Social Indicators Research*; 24: 101-111.

<sup>65</sup> Strack, F. Schwartz, N. Chassein, B. Kern, D. y Wagner, D. (1990). “Salience of Comparison Standards and the Activation of Social Norms: Consequences for Judgments of Happiness and their Communication”. *British Journal of Social Psychology*; 29: 303-314.

<sup>66</sup> Diener y Fujita. (1995). *Op.cit.* p. 32-34.

buena impresión sean sinceras. Los efectos de impresión también se expresan cuando las personas intentan ser consistentes al responder las encuestas para dar una imagen de coherencia, al analizar los datos habría que distinguir la correlación de las variables y este sesgo de origen. Una forma de hacerlo es manejando varios cuestionarios, pues la gente tiende a cuidar menos la consistencia cuando se trata de estudios diferentes que cuando se trata del mismo, aunque esto habría que explorarlo un poco más.

Los sesgos de la memoria también están presentes en las encuestas de satisfacción, sobre todo cuando se evalúan fenómenos de largo plazo. Los sujetos se ven obligados a recordar sus experiencias y sus memorias pueden estar sesgadas, por ejemplo, según la personalidad, se puede recordar más lo positivo que lo negativo al hacer el balance; se puede poner más énfasis en lo afectivo o en lo intenso de la experiencia, o en la resolución más que en el proceso.<sup>67</sup> Una alternativa es el uso del denominado "Experience Sampling Method" (ESM). En esta técnica se les pregunta a las personas cómo se sienten, ya sea de manera aleatoria o al final del día, y se analizan las respuestas, con ello se evita englobar en una sola respuesta el nivel de satisfacción. No obstante, esta estrategia implica la identificación del respondiente, un lapso de tiempo para realizar el estudio y recursos suficientes para llevarlo a cabo.

Otro aspecto importante es la manera en que se comunica la información, tanto en la forma de frasear las preguntas como en las opciones de respuesta, para no influenciar la respuesta del entrevistado. Por ejemplo, cuando a

una persona se le cuestiona qué tan satisfecho(a) está con su matrimonio y luego se le pregunta por la satisfacción con su familia, se espera una respuesta distinta a la que da cuando las preguntas se plantean en el orden inverso. La razón es que los sujetos interpretan la pregunta por la familia, cuando está en segundo lugar, como si aplicara a la situación familiar independientemente del matrimonio, ya que es un área que se exploró antes, en la primera pregunta, entonces ponen énfasis en las interacciones con los hijos(as). Esto muestra que las preguntas son interpretadas en el contexto de otras preguntas que ya han sido formuladas. Las respuestas a las preguntas de satisfacción, dependen no solo de la pregunta hecha, sino de las precedentes.<sup>68</sup>

Las alternativas de respuesta también pueden comunicar información e influenciar las contestaciones que emitan. Por ejemplo, las escalas de frecuencia buscan establecer qué tanto de ese comportamiento es normativo, los rangos ofrecidos pueden reflejar el criterio de los investigadores y no corresponder a la realidad de los entrevistados. También sucede en este tipo de preguntas que son contestadas con atajos interpretativos, pues se requeriría de mucho esfuerzo mental para calcular las frecuencias. Una estrategia para evitar este problema es mantener las respuestas abiertas para evitar transmitir a los entrevistados lo que se considera normal y cambiar el orden de las preguntas para ver si su ubicación en el cuestionario influye en la respuesta.

En psicología una distinción popular se refiere a los procesos denominados de "abajo-

<sup>67</sup> Diener, E. y Larsen, R.J. (1993). "The Experience of Emotional Well-being". En: Lewis, M. y Haviland J.M (eds.). *Handbook of Emotions*. New York: Guilford.

<sup>68</sup> Schwartz, N. y Strack, F. (1991). "Evaluating One's Life: A Judgment Model of Subjective Well-being". En Strack, F. Argyle M. y Schwart N. (eds.). *Subjective Well-being: An interdisciplinary perspective*. UK: Pergamon Press. Oxford: 27-48.

arriba”, según los cuales lo que está afuera en el mundo influye en la percepción, en contraste con los procesos de “arriba abajo”, donde la estructura perceptual y cognitiva del individuo influye más en lo que ve. El estado interno personal interviene en apreciar los hechos o las cosas de manera positiva y viceversa.

Una de las estrategias metodológicas que se han utilizado para identificar los procesos ha sido relacionar la satisfacción sobre aspectos particulares en dominios con la satisfacción global, por ejemplo, la satisfacción con un auto y la satisfacción con el aparato de música que tiene el mismo auto. Sucede que en ocasiones las personas no tienen una opinión sobre ciertos aspectos o detalles específicos, pues no lo habían reflexionado con anterioridad. Cuando esto ocurre existe la tendencia a aplicar la opinión global de satisfacción al dominio concreto que se indaga, de tal manera que el proceso de arriba-abajo es el que de facto explica esta respuesta. Al hacer el análisis de la información, habría que considerar las influencias causales de la satisfacción y comparar la satisfacción en dominios precisos con la satisfacción global para encontrar las diferencias.

Como explican Diener y Fijita,<sup>69</sup> existen varios modelos para comprender cómo se crean las respuestas de satisfacción. En el más viejo y simple modelo, los sujetos recuperan su juicio de la memoria y lo reportan con precisión al entrevistador. Esta modalidad no toma en cuenta el contexto de la situación en la que la encuesta es aplicada y el sujeto puede sesgar las respuestas para aparecer más favorable. En el segundo modelo, las personas construyen su conocimiento en el momento en que la pregunta es formulada. Los atributos de las situaciones o

cosas juzgadas son recordadas, reflexionadas, evaluadas y sopesadas; entonces se emite un juicio, donde influyen los factores situacionales y momentáneos como el humor y el contexto de la pregunta, además de los procesos lógicos y cognitivos.

El tercer modelo reconoce que los juicios también pueden ser funcionales a los entrevistados, y que sus propios objetivos pueden motivar que el sujeto cree cierto tipo de respuestas de acuerdo a sus metas. Por ejemplo, saber que tiene la oportunidad para cambiar el sistema o aspectos del servicio, o aprovechar la ocasión para desahogar sus sentimientos emocionales ante otro. Las entrevistas también permiten al individuo expresar su relación con el mundo y afirmar públicamente su posición en la trama social donde encuentra sentido de vida y satisfacción.

Cuando el sujeto expresa que poseer un alto grado de satisfacción puede de hecho incidir en su bienestar subjetivo, en contraste, cuando dice que muchos elementos de su vida son insatisfactorios puede llevarlo a la infelicidad. Como las personas quieren estar felices y utilizan estrategias para adaptarse e incrementar su estado humoral, utilizan recursos flexibles para maximizar su bienestar subjetivo, como recordar selectivamente, negar cosas malas, o reducir sus expectativas. Entre otros motivos que también influyen en los juicios sobre satisfacción podrían estar el mantener una auto-imagen consistente. La diferencia por un lado, entre lo que el investigador considera sobre la forma en que las respuestas son creadas e interpreta los resultados acorde a esto, y, por otro, el punto de vista del individuo que tiene motivos diferentes y procesa sus respuestas de acuerdo a eso, debe ser considerado para evaluar los juicios sobre satisfacción.

<sup>69</sup> Diener E. y Fujita F. (1995). *Op.cit.* p. 41.

Como se ha podido apreciar, existen una serie de “trampas” o problemas que tienen el potencial de contaminar las investigaciones sobre satisfacción. No existe solución para todos ellos, pero por lo menos habría que tener conciencia de que existen y diseñar técnicas para minimizarlos o desaparecerlos. Además de las encuestas, es deseable utilizar otros métodos para indagar la satisfacción como serían los cualitativos, pues ayudan a explicar los estados cognitivos y emocionales internos, la toma de decisiones y los cursos de acción que toman los sujetos en ciertas circunstancias, de ahí que en este estudio las entrevistas realizadas a los usuarios sean un recurso valioso para comprender el bienestar subjetivo.

### Aspectos metodológicos en los estudios cualitativos

La aproximación metodológica centrada en los actores constituye uno de los rasgos diferenciales del enfoque cualitativo, el cual pretende dar la palabra a los sujetos sociales y supone que posibilitar la expresión de esa voz no implica solo escuchar, sino asumir que es correcta y verdadera.<sup>70</sup> Estudiar desde esta perspectiva implica necesariamente considerar una gran cantidad de aspectos subjetivos y significados que un enfermo le otorga a la experiencia de vivir con y a pesar de su padecimiento. Según Conrad,<sup>71</sup> para comprender esta situación se hace necesario explorar el significado de la enfermedad

considerando la organización social del mundo del que sufre, así como sus estrategias de adaptación, las razones y explicaciones que las personas elaboran sobre su estado<sup>72</sup>, ya que todo ello influye en la forma de atención, sea o no médica, que proporciona a su padecimiento, así como en el bienestar subjetivo y la satisfacción relativos a los cuidados que recibe.

Una de las estrategias metodológicas cualitativas privilegiadas para comprender el sentido de la acción y los significados subjetivos es la entrevista. Una entrevista es una conversación que tiene una estructura y un propósito. En ella se busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado y descifrar los saberes y significados ligados a sus experiencias y expectativas. A través del relato que se produce en la entrevista, es posible devolverles el poder de la palabra a las personas, así como reinscribir la experiencia individual en el pasado común. Más allá de la memoria individual, la memoria colectiva está estructurada a partir de esquemas culturales compartidos que operan en el inconsciente colectivo con gran eficacia.<sup>73</sup>

Al relatar, la memoria colectiva funciona —por el sesgo de los esquemas culturales— como médium. En la dimensión narrativa se asume de modo global y coherente la evaluación de lo vivido. El relato se constituye en un texto, es decir, en un sistema de sentido cerrado. Al solicitarle al entrevistado que cuente su experiencia, se pide un relato centrado en su yo

<sup>70</sup> Menéndez, E. L. (1997). *El punto de vista del actor*. México: CIESAS; 69: 237-270.

<sup>71</sup> Conrad, P. (1987). “The Experience of Illness: Recent and New Directions”. En: Conrad P. y Roth J. (eds.). *The Experience and management of chronic illness*. Research in the Sociology of Health Care. Connecticut: Jai Press Inc. 6: 1-31.

<sup>72</sup> Torres, L. T. M. (2002). “Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales”. Dossier. *Revista de la Universidad de Guadalajara*; Guadalajara. México. 23: 4. <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug23/art4dossier23.html>

<sup>73</sup> Chanfrault D. M.F. (1995). *Mitos y estructuras narrativas en la historia de vida: la expresión de las relaciones sociales en el medio rural*. Barcelona: Historia y Fuente Oral; 9: 47-62.

social enfocado en su relación con el pasado y en sus expectativas. Los esquemas culturales se pueden definir como la cristalización de la memoria y el inconsciente colectivo de rasgos relevantes o de acontecimientos históricos que se organizan según códigos simbólicos precisos, en sistemas de representaciones y que pueden ser narrados. Los esquemas culturales surgen explícitamente en el relato como secuencias aislables. Se presentan como microrrelatos de carácter épico y están más o menos fijados por la tradición. Emergen implícitamente en la construcción de la narrativa, distribuidos a través del relato, aparecen signos que marcan en la superficie la narración.<sup>74</sup> Las estructuras narrativas son signos que adquieren formas variadas: imágenes, gestos, actitudes, comportamientos, palabras o incluso simples connotaciones que dibujan los contornos del sistema de significación, que por los sesgos de lo simbólico remiten a esquemas culturales precisos. Identificados y reconocidos por el narrador en el diálogo que produce el relato en la entrevista, esos esquemas representan estructuras narrativas, que en las profundidades del texto, elaboran lo vivido para conferirle un sentido.<sup>75</sup>

Los esquemas culturales permiten al narrador comunicar en términos sociales, es decir en términos de representaciones colectivas, su experiencia y el sentido que le confiere en su relato. Al solicitar un relato centrado en el yo social, el entrevistador sitúa un sistema de comunicación narrativa que induce y predetermina el recurso de conocimientos compartidos

específicos. Las representaciones sociales se condensan en el seno de lo imaginario y de la memoria colectiva, en los relatos que tejen la identidad con la comunidad y la nación. Por los sesgos de los códigos simbólicos, los esquemas culturales ponen en juego cuadros ideológicos y de principios, y constituyen planillas de desciframiento que permiten evaluar lo vivido, darle un sentido.<sup>76</sup>

Los esquemas culturales que vienen a estructurar lo vivido se organizan según los ejes de la relación de identidad. Para dar cuenta de su yo en relación con el pasado, el narrador utiliza los modelos correspondientes, por una parte, a la historia de su comunidad, y por otra, a la historia de un grupo social más amplio (por ejemplo la nación). Las representaciones propias de los grupos constituyen su identidad social. Sobre el modelo de los relatos heredados, el narrador construye narrativas que corresponden a su historia individual. Esas representaciones particulares, vienen a dar cuenta en el relato, de la singularidad de lo experimentado.<sup>77</sup>

Hay tres series de esquemas culturales, que movilizan los tres niveles de la memoria y que remiten a tres campos de identidad (individuo, comunidad y sociedad) y no funcionan de un modo autónomo. Se articulan en el plano narrativo, en una estructura que organiza las diferentes secuencias narrativas en lo que Chanfrault Duchet llama "Figura Matricial",<sup>78</sup> según la cual se expresa un modo de relación con el mundo (por ejemplo, la de conformidad con el orden social, trasgresión, reto, exclu-

<sup>74</sup> Mattingly, C. y Garro, L. C. (1994). "Introduction: Narrative Representations of Illness and Healing". USA: *Social Science and Medicine*. El Seiver.

<sup>75</sup> Bruner, E. M. (1986). "Ethnography as Narrative". En V. M. Turner and E. M. Bruner (eds.) *The Anthropology of Experience*. University of Illinois Press: Urbana: 139-55.

<sup>76</sup> Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.

<sup>77</sup> Lindon, A. (1999). "Narrativas autobiográficas, memoria y mitos: una aproximación a la acción social". México: *Economía, sociedad y territorio*; II(6): 295-310.

<sup>78</sup> Chanfrault-Duchet. (1995). *Op.cit.* ; 9: 47-62

sión, etc.), relación que el narrador asume en toda su singularidad. Dentro del sistema de sentido que construye el relato, la utilización de los esquemas culturales permite al narrador convertirse en actor social, en sujeto inscrito en la historia, aunque todas estas operaciones escapan a su consciencia.

Al realizar una entrevista se deben tomar en cuenta ciertas cuestiones básicas como: centrar el diálogo en el mundo de vida del entrevistado y en los temas centrales que preocupan a la persona, cuidar la cualidad de lo expresado usando un lenguaje claro y común, lograr la descripción densa y rica del entorno y de los episodios donde tienen lugar las experiencias y expectativas de las personas especificando situaciones.<sup>79</sup> El entrevistador debe mostrar una actitud de ingenuidad propositiva y mantenerse abierto a cualquier novedad que surja en el proceso. La focalización de la conversación en determinados temas resulta relevante para evitar la dispersión a otros asuntos irrelevantes para la investigación. Durante el encuentro el investigador debe estar atento a las ambigüedades que surjan, y detectar los aspectos no bien definidos que exprese el entrevistado que incluso pueden resultar contradictorios, así como a los cambios de las descripciones o los significados respecto de ciertos temas en el transcurso de la entrevista, pues se obtiene información valiosa de los esquemas culturales con los que ordena su experiencia.<sup>80</sup> La sensibilidad del entrevistador con respecto a ciertos temas que pueden afectar al entrevistado debe ser observada, así como la situación interpersonal du-

rante la entrevista, la idea es que el encuentro resulte una experiencia positiva para el entrevistado que descubre perspectivas nuevas acerca de su propia experiencia.

Las entrevistas pueden ser de tres tipos: estructuradas con preguntas cerradas, que corresponderían al formato de la encuesta; semi-estructuradas que se centran en algún tema; y desestructuradas o abiertas que corresponden al relato de vida.<sup>81</sup> En este trabajo se utilizó la entrevista semi-estructurada, enfocada al tema de la satisfacción y el bienestar subjetivo. Para realizar una entrevista se siguen los siguientes pasos: se selecciona un tema (en este caso la trayectoria en un evento de atención a la salud y la satisfacción con los servicios), se elabora el protocolo de investigación fundamentándolo teórica y metodológicamente, y se diseñan las estrategias para generar los datos. Se crea la guía de entrevista de acuerdo a los objetivos, se gestiona la realización de las entrevistas con las instituciones correspondientes o entrando en comunicación directa con los individuos (los convenios iniciales y los primeros contactos son muy importantes pues es el momento en que se aclaran los propósitos y se establecen los contratos logísticos, éticos e interinstitucionales del estudio). Una vez establecidos los acuerdos se llevan a cabo las entrevistas que serán grabadas, (en audio y/o video) para posteriormente ser transcritas de manera literal.

Las características de un buen entrevistador son: tener un buen conocimiento del tema a investigar, capacidad para estructurar y redondear temas, claridad y sencillez de expresión lingüística, amabilidad y tolerancia, sensibilidad para escuchar con atención, apertura a los asuntos del

<sup>79</sup> Geertz, C. (1991). *Descripción densa. Interpretación de las Culturas*. México: Gedisa;34.

<sup>80</sup> Becker, G. (1997). *Disrupted Lives: How People Create Meaning in a Chaotic World*. University of California Press. Berkeley and Los Angeles: 193-4.

<sup>81</sup> Strauss, A. L. (1987). *Qualitative Analysis for Social Research*. Cambridge University Press. Cambridge, Mass: 43.

entrevistado, aptitud directiva, habilidad para interrogar críticamente y confirmar datos, buena memoria y retención de lo dicho, así como capacidad interpretativa en el momento de la entrevista.<sup>82</sup>

Para el análisis de las transcripciones, se definieron categorías iniciales derivadas de los temas de la guía de entrevista. Las categorías básicas iban siendo ajustadas conforme se revisaron los testimonios según el método de la teoría fundamentada.<sup>83</sup>

Para el tratamiento de los testimonios, primero se establecieron las unidades de análisis que correspondían a los trozos de contenido,<sup>84</sup> estas representan los segmentos del contenido de los mensajes que son caracterizados e individualizados para posteriormente relacionarlos y establecer inferencias a partir de ellos.<sup>85</sup> En ocasiones también se les denomina “unidades de registro”, es decir, la unidad de contenido significativa dentro del documento que servirá para extraer los resultados.<sup>86</sup> Se reconocen dos tipos de unidades de análisis: las de base gramatical (vocablos o frases) y las de bases no gramaticales (documentos íntegros o divididos en segmentos).<sup>87</sup> Para nuestro trabajo se establecieron como unidades de análisis o de registro,

cada una de las respuestas a las preguntas indagadas en la guía de entrevista aplicada a los entrevistados (ver Anexo 2)

Después se sistematizaron y codificaron las categorías y sub-categorías y se incluyeron las emergentes. Posteriormente se compararon los testimonios y se examinaron las relaciones intra e inter-categoriales con el uso del programa de cómputo Atlas.TI. La atención a posiciones convergentes y divergentes resultó igualmente importante, así como las ideas que no se ajustaron a lo esperado en los supuestos teóricos de los investigadores. Finalmente, se procedió a la redacción considerando el modelo conceptual, los testimonios editados, las fuentes y materiales primarios y secundarios, y las interpretaciones de los investigadores.

Narrar es una manera fundamentalmente humana de dar significado a la experiencia. Tanto al expresar como al interpretar la experiencia, las narrativas median entre, por un lado, el mundo interno de los pensamientos y sentimientos, y por otro, el mundo externo de las acciones observables y el estado de las situaciones.<sup>88</sup> Al analizar las narrativas, los estudiosos de las ciencias sociales han introducido constructos de la lingüística, la teoría literaria, la historia, la psicología cognitiva y la filosofía, entre otras disciplinas, para investigar las relaciones entre las formas narrativas y los contenidos, entre un relato individual de experiencias personales y los conocimientos culturales, o la narrativa como acto comunicativo.<sup>89</sup>

<sup>82</sup> Álvarez-Gayou, J.L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós Educador.

<sup>83</sup> Schwartz, H. y Jacobs, J. (1995). *Sociología cualitativa. Método para la reconstrucción de la realidad*. México: Trillas: 392-426.

<sup>84</sup> Pablo C. (2003). “Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable”. Chile: *Revista Psicoperspectivas*; vol. 2:53-82.

<sup>85</sup> Hernández, R. (1994). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

<sup>86</sup> Briones, G. (1988). *Métodos y técnicas avanzadas de investigación aplicadas a la educación y las ciencias sociales*. Santiago: Programa Interdisciplinario de Investigaciones en Educación.

<sup>87</sup> Duverger, M. (1972). *Métodos de las ciencias sociales*. Barcelona, Ariel S. A.; Gustafson, N. (1998) “Content Analysis in the History Class”. *The Social Studies*, 89 (1), pp. 39-44.; Pérez, G.

(1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Tomo II. *Técnicas de análisis de datos*. Madrid: La Muralla S. A.

<sup>88</sup> Hamui S., L. (2011). *Trastornos genéticos, narrativas y entorno socio-cultural: los judíos en la ciudad de México*. México: Dirección General de Publicaciones, UNAM.

<sup>89</sup> Mattingly, C. (2000). “Emergent Narratives”. En: Mattingly C. y L.C. Garro (eds.). *Narrative and Cultural Construction of Ill-*

Cualquier narrativa al ser contada (o escrita) necesariamente cambia la estructura de los eventos originales. Esta diferencia marca una cuestión epistemológica de fondo según la cual no solo existe una distancia entre el discurso narrado y la vida como es vivida, sino que todo texto narrativo (verdadero o no) es una distorsión de los eventos relatados.<sup>90</sup>

Existe una corriente académica que establece diferencias entre los relatos individuales y los principios, estructuras o patrones que subyacen en su organización hipotética. Por ejemplo, en las teorías cognitivas, se asume que existen esquemas sobre los cuales se construyen procesos interpretativos de manera integral a la naturaleza de la cognición, y que median el entendimiento del mundo. Para ambos, quien relata y la audiencia, estos esquemas organizan la escucha, el relato y el recuerdo de las historias. Los esquemas conllevan los detalles específicos de ciertas historias y proveen las estructuras narrativas que caracterizan a los relatos de manera general. Desde esta perspectiva, se vuelve posible explorar cómo cualquier relato oral o texto está moldeado por teorías implícitas de narrativas y narraciones.<sup>91</sup>

Para comprender las posibilidades persuasivas y pragmáticas de las narrativas, habrá que ir más allá del texto para examinar el mundo social en el que la historia es contada, lo que implica desarrollar una mirada analítica que trascienda el texto y el contexto inmediato. Colocar el evento narrado en esquemas sociales, eco-

nómicos y políticos amplios, permite que los significados emerjan situados en estructuras sociales dinámicas. En este estudio, la relación entre experiencias y expectativas y sus relatos se refieren a la experiencia auténtica que mencionaba Gadamer, aquella que reconstruye reflexivamente los eventos pasados y es capaz de evaluar la distancia entre las expectativas pasadas y las experiencias consumadas.

## MODELO TEÓRICO Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Una vez planteado el marco teórico, epistemológico y metodológico en el cual se problematiza el objeto de estudio, a continuación se presenta el esquema del modelo o mapa conceptual que recupera las nociones y categorías principales desarrolladas en los párrafos anteriores. Posteriormente se plantean las preguntas de investigación que se examinan a la luz del análisis de la información cuantitativa y cualitativa generada en el estudio y a las cuales se vuelve en el capítulo de las conclusiones. En el apartado final de esta sección se describen los procedimientos metodológicos y la logística seguida en la práctica durante el trabajo de campo con el fin de recabar los datos del estudio.

### Preguntas de investigación

Las cuestiones que a continuación se formulan, son pertinentes tanto para el estudio cuantitativo como cualitativo, aunque algunas de ellas es más adecuado explorarlas con los resultados registrados en las bases de datos derivados de las encuestas, y otras con los relatos derivados de las entrevistas y plasmados en las transcripciones de las mismas. La primera pregunta que

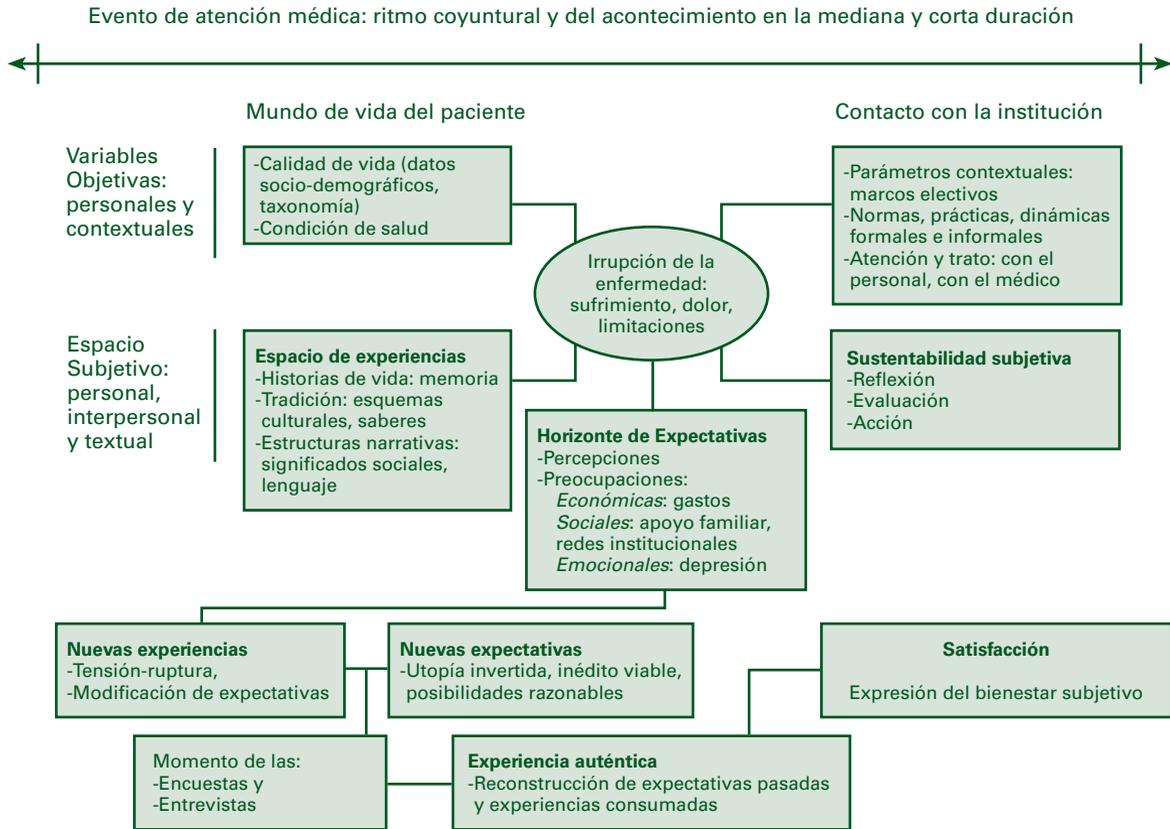
---

*ness and Healing*. Los Angeles: University of California Press.

<sup>90</sup> Genette, G. (1982). *Figures of Literary Discourse*. New York: Columbia University Press.

<sup>91</sup> Neisser, U. (1994). "Self-narratives: True and False". En: Neisser U. y Fivush R. (eds.). *The Remembered Self*, editado por U. Neisser and R. Fivush. Cambridge: Cambridge University Press.

**Figura 2**  
Modelo Teórico



se deriva del objetivo de la investigación, es la siguiente:

*¿Existe relación entre la satisfacción (entendida como bienestar subjetivo en el juego de las experiencias y expectativas) en un evento de atención médica, y las: a) condiciones de vida de las personas y los grupos que asisten a las unidades médicas; b) las preocupaciones económicas, de apoyo social y emocionales de los usuarios; y c) la atención y el trato recibidos por el personal de la institución?*

En el presente estudio se indagan aspectos específicos de la vida, concretamente del cuidado médico en una dimensión temporal transitoria denominada evento de salud-enfermedad-atención. En dicho episodio coyuntural (mediana duración), las personas se enfrentan a situaciones y acontecimientos (corta duración) donde su vida se ve interpelada como un todo (larga duración), por lo que podría denominarse como “experiencia pico”. La experiencia va acompañada de estados cognitivos y emotivos. Como sostiene Kossleck, las expectativas y las

experiencias nunca se cruzan, aunque sí determinan el ritmo de los acontecimientos.

*¿La distancia entre expectativas y experiencias tiene alguna influencia en la satisfacción expresada por grupos de edad, género, ingreso o limitaciones físicas en la condición de salud?, ¿el evento se vive como tensión o ruptura (cuando ocurre algo que no fue anticipado), o como continuidad (cuando las expectativas se acercan a las experiencias)?, ¿existen diferencias entre los usuarios de primera vez y los subsecuentes?*

La experiencia de ver comprometida la salud y la vida, comúnmente está asociada al dolor, el sufrimiento y las preocupaciones, esto podría influir en la percepción de la satisfacción con los servicios otorgados en las instituciones de salud. La situación que surge, que podríamos denominar “la paradoja del enfermo satisfecho”, se debe a que a pesar de las limitaciones y afectaciones provocadas por la condición de salud física y mental, así como de las modificaciones en el mundo de vida del paciente y sus familiares, la satisfacción es alta.

*¿Existe relación entre el grado de discrepancia de las experiencias y expectativas de los usuarios durante el evento de atención, y la satisfacción expresada?, ¿cómo se explica la alta valoración de los servicios de salud por parte de los sujetos que los utilizan?, ¿cuál es la imagen dialéctica (representación social) que tienen los sujetos de la unidad médica y su dinámica?*

Mientras las instituciones tratan de controlar y objetivar la subjetividad estableciendo normas, prácticas estandarizadas y parámetros contextuales, la experiencia de los pacientes y sus

acompañantes rebasa, desborda el orden institucional

*¿Cómo se acomoda el sujeto en su encuentro con el sistema de salud?, ¿qué queda fuera?, y ¿cómo aprender la experiencia para ligarla con la satisfacción y el bienestar subjetivo?*

Ante la enfermedad, el horizonte de expectativa reitera el espacio de experiencia, al tener como utopía la vuelta al estado de salud anterior a la irrupción del padecimiento, el dolor y el sufrimiento. La utopía es al reverso, la expectativa permanece anclada en el espacio de experiencia aunque de modo negativo, el presente se vive como diferente aún cuando se lo piense como resultado del pasado. La relación entre experiencias y expectativas y sus relatos se refieren a la “experiencia auténtica” que mencionaba Gadamer, aquella que reconstruye reflexivamente los eventos pasados y es capaz de evaluar la distancia entre las expectativas pasadas y las experiencias consumadas. En el estado de preocupación y ante la incertidumbre, los sujetos evalúan los recursos sociales, emocionales y materiales para afrontar la situación y reaccionar durante el evento de atención médica. En la preocupación se está a la expectativa, a la espera de que algo suceda, sin que necesariamente medie la acción, existe aún la esperanza de conseguir algo, como recuperar la salud, en el contexto de las posibilidades razonables de que pueda suceder.

*¿Qué tipo de expectativas mostraron los entrevistados en el transcurso del episodio con respecto a su enfermedad?, y ¿cómo se relacionaron con sus preocupaciones, reflexiones y recursos disponibles al vivir la experiencia? ¿En los esquemas culturales de los relatos se pueden identificar estructuras*

*narrativas con la lógica “salud... pérdida de la salud... atención... restauración” (como utopía inversa que aspira al retorno del bienestar subjetivo previo a la enfermedad)?*

La satisfacción no solo se desprende de una evaluación subjetiva, sino de la variabilidad de los parámetros contextuales. Para resolver el problema de la diferencia de marcos situacionales, la expresión de la satisfacción debe ir acompañada de factores de orden reflexivo en la valoración de la experiencia, con el fin de identificar si lo que fundamenta la valoración de la satisfacción se vincula con un entorno donde la elección es posible.

La satisfacción se asocia con la evaluación de ámbitos de diversa naturaleza (afectación económica, redes sociales, estados afectivos, etc.), en ese sentido, es una categoría que encuentra su unidad en un segundo orden, en la evaluación reflexiva de la experiencia auténtica (en términos de Gadamer) y no en la suma de los diversos ámbitos de los parámetros contextuales. En sociedades donde está ausente la posibilidad de optar, la satisfacción como variable de segundo orden no tendría sentido, pues la reflexión necesaria para la elección entre alternativas desaparece.

El grado de apertura del contexto posibilita la elección; en la valoración del bienestar subjetivo, los factores reflexivos implican la interiorización de opciones y posibilidades, que se articulan en espacios de experiencias y se vinculan a la sustentabilidad subjetiva, (es decir, a la certidumbre sobre el futuro) orientados hacia un horizonte de expectativas, y todo ellos se condensan en la satisfacción. De ahí la necesidad de ir más allá de lo dicho para examinar el mundo social en el que transcurre y se relata la historia, lo que implica desarrollar una mirada

analítica que trascienda el texto y las variables socio-demográficas. Colocar el evento descrito y narrado en esquemas más amplios (nacionales, institucionales o de otro tipo) permite que los significados emerjan situados en estructuras sociales dinámicas y complejas. A partir de las reflexiones anteriores surgen las siguientes preguntas:

*¿Cuáles son los parámetros contextuales de las instituciones de salud (normas, reglas, prácticas, ordenamientos sociales que permiten la elección del sujeto y el ejercicio de su autonomía con libertad e igualdad) que permiten o no la valoración reflexiva de la satisfacción?, ¿cómo se interiorizan las opciones y posibilidades de acción, en los intercambios subjetivos, tanto formales e informales, que se producen en el episodio de atención a la salud, por ejemplo en las consultas con el médico, en los cuidados de pacientes hospitalizados, en los trámites administrativos, etcétera.?*

## Metodología de la presente investigación

Esta investigación se inscribe en la tradición de los estudios que miden la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en instituciones públicas. Se enfoca en las expectativas y experiencias de los pacientes y sus acompañantes al contacto con las instituciones públicas que brindan atención médica. Con un enfoque transdisciplinario, se pretende superar las limitaciones de las evaluaciones de calidad que generalmente tienen una orientación economicista y se centran en el funcionamiento del sistema de salud en las unidades médicas.

El estudio combina la metodología cuantitativa, que permite generalizar, con la cualitativa,

que posibilita la profundización y el descubrimiento del mundo del paciente, sus necesidades y preocupaciones cuando irrumpe la enfermedad. Las percepciones y acciones de quienes padecen, así como de las personas cercanas a ellos, aportan en la comprensión de los eventos de atención a la salud.

A partir de la construcción del objeto “atención médica de la salud-enfermedad”, como proceso socio-histórico y cultural se formulan las preguntas y se establecen las técnicas y la lógica de la investigación para el análisis interpretativo de los resultados.<sup>92</sup> La combinación de estrategias, cuantitativas y cualitativas, para la obtención de mayor información frente a las complejidades de un objeto de estudio, como la satisfacción y la calidad de vida, posibilita la triangulación como herramienta metodológica. La intención es analizar la realidad desde distintos ángulos y en múltiples dimensiones, propiciando una mayor claridad teórica y una discusión interactiva en la generación de datos y en la elaboración de interpretaciones que potencien la comprensión del fenómeno estudiado: la percepción de la satisfacción con la atención médica.

La tesis central del trabajo consiste en afirmar que mientras más conocimiento se obtenga de las trayectorias, inquietudes, significados, creencias y valores de las personas cuando está presente la enfermedad, la respuesta de los prestadores de servicios sanitarios en las unidades médicas e instituciones podrá ser más sensible, humana y cercana a sus preocupaciones, lo que implica, en ocasiones, el rediseño de la organización y la implementación de distintas estrategias para la atención médica. Este traba-

jo está fundamentado en la corriente teórica que enfatiza la atención médica centrada en el paciente,<sup>93</sup> que implica la deliberación sobre las principales inquietudes de salud del paciente, así como del diseño de las prioridades y las habilidades necesarias para resolverlas. El cuidado integral de las personas muchas veces rebasa el escenario del espacio hospitalario, el tiempo asignado al encuentro, los recursos e incluso la experiencia médica en ciertas áreas, de ahí que el trabajo en equipo y la flexibilidad de los parámetros institucionales sean básicos para resolver las necesidades de salud de los pacientes.<sup>94</sup>

El objetivo de esta investigación fue crear un nuevo instrumento, compuesto por apartados cuantitativos y cualitativos, para evaluar las expectativas y experiencias de los pacientes y acompañantes en su interacción con el sistema de salud en la unidad médica. El estudio cuantitativo permitió recopilar información estadística para analizar el bienestar subjetivo y la satisfacción en la dinámica de la atención desde la perspectiva del usuario con el fin de medir y elucidar tendencias de la manera en que las personas deciden buscar ayuda médica, así como la satisfacción/insatisfacción con la atención recibida de acuerdo a su espacio de experiencias y horizonte de expectativas en cada evento de atención a la salud. El apartado cualitativo, tuvo el objetivo de conocer las percepciones, motivaciones, historias de vida, representaciones simbólicas y narrativas de los pacientes antes y después de recibir atención médica, información que en su conjunto permitió evaluar, direc-

<sup>92</sup> Neira, R. J. A. (2001). *Ciencias sociales y salud pre-textos para el debate*. Valdivia, Chile: 5: 127-138.

<sup>93</sup> Lifshitz, A. (2003). “La relación médico-paciente en una sociedad en transformación”. México: *Acta Médica* Grupo Ángeles;1(1):59-65.

<sup>94</sup> Braddock. CH. Snyder, L. (2005). *Ethics and Time, Time Perception, and the Patient-Physician Relationship*. Philadelphia: American College of Physicians: Position Paper.

ta e indirectamente, la atención percibida en las 19 unidades médicas, que rebasan el segundo nivel, donde se realizó el estudio.

El instrumento cuantitativo estuvo diseñado para recabar información del paciente y/o sus acompañantes, así como su perfil socio-demográfico, su experiencia, previa o no, el funcionamiento de la unidad médica, sus prácticas de salud preventivas, entre otras. Después explora la condición de salud y el motivo de su presencia en la unidad médica. La parte central del cuestionario se refiere a las preocupaciones del usuario relacionadas con su situación económica, la afectación a sus actividades cotidianas (domésticas, laborales y/o escolares) causadas por la enfermedad, las preocupaciones vinculadas con sus redes familiares, sociales y los bienes relacionales, su estado emocional, así como cuestiones relativas al apego del tratamiento prescrito. Finalmente, el instrumento incluyó una sección denominada “Atención y Trato” donde se exploran las prácticas y actitudes del personal de la unidad. Las preguntas incluidas eran similares a las de otros instrumentos como el INDICAS (Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud) o algunos cuestionarios utilizados localmente en las unidades médicas de la Secretaría de Salud. En total fueron 95 preguntas.

El desarrollo del proyecto de investigación y el diseño metodológico estuvo a cargo del equipo de la Facultad de Medicina de la UNAM que ha contado con el apoyo financiero del Conacyt (Fondo Sectorial en Salud 2009-1-112890), y con el aval de la Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE). El protocolo fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina de la UNAM y por un comité similar en el Hospital General

de México donde se realizó la prueba piloto. Para el levantamiento de los datos se contrató a dos empresas: Mendoza Blanco y Asociados SC (MEBA) para la parte cuantitativa, y Safari Etno Consulting-De la Riva para la cualitativa.

Con la ayuda de la CCINSHAE, se designó al personal de contacto dentro de las instituciones sanitarias y a través de su mediación se realizó el trabajo de campo para recabar los datos en el mes de noviembre de 2010. El estudio consideró 19 unidades médicas de la Secretaría de Salud seleccionadas por conveniencia del universo de todas las unidades médicas del país. Las 19 unidades médicas donde se realizó el estudio pertenecen al CCINSHAE por lo que solo es posible hacer inferencias sobre la satisfacción/insatisfacción de los pacientes atendidos en unidades médicas del CCINSHAE y no en otro tipo de centros de salud. En total se aplicaron 2191 cuestionarios y 57 entrevistas a profundidad.

Las unidades médicas incluidas se presentaron con tres modalidades de organización y atención: Institutos Nacionales, Hospitales Generales de Referencia y Hospitales Regionales de Alta Especialidad. Los Hospitales Federales de Referencia operan como unidades de concentración en todo el territorio nacional, proporcionan prestación de servicios de atención médica general y especializada, con capacitación y formación de recursos humanos calificados, así como actividades de investigación para la salud. Los Institutos Nacionales de Salud tienen como principal objetivo la investigación científica en el campo de la salud, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad. Finalmente, los Hospitales Regionales de Alta Especialidad ofrecen gran variedad de especialidades y sub-

especialidades clínico-quirúrgicas dirigidas a atender padecimientos de baja incidencia y alta complejidad diagnóstica-terapéutica.<sup>95</sup>

En cada reporte elaborado y entregado a los directores generales de cada unidad médica, se presentó el análisis descriptivo del proyecto, mientras que en este libro, se desarrollan los análisis que prueben las preguntas planteadas. Los hallazgos cualitativos y cuantitativos incluyeron aspectos comunes y diferenciados en Institutos, Hospitales Federales de Referencia y Hospitales Regionales de Alta Especialidad. El análisis cualitativo abordó aspectos como: el mundo de los pacientes en su vida cotidiana, la descripción etnográfica de los contextos hospitalarios, la trayectoria previa a la llegada a la unidad médica causada por el padecimiento, el manejo doméstico, las representaciones simbólicas de la enfermedad que reflejan valores culturales, los cambios en la vida cotidiana, los recursos sociales como la familia y las redes de apoyo, así como el curso de la toma de decisiones hasta la búsqueda de atención médica. Después se enfocó en el relato de la experiencia dentro de la unidad médica en cuestión: la adaptación al sistema, la apropiación física y emocional del lugar, las estrategias ante las reglas del sistema institucional, la variedad de vivencias, las expectativas sobre el padecimiento y la evaluación de su experiencia; considerando aspectos particulares y el evento de atención a la salud en su conjunto, todo ello con el fin de relacionarlo con la satisfacción o insatisfacción con el trato recibido. También se incluyó una breve descripción

de las expectativas y experiencias del grupo que no fue atendido.

El objetivo de las entrevistas realizadas fue recabar información, percepciones, experiencias, motivaciones, saberes y narrativas de los usuarios, que en su conjunto permitieron valorar satisfactoria o insatisfactoriamente el servicio de las unidades médicas especializadas. En el trabajo de campo se realizaron 57 entrevistas semiestructuradas, enfocadas a recuperar las experiencias, percepciones, creencias, perspectivas y conocimientos de los pacientes y acompañantes. Las entrevistas fueron complementadas con una descripción etnográfica que contextualizó la vida del paciente y sus relaciones con el ambiente del servicio. La codificación de los datos se hizo con Atlas. TI (programa de análisis cualitativo) que permitió el manejo de las distintas variables y la focalización de hallazgos sobresalientes. Se cubrieron un total de 19 unidades médicas y el trabajo de campo se realizó entre el 8 de octubre y 23 de noviembre de 2010. La muestra se distribuyó de la siguiente manera:<sup>96</sup>

Por otro lado, el diseño del estudio cuantitativo estuvo basado en un instrumento elaborado para registrar los datos socio-demográficos de los usuarios, su condición de salud, y su trayectoria por la unidad médica con el fin de evaluar su satisfacción. El universo de estudio estuvo conformado por los usuarios de los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Federales de Referencia y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad afiliados a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

<sup>95</sup> México. Secretaría de Salud [Revisado: 9 de mayo de 2011] <http://portal.salud.gob.mx/contenidos/hospitales/regionales.html>

<sup>96</sup> Safari, Etno-consulting. (2010). "La satisfacción/insatisfacción de los usuarios de los sistemas de salud desde sus expectativas y experiencias en México". Presentación Ejecutiva. Diciembre.

**Tabla 2** Distribución de la muestra del estudio cualitativo

	Consulta externa	Hospitalización	Urgencias	No atendidos
ENTREVISTAS DF				
Hospital Infantil de México	0	1	1	1
Instituto Nacional Cancerología	1	0	1	1
Instituto Nacional Cardiología	0	1	1	1
INCMNSZ	1	1	1	0
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía	0	1	1	1
INER	1	0	1	1
Instituto Nacional de Pediatría	1	1	0	1
Instituto Nacional de Perinatología	1	1	1	0
Instituto Nacional de Psiquiatría	0	1	1	1
Instituto Nacional de Rehabilitación	1	0	1	1
Hospital General de México	1	1	0	1
Hospital General Manuel Gea Glz.	1	1	1	0
Hospital Juárez	0	1	1	1
Hospital de la Mujer	1	0	1	1
	9	10	12	11
ENTREVISTAS EN LOS ESTADOS				
HRAE Bajío	1	1	0	1
HRAE Tapachula	1	1	1	0
HRAE Tuxtla	1	1	1	0*
HRAE Cd. Victoria	1	1	1	0*
HRAE Yucatán	1	1	0	1
	5	5	3	2
TOTAL	14	15	15	13

(CCINSHAE). Los sujetos susceptibles de ser entrevistados fueron los usuarios potencial-presenciales de los servicios de urgencias, con-

sulta externa y hospitalización, excluyendo a los donadores de sangre. Se entendió por usuario potencial-presencial a aquellos individuos

que habiéndose presentado en alguna de las unidades médicas, lograron o no obtener el acceso necesario para recibir atención médica.

Para propósitos de este estudio, se dividió a la población objetivo en dos grupos: el grupo A conformado por los usuarios efectivos, es decir las personas que recibieron los servicios de atención médica y el grupo B que estuvo conformado por aquellos individuos que desde su punto de vista consideraron que les fue negada la atención médica y/o por alguna razón se retiraron antes de ser atendidos.

Por cuestiones médicas reglamentarias aplicables, en el caso en el que los usuarios fueran menores de edad o tuvieran algún tipo de discapacidad que interfiriera con la conducción de la entrevista, la misma fue realizada en presencia y con el apoyo de un adulto responsable. Así mismo, cuando la persona acompañante tenía un conocimiento más preciso de la información buscada, se complementaron las respuestas del cuestionario tomando en consideración la información proveniente tanto del usuario como de su acompañante.

Al igual que el estudio cualitativo, el cuantitativo se realizó en 19 unidades médicas afiliadas a la CCINSHAE: 10 Institutos Nacionales de Salud (se excluyeron el Instituto Nacional de Salud Pública, el Instituto Nacional de Medicina Genómica y el Instituto Nacional de Geriátrica); 4 Hospitales Federales de Referencia (sin incluir el Hospital Nacional de Homeopatía y el Hospital Juárez del Centro) y 5 Hospitales Regionales de Alta Especialidad (excluyendo el H.R.A.E. de Oaxaca y el H.R.A.E. de Ixtapaluca que estaba en obras). Con el fin de calcular el tamaño de la muestra, la CCINSHAE proporcionó a la Facultad de Medicina de la UNAM información acerca del número total de consultas otorgadas por unidad médica durante el

primer semestre de 2009 en los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización. El número total de entrevistas realizadas en cada unidad médica se muestra en la Tabla 3.

Previo al desarrollo general del estudio se realizó un estudio piloto para: verificar la pertinencia y fraseo de los reactivos de los cuestionarios, estimar los tiempos de aplicación de los cuestionarios, coordinar el trabajo de los tres equipos involucrados según las normas de la unidad médica y verificar las condiciones y ambiente de trabajo en que se esperaba se desarrollaría el trabajo definitivo de los encuestadores. Previa capacitación del personal de campo, el estudio piloto se realizó en el Hospital General de México (HGM) del 3 al 6 de agosto de 2010 de 9:00 a 19:00 hrs.

En total se aplicaron 120 cuestionarios y 5 entrevistas a profundidad en las siguientes áreas y servicios: Medicina General (urgencias, consulta externa y hospitalización), Cirugía General (hospitalización), Gineco-Obstetricia (urgencias, consulta externa y hospitalización) y Pediatría (urgencias, consulta externa y hospitalización).

Como resultado del estudio piloto se identificaron algunas áreas de oportunidad y recomendaciones a considerar durante el levantamiento de información en la etapa general del estudio, mismas que se encuentran desarrolladas con mayor detalle en el reporte de piloteo correspondiente.<sup>97</sup> Algunos de los aspectos considerados fueron: el orden de las preguntas, el fraseo de las oraciones, las opciones de respuesta, las dificultades de comprensión por parte de los informantes, la longitud del instrumento, la ca-

<sup>97</sup> Mendoza Blanco & Asociados S. C. "Piloteo de instrumentos, encuesta de evaluación de servicios hospitalarios tipos a y b en el Hospital General de México". Agosto 2010.

**Tabla 3** Número total de entrevistas tipo A y B realizadas en las 19 unidades médicas donde se llevó a cabo el estudio cuantitativo

Hospital	Tipo A	Tipo B	Total
1 Hospital Infantil de México	97	2	99
2 Instituto Nacional de Cancerología	115	0	115
3 Instituto Nacional de Cardiología	114	0	114
4 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición (INCMNSZ)	163	0	163
5 Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)	102	11	113
6 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía	110	3	113
7 Instituto Nacional de Pediatría	127	3	130
8 Instituto Nacional de Perinatología	109	0	109
9 Instituto Nacional de Psiquiatría	112	1	113
10 Instituto Nacional de Rehabilitación	136	7	143
11 Hospital General de México	226	4	230
12 Hospital General Manuel Gea González	136	0	136
13 Hospital Juárez	136	1	137
14 Hospital de La Mujer	111	0	111
15 HRAE Bajío	76	5	81
16 HRAE Tapachula	80	0	80
17 HRAE Tuxtla	80	1	81
18 HRAE Tamaulipas	75	3	78
19 HRAE Yucatán	71	8	79
Total General	2,176	49	2,225

pacidad de discriminación de los reactivos, etcétera.

Se diseñó un cuestionario para cada tipo de usuario (A y B) con reactivos de carácter cerrado y abierto. Ambos cuestionarios constaban de seis secciones: 1) datos generales del paciente, 2) experiencias anteriores con la atención médica y actividades preventivas de salud, 3) condición de salud del paciente,

4) preocupaciones del paciente en varias áreas de su vida, 5) atención y trato al usuario y 6) ficha de identificación.

Cabe señalar que la información recabada en la sección 3, “Condición de Salud del Usuario”, es limitada y solo refleja la visión de los usuarios; cada unidad médica cuenta con información más fidedigna que la nuestra acerca de las enfermedades y tratamientos de sus pacientes.

La diferencia entre los cuestionarios tipo A y tipo B era que en los segundos se eliminaron algunos reactivos en las secciones 3, 4 y 5, y además se agregaron algunas preguntas en la sección 5 referente a la atención y al trato. Las secciones 3, 4 y 5 incluían las preguntas acerca de las expectativas y experiencias de los usuarios. Se agregaron algunos reactivos en la sección 5 cuyo objetivo era validar los datos obtenidos con las cifras publicadas en el Sistema Nacional de Indicadores en Salud (INDICAS).

Antes de aplicar los cuestionarios del estudio general se realizó una reunión con el personal de cada unidad médica para explicarles brevemente el objeto y características de las encuestas a desarrollar. En contraparte se informó a las empresas encuestadoras y a los investigadores de la UNAM acerca de las políticas de las unidades médicas, en particular sobre los puntos de ubicación de los encuestadores, sobre los días y horarios de trabajo y sobre los pacientes que era pertinente entrevistar (en el caso del Instituto Nacional de Psiquiatría). Los cuestionarios tipo A se aplicaron a usuarios que salían de la consulta externa o que eran dados de alta en urgencias y hospitalización en el período comprendido del 4 al 26 de noviembre de 2010 de 9:00 a 19:00 hrs., en las áreas previamente identificadas con los coordinadores internos de las unidades médicas consideradas en el estudio.

Personal del equipo de campo de MEBA, previamente capacitado e identificado con una credencial, aplicó el cuestionario en un tiempo aproximado de 30 minutos. Para garantizar el anonimato de los entrevistados y evitar sesgos en las respuestas, se omitió el uso de la “Carta de Consentimiento Informado” en todas las unidades médicas, excepto en el Hospital General de México.

Los datos fueron ponderados por unidad médica y servicio (consulta externa, urgencias y hospitalización), porque la proporción de usuarios encuestados en dichos lugares no coincidía con la proporción real y esto podría distorsionar los resultados. La ponderación se hizo con base en la información proporcionada por la CCINSHAE referente al número total de consultas otorgadas en un lapso de 6 meses (primer semestre de 2009) en cada servicio y unidad médica.

Los resultados de los estudios cualitativo y cuantitativo se complementan. El análisis de las entrevistas ayudó a la comprensión de los estadísticos y éstos a su vez, respaldaron las argumentaciones de los hallazgos cualitativos.

En este libro, los capítulos no coinciden con el orden del cuestionario. La presentación de la investigación en la presente obra, está estructurada en los siguientes apartados: este capítulo introductorio que plantea el marco teórico, epistemológico y metodológico del estudio fundamenta las interpretaciones del resto del libro. Le sigue un primer capítulo en el que se analizan los datos socio-demográficos de la muestra y se contrastan con datos regionales y nacionales para situarlos en contextos más amplios. Una vez ubicados los sujetos de estudio, cualitativamente se describen las condiciones materiales, sociales y culturales en las que se desencadenó el episodio de salud-enfermedad-atención médica, recuperando los testimonios que expresan los esquemas narrativos de los entrevistados.

El capítulo dos, continúa con el análisis cualitativo de la trayectoria seguida por los usuarios en su encuentro con el sistema de salud, desde su llegada hasta la salida de la unidad médica, la intención es mostrar la manera en que se expresan las experiencias desde las

expectativas y su vinculación con la evaluación de la satisfacción y el bienestar subjetivo.

El tercer capítulo es de corte cuantitativo y se centra en el análisis de las preocupaciones de los usuarios al explorar la relación de ciertos grupos de la población estudiada con sus experiencias y expectativas en distintas áreas, y vincularlo con la satisfacción expresada. La idea es explicar correlaciones, paradojas, diferencias, etc., entre ciertos subconjuntos de población atendida.

Finalmente en las conclusiones se da respuesta a las preguntas de investigación planteadas y a los hallazgos relativos al avance del estudio de la satisfacción y el bienestar subjetivo tanto temática como teórica y metodológicamente.

Esperamos que la información aquí contenida resulte valiosa y que aporte al conocimiento de la dinámica interactiva que sucede en el contexto de las unidades médicas ante los eventos de atención a la salud. El enfoque centrado

en el paciente y en el bienestar subjetivo, coloca las necesidades de la persona enferma, familiares y acompañantes en el núcleo de la labor de los prestadores de los servicios de salud.

Una buena atención está asociada con un contexto coordinado, eficiente y humano, con diagnósticos precisos, comunicación clara, empática y efectiva, mayor adherencia al tratamiento y el consiguiente mejoramiento de la salud del paciente. La intención es acercarse a los espacios de experiencia y horizontes de expectativa de los usuarios en el marco de sus entornos y esquemas culturales, y relacionarlos con la percepción de la satisfacción o la ausencia de la misma en un evento de atención a la salud. Se ha buscado enfocar las inquietudes e historias de quienes padecen para incorporar la dimensión subjetiva del proceso, y superar los parámetros economicistas de calidad, basados principalmente en la observancia de las normas organizativas.

## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, PRÁCTICAS Y CONDICIÓN DE SALUD DE LOS USUARIOS

### INTRODUCCIÓN

El proceso de salud-enfermedad-atención constituye una experiencia general que de manera diferenciada sucede en todas las culturas y colectividades independientemente de las modalidades estructurales que las caracterizan.

El deterioro de la salud y los padecimientos son eventos frecuentes, continuos e inevitables que afectan la dinámica de las sociedades, por lo tanto, tienen componentes objetivos y subjetivos que interactúan en los episodios de atención a la salud dentro y fuera de las unidades médicas. El sujeto, desde su nacimiento hasta su muerte, transita por incidentes ligados a la salud, la enfermedad y la atención, que cada vez son más medicalizados y, entiende su dimensión biológica en entramados de significación, entorno al cual organiza e interpreta la experiencia de padecer.<sup>1</sup>

Las variadas respuestas ante la aparición de las enfermedades, son también hechos comunes y corrientes y, se instituyen en la larga duración como estructuras necesarias para la producción y reproducción de las prácticas sociales.<sup>2</sup> En esta línea de argumentación, tanto los padecimientos como las respuestas a los mismos, constituyen estructuras histórico-sociales y generan representaciones y prácticas<sup>3</sup> donde se producen, circulan y se recrean los saberes ligados a las afecciones corporales. Estos

<sup>1</sup> Sacchi, M. Hausberger, M. y Pereyra, A. (2007). "Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud en familias pobres de la ciudad de Salta". Buenos Aires; *Revista Salud Colectiva*; 3(3): 271-283.

<sup>2</sup> Menéndez, E. (1985). "El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos". Argentina: *Desarrollo Económico*, 24(96) 1985: 15-25.

<sup>3</sup> Bourdieu, P. (1987). *Cosas dichas*, París: Les Editions de Minuit.

saberes, que pueden ser tradicionales, religiosos, científicos, alternativos, buscan erradicar, solucionar o controlar lo que trastorna la salud. En los episodios donde irrumpe la enfermedad, experiencias como padecer, morir o atender el daño corporal, requieren ser repensados, para poner en juego los recursos personales, familiares e institucionales con el fin de concebir estrategias para hacer frente a las situaciones, en entramados socio culturales específicos.

Las sociedades se organizan para generar acciones, técnicas y construcciones ideológicas, con el fin de intentar manejar la experiencia de los cambios biológicos de los seres humanos, muchos de los cuales aparecen como amenazas circunstanciales o permanentes, reales o imaginarios, internos o externos, pero que evidencian la vulnerabilidad de la existencia. En la modernidad occidental, los sistemas de salud pública han sido una respuesta ampliamente desarrollada donde se practica la medicina alópata y científicamente respaldada.<sup>4</sup>

En el diseño estructural del Estado mexicano desde el siglo pasado, la salud ha sido considerada como uno de los ejes transversales del bienestar poblacional, de ahí que la inversión económica y social en la creación de instituciones de salud pública haya sido una prioridad gubernamental. La tarea de atender las enfermedades de la población en un entramado de organizaciones fundamentadas en el modelo biomédico, ha sido ampliamente aceptada, de ahí que las interacciones que suceden en el marco de las unidades médicas del sistema de salud pública sean de interés en este estudio.

<sup>4</sup> Agrest, A. (2008). "Reflexiones sobre el espíritu crítico en medicina". Argentina: *Archivos Argentinos Pediatría*. 106(3): 193-195. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-0075200800030001&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-0075200800030001&lng=es).

Las múltiples representaciones que los usuarios del sistema de salud pública tienen del proceso de salud-enfermedad-atención están determinadas por un contexto socio-cultural que les es dado y por sus vivencias personales. En las unidades médicas que abarca la investigación, el padecer fue experimentado según lógicas, creencias, valores y afectos, todos ellos tejidos en la trama del acontecer cotidiano donde adquieren sentido y significado. El encuentro con la enfermedad y la finitud de la vida, tienen un fuerte impacto en la manera de entender el mundo y en la reorganización de los recursos emocionales y materiales de los individuos involucrados en esta dinámica.<sup>5</sup>

En este primer capítulo, la sección inicial presenta el perfil sociodemográfico de la población que asistió a las 19 unidades médicas afiliadas a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), a finales del año 2010. La intención es mostrar con algunos datos cuantitativos, las características de los usuarios y posteriormente asociarlos con los rasgos culturales y las claves interpretativas a partir de las cuales significaron el proceso de salud, enfermedad y atención.

La incluye tres tipos de instituciones, a) Institutos Nacionales (IN), b) Hospitales Federales de Referencia (HFR) y c) Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE). Los primeros tienen como principal objetivo la investigación científica en el campo de la salud, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica

<sup>5</sup> Spínola, T. (2007). "La percepción de un hospitalizado acerca de sus derechos y deberes". *Revista Enfermería*. UERJ;13(1): 38-43.

de alta especialidad.<sup>6</sup> Los segundos operan como unidades de concentración en todo el territorio nacional, proporcionan prestación de servicios de atención médica general y especializada, con capacitación y formación de recursos humanos calificados, así como actividades de investigación para la salud.<sup>7</sup> Finalmente los HRAE ofrecen gran variedad de especialidades y subespecialidades clínico-quirúrgicas dirigidas a atender padecimientos de baja incidencia y alta complejidad diagnóstica-terapéutica. En estas unidades médicas se atiende a personas afiliadas al Seguro Popular o a los que no tienen derechohabencia. A nivel nacional, según datos del Censo 2010 del INEGI, de cada 100 personas, 64 tienen derecho a servicios médicos de alguna institución pública o privada. La distribución según institución de derechohabencia (incluye derechohabencias múltiples) es la siguiente: ninguna 33.8%, IMSS 31.5%, ISSSTE 6.4%, Seguro Popular 23.3% (incluye seguro médico para una nueva generación), otro 4.2% y no especificado 1.6%. Nuestra población corresponde a “ninguna”, “seguro popular”, tal vez “otro” y “no especificado”, sumados son el 62.9%.

La organización del texto, está basada en la taxonomía de variables sobre la calidad de vida que propone Eduardo Lora del Banco Interamericano de Desarrollo.<sup>8</sup> Cabe mencionar que

su esquema está diseñado para abarcar múltiples variables de la calidad de vida y nuestro estudio sólo consideró el dominio de la salud, de ahí que no todas hayan sido incluidas. De las variables denominadas objetivas (que pueden ser medidas por terceros) las individuales internas consideradas fueron: edad, sexo, condición de salud y educación. De las variables del individuo en relación con otros se indagaron: estado civil e hijos. Las condiciones de vida material incluyeron el ingreso familiar y la calidad del empleo (formal y/o informal). Pasando a las variables de opinión, desde la percepción individual se investigó la satisfacción en el ámbito de la atención a la salud, objeto de este estudio.

Además, se incorporaron las variables nacionales demográficas, económicas, políticas y sociales, a partir del Censo de Población y Vivienda del INEGI realizado en 2010, como contexto y en algunos casos como parámetro de nuestros datos, entre ellas: población económicamente activa, cifras del PIB per cápita, información sobre desarrollo humano, la expectativa de vida, mortalidad infantil, escolaridad, educación, aspectos laborales, sociales, pobreza y desigualdad, características ambientales urbanas del lugar de residencia y vivienda.

En concordancia con el objetivo general de este estudio, se buscó enfocar, desde la perspectiva de los pacientes, sus expectativas y experiencias en el trayecto seguido para atender sus padecimientos. La segunda sección del capítulo, se enfoca en el inicio de este proceso, en el momento en que irrumpe la enfermedad y es reconocida, evaluada e interpretada en el contexto doméstico. En este recorrido tienen lugar decisiones basadas en representaciones y prácticas culturales compartidas que guían las acciones sociales y llevan al encuentro con el

<sup>6</sup> México. Secretaría de Salud [Revisado: 9 de mayo de 2011] <http://portal.salud.gob.mx/contenidos/institutos/institutos.html>

<sup>7</sup> México. Secretaría de Salud [Revisado: 9 de mayo de 2011] <http://portal.salud.gob.mx/contenidos/hospitales/referencia.html>

<sup>8</sup> Lora, E. (2011). “Cómo los indicadores subjetivos pueden contribuir a la medición del progreso de las sociedades”. *La medición del Progreso y el bienestar: propuestas desde América Latina. Foro Consultivo Científico y Tecnológico*. México: Conacyt. 2011: 43.

sistema de salud pública, que será abordado en el siguiente capítulo.

### PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS USUARIOS

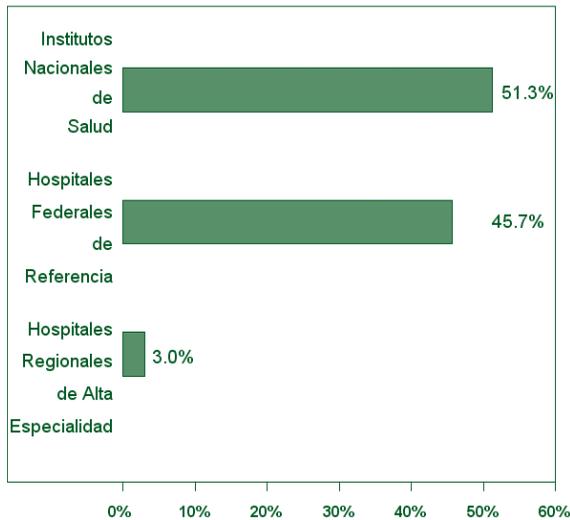
Los datos que a continuación se presentan, describen las características demográficas, sociales y culturales de la población atendida en las 19 unidades médicas donde se aplicó el cuestionario. Se estimó un total de 1 457 965 consultas otorgadas a pacientes atendidos en el periodo del 4 al 26 de noviembre de 2010 en las áreas de consulta externa, hospitalización y urgencias.

Como se observa en la gráfica 1.1, el 51.3% de las consultas se otorgaron en algún Instituto Nacional de Salud, el 45.7% en un Hospital Federal de Referencia y sólo el 3% de las consultas se atendieron en un Hospital Regional de Alta Especialidad. De las 748,112 consultas realizadas en los Institutos Nacionales de Salud, la mayoría fueron para pacientes originarios del Distrito Federal (51.2%) y del Estado

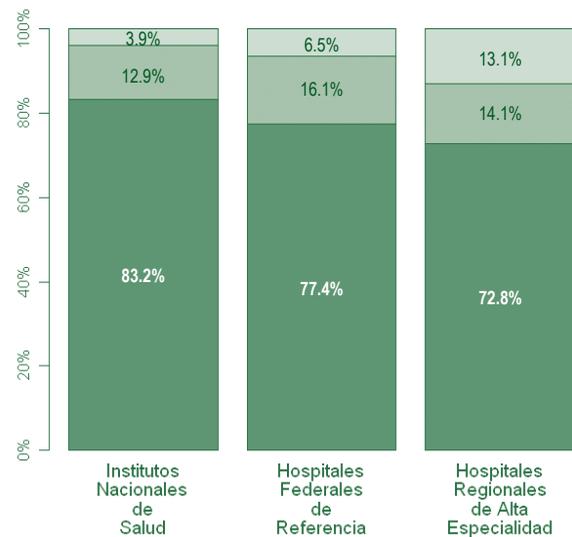
de México (31.7%), sólo el 17.1% provenía de otra entidad federativa. Algo similar ocurrió en los Hospitales Federales de Referencia que dieron atención en 666 491 consultas: 47.9% del Distrito Federal, 41.8% del Estado de México y 10.3% de otra parte de la República Mexicana. Ninguna de las 43,362 consultas de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad fue para pacientes del Distrito Federal o del Estado de México.

Por otra parte, de las 748 112 consultas que se otorgaron en los Institutos Nacionales de Salud el 83.2% acudieron al servicio de consulta externa, 12.9% al servicio de urgencias y 3.9% al servicio de hospitalización, como se presenta en la gráfica 1.2. Una distribución similar de consultas en dichos servicios se observó en los Hospitales Federales de Referencia (77.4% consulta externa, 16.1% urgencias y 6.5% hospitalización) y en los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (72.8% consulta externa, 14.1% urgencias y 13.1% hospitalización). Es decir, en los tres tipos de unidades

**Gráfica 1.1**  
Distribución de consultas por unidad médica



**Gráfica 1.2**  
Distribución de consultas por tipo de servicio



médicas, la mayoría de las consultas fueron en el servicio de consulta externa mientras que la minoría fue hospitalizada. Sin embargo, los Institutos Nacionales de Salud fueron los que atendieron al menor porcentaje de hospitalizados, 3.9%. Esta cifra casi se duplicó en los Hospitales Federales de Referencia y se triplicó en los Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

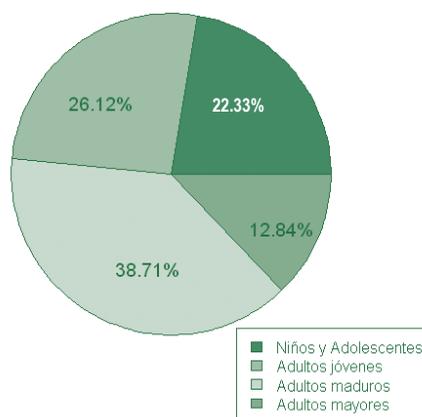
Considerando las variables internas al individuo relativas al sexo y la edad se estimó que 940 045 mujeres y 515 824 hombres recibieron atención médica. Es decir, aproximadamente dos de cada tres consultas fueron otorgadas a mujeres.<sup>9</sup> Esta distribución no coincide con la relación hombres-mujeres de la población nacional según el Censo 2010, que es de 95.4, es decir hay 95 hombres por cada 100 mujeres. Lo que indica que las mujeres en nuestro estudio utilizan más los servicios de salud.

La tabla 1.1 presenta el número estimado de hombres y mujeres en cada grupo de edad que fueron atendidas en noviembre de 2010 en alguna de las 19 unidades médicas de la Coor-

dinación de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad donde se realizó el estudio.

De acuerdo a la gráfica 1.3, el grupo de edad más numeroso fue el de las personas entre 35 y 64 años de edad, denominados adultos maduros, (38.8%), y el grupo menos numeroso, fue de las personas con 65 años o más conocidos como adultos mayores (12.8%). Juntando estos dos

**Gráfica 1.3**  
Distribución de pacientes por grupo de edad



**Tabla 1.1** Grupo de edad por sexo

Grupo de edad	Hombres (%)	Mujeres (%)	NS/NR (%)	Total (%)
Niños y adolescentes (0 a 17 años)	165,767 (50.9)	159,758 (49.1)	84 (0.0)	325,609 (100)
Adulto joven (18 a 34 años)	115,057 (30.2)	265,016 (69.6)	693 (0.2)	380,776 (100)
Adulto maduro (35 a 64 años)	159,256 (28.2)	405,121 (71.8)	0 (0.0)	564,377 (100)
Adulto mayor (65 años ó más)	75,744 (40.5)	110,150 (58.8)	1,318 (0.7)	187,212 (100)
<b>Total</b>	<b>515,824 (35.4)</b>	<b>940,045 (64.5)</b>	<b>2,095 (0.1)</b>	<b>1,457,964 (100)</b>

Las siglas NS/NR significan que "no sabe" o "no respondió".

<sup>9</sup> Rohlfs, I. Borrell, C. y Fonseca, M.C. (2000). "Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos". España: *Gaceta Sanitaria*. 14 (3): 60-71.

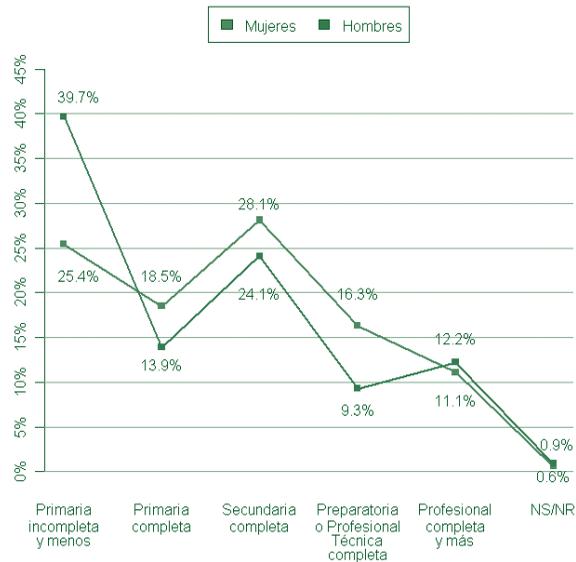
grupos se tiene que el 51.5% de los pacientes atendidos reportaron tener 35 años o más. Aproximadamente el mismo porcentaje de hombres y mujeres menores de 18 años de edad fueron atendidos en las unidades médicas. En los otros grupos de edad predominaron las mujeres, por ejemplo se atendieron 564 377 adultos maduros (35 a 64 años) de los cuales 71.8% eran mujeres.

Los datos de la muestra en cuanto a edad, difirieron de las del Censo Nacional de 2010, donde la edad mediana fue de 26 años. Por lo general los jóvenes se enferman menos, de ahí que la edad de las personas que acuden a los servicios de atención médica sea por un lado de niños (0-17 años) y por otro de mayores de 35 años. Aunque habría que considerar a futuro que en diez años, la población que demandará atención médica será mayor.

Cabe mencionar que los patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales y tipos de ocupación, frecuentemente generan situaciones de sobrecarga física y emocional en las mujeres y que tienen una marcada influencia en su salud, lo que en gran medida justificaría su mayor morbilidad por trastornos crónicos que se extienden en toda la vida sin producir la muerte. El reconocimiento de la importancia del impacto del trabajo doméstico y de las condiciones en que éste se realiza, es fundamental para entender las desigualdades en salud entre mujeres y hombres.<sup>10</sup>

Con respecto a la educación, como lo muestra la gráfica 1.4, casi el 40% de los hombres atendidos en las unidades médicas había cursado únicamente la primaria incompleta o un

**Gráfica 1.4**  
Escolaridad por sexo



grado de escolaridad menor en comparación con el 25% de las mujeres. El porcentaje de mujeres con otro grado escolar fue ligeramente mayor al de los hombres, lo que indica que la escolaridad de las mujeres fue mayor a la de los hombres. Sin embargo, el grado de escolaridad de la población atendida fue bajo, ya que menos del 30% tenían estudios de preparatoria, profesional técnico o universitario. Estos datos coinciden con los del Censo de 2010, según el cual de cada 100 personas de 15 años y más, 36 tienen algún grado aprobado de educación media superior o más.

Asimismo, solo el 3.2% de la población atendida hablaba una lengua indígena, menos del 6% que se reporta en el Censo 2010 a nivel nacional. Visto a nivel local, en el DF solo el 1% y en el Estado de México el 2% de la población de la entidad hablaba alguna lengua indígena.

También se indagó acerca del grado de escolaridad de las madres de las personas atendidas en las unidades médicas, porque se asume que influye en las prácticas del cuidado de la

<sup>10</sup> Rohlfs, I. De Andrés, J. Artazcoz, L. Ribalta, M. y Borrell, C. (1997). "Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres". Barcelona: *Medicina Clínica*; 108: 566-571.

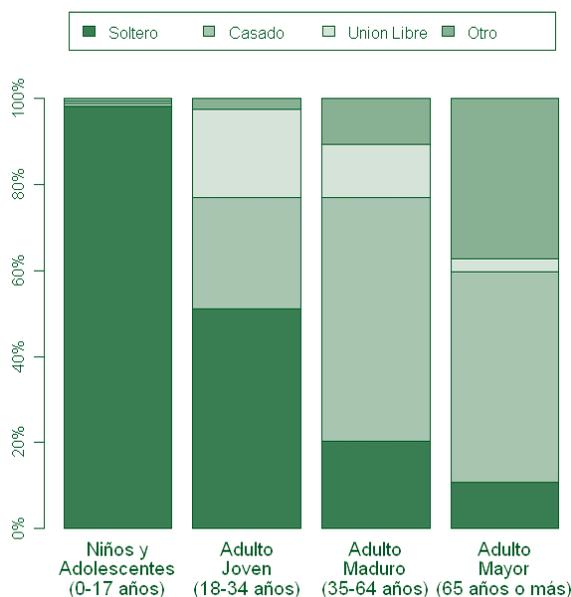
salud e higiene familiar. Se obtuvo que el 24.1% de las madres no tenía ningún tipo de instrucción, el 38.3% cursó la primaria (completa o incompletamente), el 19% llegó hasta algún nivel de la secundaria, el 15.1% estudió de manera completa o incompleta, la preparatoria, una profesión técnica, una carrera universitaria o un posgrado. Finalmente, se desconoció el grado de escolaridad de 3.5% de las madres de la población atendida.

Según el INEGI en 2010, el 5.1% de la población reportó alguna limitación física o mental. En esta encuesta el 49.9% de la población que respondió reportó tener alguna limitación física relacionada con su enfermedad. Por ser un estudio realizado en instituciones de salud era de esperarse una diferencia tan marcada.

Entre las variables del individuo en su relación con otros se encuentra el estado civil, 49% de los hombres que recibieron atención médica eran solteros y 44.3% casados o vivían en unión libre. Con respecto a las mujeres, 40.6% eran solteras y 47.5% vivían en pareja (casadas o en unión libre). Del total de hombres atendidos, 6.7% eran divorciados, viudos, separados o no respondieron en comparación con el 12% de las mujeres.

La gráfica 1.5 permitió comparar el estado civil de los pacientes pertenecientes a distintos grupos de edad. Se puede apreciar que conforme aumenta la edad disminuye el porcentaje de solteros y se incrementa el porcentaje de personas viudas, divorciadas, separadas o que no respondieron. Los solteros fueron el grupo mayoritario entre los niños y adolescentes (96.9%) y entre los adultos jóvenes (49%). En cambio, predominaron los casados entre los adultos maduros (56.9%) y los adultos mayores (49.8). Poco más de una tercera parte (37.3%) de los adultos mayores no tenía pareja. Además, el 49%

**Gráfica 1.5**  
Estado civil por grupo de edad



de los adultos jóvenes eran solteros y el 48.3% habitaba con su pareja (26.6% eran casados y 21.7% vivían en unión libre).

Según las cifras del INEGI la situación conyugal de la población de 12 años y más se distribuye de la siguiente manera: unión libre 14.4%, casada 40.5%, separada 3.7%, divorciada 1.5%, viuda 4.4%, soltera 35.2% y no especificado 0.3%. Las diferencias en las cifras se explican porque en este estudio se considera el estado civil de los pacientes desde los cero años en contraste con el Censo 2010 que considera a los mayores de 12 años. Ahora que considerando las cifras locales, el número de separados 4.8%, divorciados 2.6%, viudos 5.1% y solteros 37.5% aumenta en el DF.

Algunos datos nacionales del INEGI en 2010 pueden ampliar el panorama de las variables de desarrollo humano. Con respecto a la fecundidad y mortalidad, a lo largo de su vida las mujeres de entre 15 y 19 años han tenido en promedio 0.2 hijos nacidos vivos, mientras que

este promedio es de 3.3 para las mujeres de entre 45 y 49 años. El promedio de hijos nacidos vivos por grupo de edad es como sigue: 15 a 19 años 0.2, 20 a 24 años 0.8, 25-29 años 1.5, 30 a 34 años 2.1, 35 a 39 años 2.5, 40 a 44 años 2.9 y 45-49 años 3.3. Con relación al porcentaje de hijos fallecidos por grupo de edad, para las mujeres de entre 15 y 19 años se registran 1.9% fallecimientos de hijos nacidos vivos, mientras que para la mujeres de 45 a 49 años el porcentaje es de 5.8%. La expectativa de vida en 2010 es de 77.8 años para las mujeres y 73.1 años para los hombres. La tasa de mortalidad en México según cifras de la OMS es de 617 por cada cien mil habitantes y las principales causas de muerte entre 1979 y 2008 fueron las enfermedades crónico degenerativas y el cáncer. En nuestro estudio, los padecimientos diagnosticados más mencionados por los usuarios de acuerdo a su capacidad de entendimiento y memoria fueron: enfermedades del sistema circulatorio (17%), endócrinas, nutricionales y metabólicas (13%), enfermedades del sistema digestivo (13%), neoplasias (12%), padecimientos del sistema osteo-muscular (10%), que corresponden a patologías poco frecuentes propias del tercer nivel.

En las variables objetivas relativas a las condiciones de vida material están el ingreso y la calidad del empleo (formal e informal). En este estudio no se consideró el ingreso individual, sino el familiar mensual, pues ante la aparición de una enfermedad se ve alterada la situación económica de toda la familia y no sólo del paciente, sobre todo tomando en cuenta que la mayoría de las mujeres atendidas no perciben ingresos. Del total de mujeres que acudieron a recibir atención médica el 56% se dedicaba al hogar en comparación con 2.4% de los hombres. A la mayor parte de las mujeres sólo se les

reconoce el trabajo productivo en virtud de su valor de intercambio, pero el trabajo doméstico que abarca la reproducción biológica y todas las actividades necesarias para garantizar el bienestar y la sobrevivencia de los individuos en el hogar, no es estimado, ya que es visto como natural.<sup>11, 12</sup>

El 40.2% de los hombres y 19.2% de las mujeres se dedicaban a alguna actividad económicamente remunerada. El 20.4% de los hombres eran estudiantes en contraste con el 12% del total de mujeres atendidas. El 21.2% de los hombres no tenía ocupación (en esta categoría se incluyen los niños y jóvenes sin actividad) y 15.8% eran desempleados, jubilados, pensionados o incapacitados; los correspondientes porcentajes para las mujeres fueron 8.3% y 4.5%. De acuerdo a las cifras del INEGI, la distribución de la población de 12 años y más no económicamente activa según tipo de actividad en 2010, fue la siguiente: estudiantes 35.1%, personas dedicadas a quehaceres del hogar 52.6%, jubilados y pensionados 5.5%, personas en otras actividades no económicas 4.5% y personas con alguna limitación física o mental permanente que les impide trabajar 2.3%. En este estudio se eleva el número de personas jubiladas, desempleadas e incapacitadas que son 29.5%, en comparación con las cifras del INEGI, que en el Censo muestra 12.3%.

Como lo muestra la tabla 1.2, la distribución del ingreso mensual familiar fue muy similar en las personas atendidas en cualquiera de los dos tipos de hospitales: Hospitales Federales de Referencia y Hospitales Regionales de Alta Especialidad. El 41% de los usuarios

<sup>11</sup> Carrasco, C. (1994). *El trabajo doméstico y la reproducción social*. Madrid: Instituto de la Mujer.

<sup>12</sup> Guibert, R. (1999). "Influencia en la salud del rol de género". Cuba: *Revista Cubana Medicina General Integral*;15(1):7-13.

**Tabla 1.2** Ingreso mensual familiar reportado por las personas que recibieron atención médica en alguna de las 19 unidades estudiadas pertenecientes a la Coordinación de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Ingreso mensual familiar	Institutos Nacionales de Salud	Hospitales Federales de Referencia	Hospitales Regionales de Alta Especialidad
≤ 1,600	25.7	41.0	41.4
1,601 a 3,250	35.8	29.7	25.7
3,251 a 6,650	24.7	17.9	17.6
≥ 6,651	10.4	5.1	5.7
No sabe / No respondió	3.4	6.3	9.6
Total	100.0	100.0	100.0

Los rangos del ingreso se definieron en términos de múltiplos de un salario mínimo.

Fuente: Encuesta 2010 del proyecto “La satisfacción/insatisfacción de los usuarios del sistema de salud con la atención desde sus expectativas y experiencias en México”.

reportó tener un ingreso mensual familiar de 1 601 pesos o menos. En cambio, solo el 25.7% de los pacientes atendidos en algún Instituto Nacional de Salud tuvo un ingreso mensual familiar en dicho rango. Casi el 18% de las personas atendidas en cualquiera de los dos tipos de hospitales reportó un ingreso mensual familiar entre 3 251 y 6 650 pesos que contrasta con el 24.7% de las personas atendidas en los Institutos. Análogamente, poco más del 5% de los usuarios de los hospitales indicó tener un ingreso mensual familiar mayor a 6 651 pesos en comparación con 10.4% de los pacientes atendidos en algún Instituto. El porcentaje de personas con un ingreso mensual familiar menor o igual a 3 250 pesos fluctuó entre 61.5% (en los Institutos) y 70.7% (en los Hospitales Federales de Referencia). Similarmente, el porcentaje de personas que reportó tener un ingreso mensual familiar menor o igual a 6 650 pesos varió entre 84.7% (en los HRAE) y 88.6% (en los Hospitales Federales de Referencia).

Según los datos de nuestra encuesta, en el hogar de una cuarta parte de los pacientes (25.4%) el ingreso familiar se distribuyó entre una o dos personas, en otra cuarta parte (25.1%) de la población atendida el ingreso mensual familiar se repartió entre tres personas, en el 25.4% del total de la población atendida el ingreso se dividió entre cuatro miembros y en la población restante de pacientes (24.1%) el ingreso mensual familiar se compartió entre cinco o más integrantes. Los datos del INEGI sobre las características económicas reportan que de cada 100 personas de 12 años y más, 52 participan en actividades económicas (73.4% de hombres y 33.3% de mujeres); y de cada 100 de estas personas 95 tienen alguna ocupación. De cada 100 personas mayores de 12 años, 46 no participan en actividades económicas (25.8% de hombres y 66.2% de mujeres). De acuerdo a la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, en el primer trimestre del 2009, la tasa de ocupación en el sector informal era del 28.2%, la de subocupación de 8%, la tasa de

condiciones críticas de ocupación del 12.2% y la de desocupación de 5.1%.<sup>13</sup>

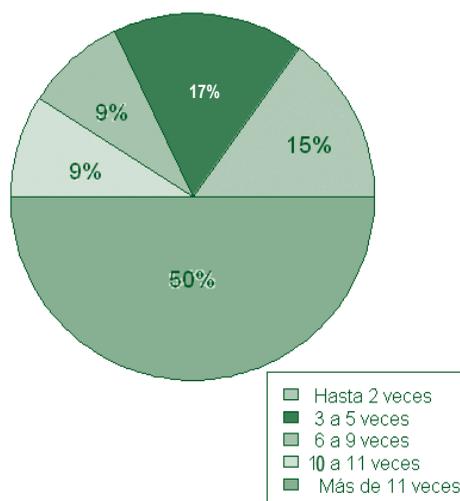
Como parte de las variables relativas a las condiciones de vida material está la vivienda, éstas no se incluyeron en el cuestionario de la encuesta. Sin embargo, según los datos del Censo 2010 el promedio de ocupantes por vivienda es de 3.9. Las viviendas con piso de tierra constituyen el 6.2%, aunque en las entidades federativas donde se encuentran la mayoría de los pacientes esto disminuye, en el DF a 1% y Estado de México 3.8%. En relación con los servicios: 69.5% tienen agua entubada dentro de la vivienda, 90.3% drenaje, 95.4% servicio sanitario y 97.8% electricidad. Un dato interesante que agrega el INEGI se refiere a las tecnologías de información y comunicación en las viviendas, el 43.2% tiene teléfono, el 65.1% porta teléfono celular, 29.4% cuenta con computadora y el 21.3% tiene acceso a internet.

Bustos<sup>14</sup> define la marginación como un fenómeno estructural múltiple que valora dimensiones, formas e intensidades de exclusión en el proceso de desarrollo y disfrute de sus beneficios, y se compone de factores como: una educación menor a la primaria, la falta de servicios en la vivienda (agua, drenaje, luz, hacinamiento y piso de tierra), ingresos mensuales menores a dos salarios mínimos y la distribución de la población en localidades con menos de 5 mil habitantes. De acuerdo al perfil de los usuarios en nuestra encuesta, dos terceras par-

tes no terminaron la primaria y tienen ingresos familiares mensuales menores a dos salarios mínimos, aunque la mayoría provienen de zonas urbanas que cuentan con servicios públicos. A pesar de que no necesariamente se trata de población marginada, según la definición de Bustos, si están ubicados en los estratos socioeconómicos más bajos del país.

Se incluyeron en el cuestionario algunas preguntas relativas a las características sociales de la población que se relacionan a sus hábitos y su condición de salud. El 28% de los usuarios acude a la unidad médica por primera vez, el 72% reporta ser usuario subsecuente. En la gráfica 1.6 se observa que de estos pacientes el 50% reporta haber asistido más de 11 veces anteriormente.

**Gráfica 1.6**  
¿Cuántas veces ha acudido anteriormente a este hospital?



En cuanto a los tiempos de espera, el 89% de los pacientes reportan tener una cita y a partir de la hora asignada el 63% de los pacientes reportan haber recibido atención médica en menos de una hora.

<sup>13</sup> Negrete, P.R. (2011). "El indicador de la polémica recurrente: la tasa de desocupación y el mercado laboral en México. Realidad, datos y espacio". México: *Revista Internacional de Estadística y Geografía*.

<sup>14</sup> Bustos, A. (2011). "Niveles de marginación: una estrategia multivariada de clasificación". *Realidad, datos y espacio. Revista Internacional de Estadística y Geografía*. México: INEGI. 2(1): 173.

Los pacientes entrevistados reportan su condición de salud, mencionando cuál es el motivo por el que asisten el día de la entrevista al hospital, los padecimientos diagnosticados que presentan, así como los antecedentes familiares. Se les pregunta también si es que siguen algún tratamiento para dicho padecimiento. Los motivos de consulta mencionados y los padecimientos diagnosticados se han clasificado de acuerdo a los sistemas del cuerpo.

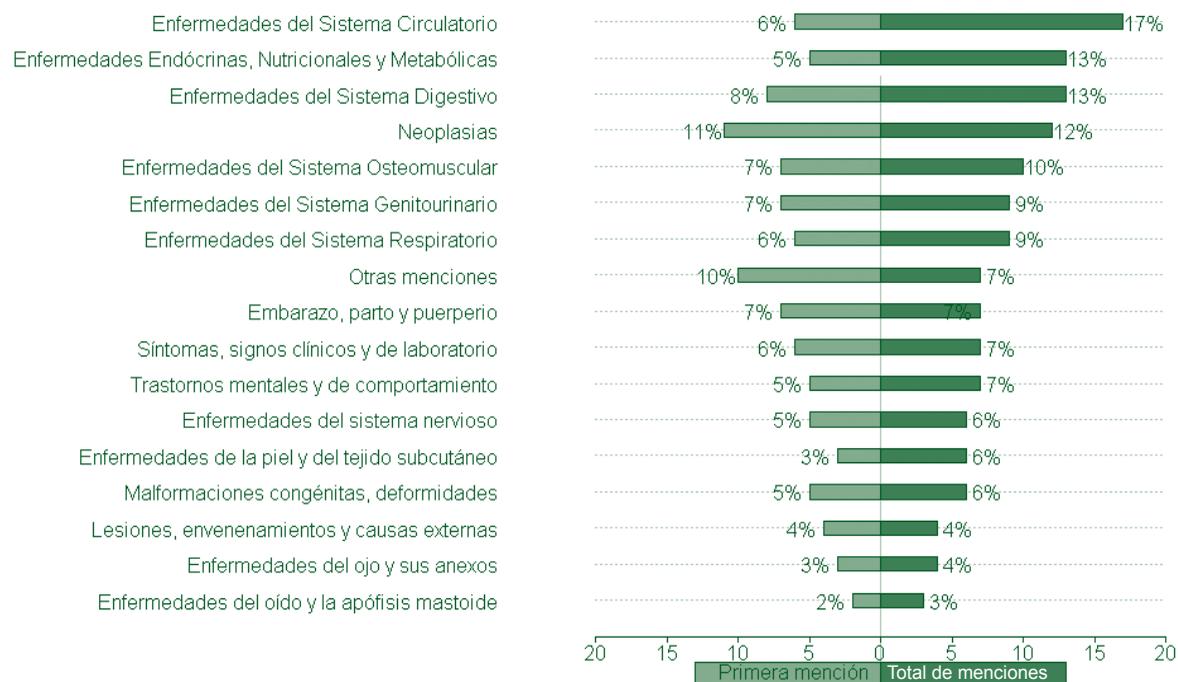
La tabla 1.3 resume los principales motivos por los cuales los pacientes asisten el día de la entrevista al hospital.

La gráfica 1.7 resume padecimientos diagnosticados que se refieren, donde se mencionan con frecuencia las enfermedades del sistema circulatorio y las endócrinas, nutricionales y metabólicas, así como enfermedades del sistema digestivo y neoplasias. El instrumento de

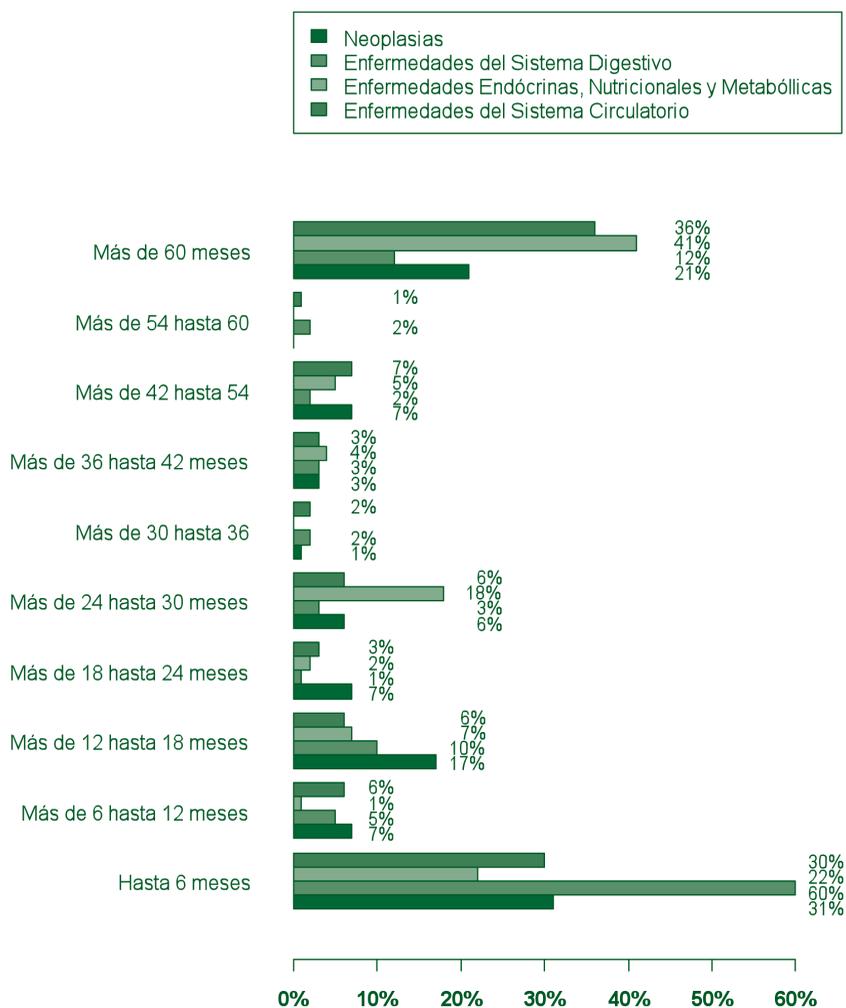
**Tabla 1.3** Motivo por el cual el paciente asiste el día de la entrevista al hospital

Motivo	%
Otros motivos de visita	29
Enfermedades del Sistema Digestivo	8
Enfermedades del Sistema Genitourinario	6
Enfermedades del Sistema Osteomuscular	6
Neoplasias	6
Síntomas, signos clínicos de laboratorio	6
Embarazo, parto y puerperio	6
Enfermedades del Sistema Respiratorio	5
Lesiones, envenenamientos y causas externas	4
Enfermedades del Sistema Circulatorio	4
Trastornos mentales y del comportamiento	3
Otras enfermedades	17

**Gráfica 1.7**  
Padecimientos diagnosticados



**Gráfica 1.8**  
Tiempo en que el paciente recuerda presentar el padecimiento



medición recoge información de hasta siete padecimientos diagnosticados que el entrevistado quiera reportar. Se distingue entonces los padecimientos referidos en la primera mención, así como los padecimientos referidos en el total de menciones.

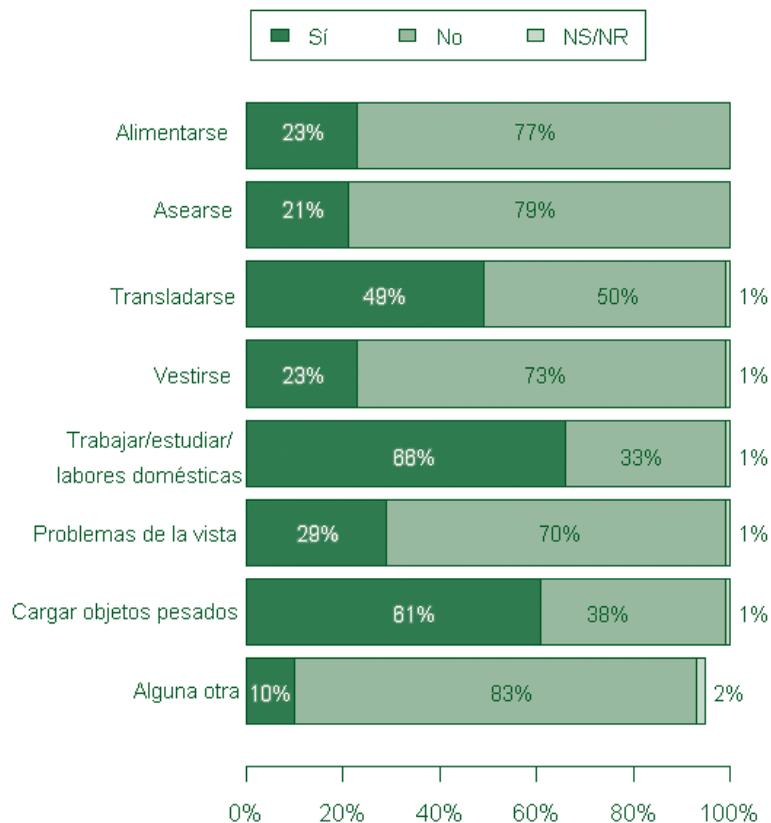
Para las cuatro primeras clasificaciones en la gráfica 1.8 se resume la información sobre el tiempo en el que el paciente recuerda presentar el padecimiento, los antecedentes familiares y la presencia de tratamiento.

En cuanto a su condición de salud, el 46.3% de los pacientes sienten algunas limitaciones, las más mencionadas son: para cargar objetos pesados (69%), para trabajar o estudiar (67%) y para trasladarse (50%). La gráfica 1.9 muestra los pacientes que reportan con mayor frecuencia que se sienten limitados con respecto al tipo de padecimiento son los pacientes terminales (50%) y con respecto al sexo son los hombres (49%).

Al 67% de los pacientes les han realizado estudios con relación a su padecimiento actual

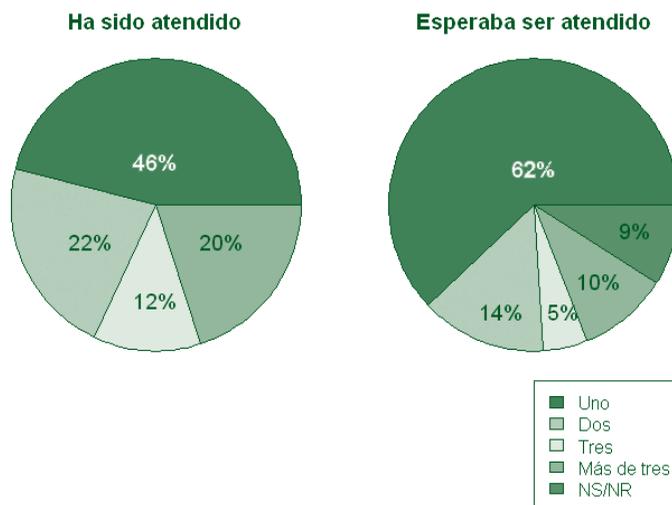
**Gráfica 1.9**

Para cada uno de los aspectos que voy a mencionar, dígame por favor si considera que su padecimiento/embarazo lo limita para valerse por sí mismo



**Gráfica 1.10**

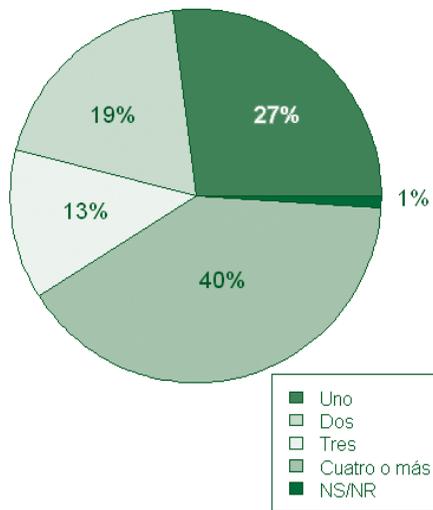
Con relación al tratamiento de su padecimiento/embarazo actual en este hospital, ¿por cuántas diferentes especialidades ha sido atendido? ¿Y en cuántas diferentes especialidades esperaba ser atendido



y sólo el 33% ha estado hospitalizado en el último año. En cuanto a las especialidades donde han sido atendidos los pacientes, en la gráfica 1.11 se observa que el 54% de los pacientes han sido atendidos en más de una especialidad.

**Gráfica 1.11**

En este hospital y con relación a su padecimiento ¿cuántos médicos lo han atendido?



Finalmente, con respecto al número de médicos que le han atendido con relación al padecimiento por el cual visita el hospital en el momento de la entrevista, el 40% reporta que lo han atendido 4 ó más médicos. El 38% de los pacientes reporta que 4 o más médicos lo han atendido responsablemente y con compromiso y sólo el 27% de los pacientes esperaban que 4 o más médicos los atendieran responsablemente y con compromiso (gráfica 1.12).

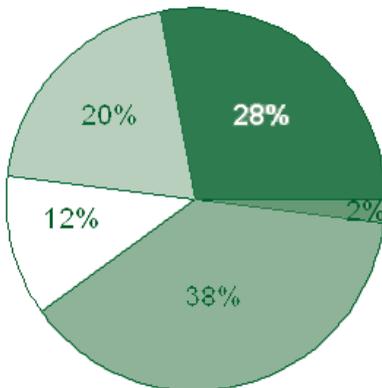
En relación a los hábitos de salud, el 41% de los pacientes acostumbra hacer revisiones anuales, aún cuando no se encuentren enfermos. Con una asociación estadísticamente significativa (p-valor=0.002) son en su mayoría mujeres quienes reportan esta práctica (70%), y en consecuencia una de las prácticas preventivas más mencionadas es el Papanicolau (68%).

Utilizando la información obtenida sobre la condición de salud de los usuarios, se define la variable tipo de padecimiento con las siguientes categorías:

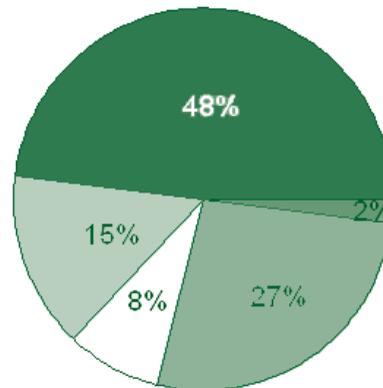
**Gráfica 1.12**

En este hospital y con relación a su padecimiento/embarazo, ¿cuántos médicos considera que le han atendido responsablemente y con compromiso? ¿Y cuántos esperaba que se responsabilizaran y comprometieran con su padecimiento/embarazo?

**Le han atendido**



**Esperaba le atendieran**



**Agudo:** personas que tienen una enfermedad con un inicio y un fin claramente definidos, y es de corta duración.

**Crónico:** persona con enfermedad de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o bien no ocurrirá.

**Grave:** padecimiento que pone en peligro la vida de la persona a corto plazo.

**Terminal:** persona con un estado de enfermedad avanzada, progresiva e incurable, en la cual hay falta de respuesta a tratamiento, pronóstico de vida malo a corto plazo.

**Otros:** Personas que acudieron a “consulta” o estudios, o que no especificaron la especialidad o el padecimiento.

Los pacientes agudos son quienes menos realizan revisiones anuales como se muestra en la tabla 1.4. El 68% de los pacientes que hacen revisiones anuales reportan revisiones de la presión arterial y cerca del 60% revisan sus niveles de colesterol y de glucosa.

El 70% de la población acude a recibir vacunas, de acuerdo al grupo etáreo; los pacientes que reportan el uso de vacunas se distribuyen como sigue: los niños y adolescentes 34%, los adultos jóvenes 16%, los adultos maduros 35% y los adultos mayores 15%.

El 31% reporta el uso de alguna forma de medicina alternativa y son los pacientes terminales quienes más las utilizan. Las formas más

comunes de acuerdo a sus menciones son la homeopatía (11%) y la herbolaria (14.5%).

## CONCLUSIONES

Las personas que recibieron atención médica en alguna de las 19 unidades médicas estudiadas, afiliadas a la Coordinación de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad que conforman la población en estudio, fueron en su mayoría mujeres, se observó consistentemente a lo largo del estudio que son más propensas a buscar atención médica.

Casi el 70% de los adultos jóvenes (18 a 34 años) que recibieron atención médica fueron mujeres; un patrón similar se encontró entre los adultos maduros (35 a 64 años). Esto puede deberse a que las mujeres en dichos rangos de edad están en etapa reproductiva. Además, un mayor porcentaje de hombres que de mujeres indicaron que se dedicaban a alguna actividad económicamente remunerada lo que quizás obstaculizó que los hombres acudieran con frecuencia y de manera oportuna a visitar al médico.

El 22.3% de la población atendida en las unidades médicas fueron niños o adolescentes (de 0 a 17 años) y 12.8% adultos mayores ( $\geq 65$  años). De acuerdo con el Censo de Población y

**Tabla 1.4** Pacientes que reportan revisiones anuales por tipo de padecimiento

Realiza Revisiones Anuales	Agudo	Crónico	Grave	Terminal	Otro	Total
SI	38.4%	40.2%	51.8%	51.7%	41.7%	40.9%
NO	61.6%	59.6%	48.2%	48.3%	58.3%	59.0%
NS/NR		0.3%				0.1%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Vivienda 2010,<sup>15</sup> 38.8% de los individuos en la República Mexicana tienen 19 años o menos y 6.2% tiene 65 años o más. Esto significa que la distribución por edad de la población estudiada no es igual a la distribución observada a nivel nacional. Las cuatro principales razones fueron las siguientes: La primera, aludió a que los adultos mayores, a diferencia de los niños y adolescentes, fueron más propensos a enfermarse y por lo tanto a acudir a un centro de salud; la segunda, que en nuestro estudio no se incluyeron varias unidades médicas de instituciones como Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado y la tercera que la mayoría de las personas entrevistadas radicaron en la zona metropolitana del Valle de México, y la cuarta que son pacientes atendidos en el tercer nivel del sistema de salud.

Poco más del 80% de la población reportó un ingreso menor a 5 000 mil pesos. Este dato, obtenido a partir de las respuestas de los usuarios, se tomó con cuidado, en el entendimiento de que existe dificultad en las encuestas de hogares para registrar en forma completa y confiable tanto los ingresos personales laborales como las distintas fuentes y montos de ingresos de los perceptores familiares.<sup>16</sup> En el caso de los pacientes de los hospitales de la Secretaría de Salud, quienes son clasificados según su nivel socioeconómico para determinar el costo de la atención médica, existe una tendencia a declarar menores ingresos de los reales, pues no desean que se les cobren cuotas altas. Algunas de las personas atendidas en los HFR o en los HRAE no cuentan

con seguridad social, lo que ayuda a explicar por qué su ingreso fue menor a lo reportado por las personas que acudieron a un Instituto Nacional de Salud, varios pacientes en sus testimonios mencionaron estar inscritos al Seguro Popular.

También encontramos que en la población estudiada, las mujeres tienen un mayor grado de escolaridad que los hombres, aunque un mayor porcentaje de hombres que de mujeres dijeron ser estudiantes. En general, el grado de escolaridad de la población estudiada fue bajo, lo que puede reflejarse en ciertos patrones de conducta como el retrasar por mucho tiempo la decisión de acudir con un médico, usar remedios caseros o medicina alternativa, aun en pacientes quirúrgicos.<sup>17</sup> Por otra parte, la relación entre el médico y el paciente también puede verse afectada por el grado de escolaridad. Si el paciente tiene un bajo nivel de escolaridad tenderá a acatar de manera pasiva las indicaciones del médico sin intentar ser partícipe de la solución a su problema de salud.<sup>18</sup>

En términos generales, de acuerdo a sus hábitos y su condición de salud, se observa que una buena parte de los pacientes entrevistados conocen el sistema de las unidades médicas donde se atienden, son pacientes que se preocupan por su salud. Cuando menos en relación al evento de salud que los ha llevado a buscar atención médica en el momento de la entrevista y, en general, han recibido la atención médica que requerían para enfrentar su necesidad actual.

<sup>17</sup> González, R. Ruiz, M. (2006). "Frecuencia del uso de medicina alternativa en pacientes quirúrgicos". México: *Cirujano General*; 28(4): 238-241.

<sup>18</sup> Narro, R. J. Rodríguez, D. J. Viesca, T. C. y Abreu, H. L. F. (2004). "Retos y reflexiones". México: *Gaceta Médica. Ética y salud* [online]; vol.140, n.6 [citado 2012-08-22], pp. 661-666. Disponible en: <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-38132004000600017&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000600017&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0016-3813.

<sup>15</sup> INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Disponible en: <http://www.censo2010.mx>.

<sup>16</sup> CEPAL. (1991). *Magnitud de la pobreza en la América Latina en los años 80*, Santiago de Chile: Estudios e informes de la CEPAL, Naciones Unidas.

# LA TRAYECTORIA DE PACIENTES/ACOMPAÑANTES, A TRAVÉS DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO: UN ENFOQUE CUALITATIVO

## INTRODUCCIÓN

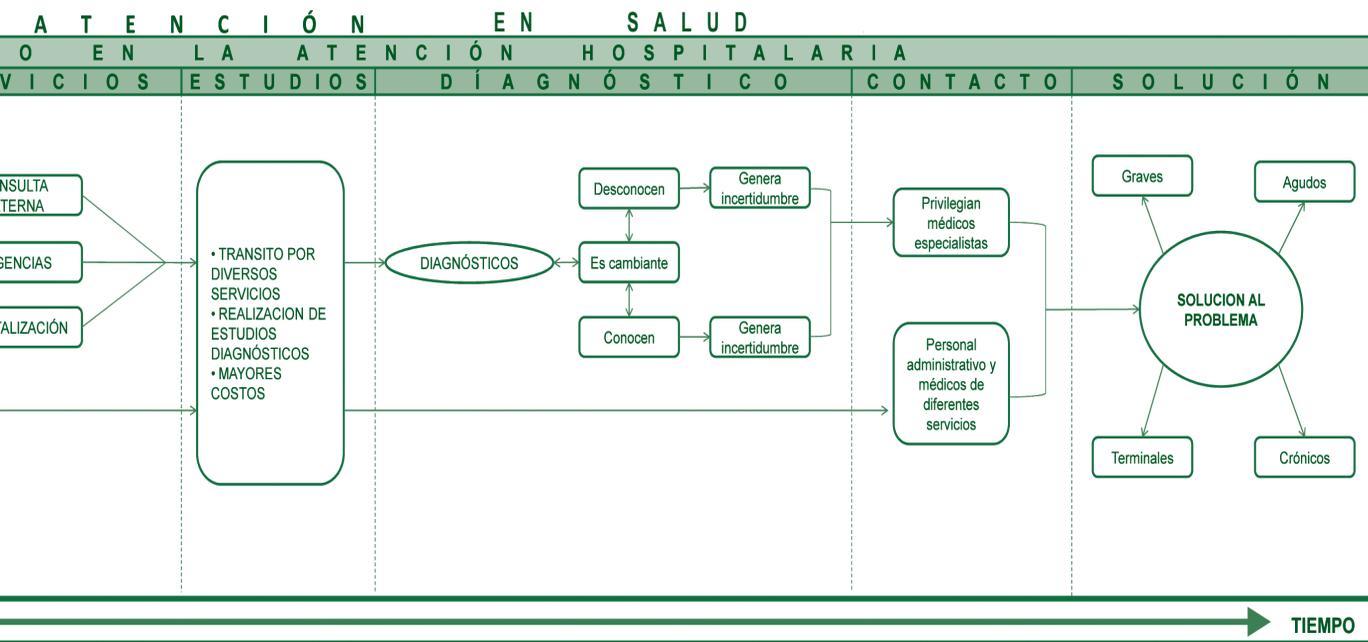
En este capítulo se desarrollan la descripción del Modelo I sobre el *Itinerario de la atención sanitaria* que realizaron los usuarios y las respuestas a las preguntas de investigación. Para mostrar la riqueza del documento, se presenta una selección de los relatos transcritos en las entrevistas en profundidad, complementados con algunos datos cuantitativos generados en las encuestas aplicadas.

## DESCRIPCIÓN DEL MODELO DEL ITINERARIO EN LA ATENCIÓN SANITARIA

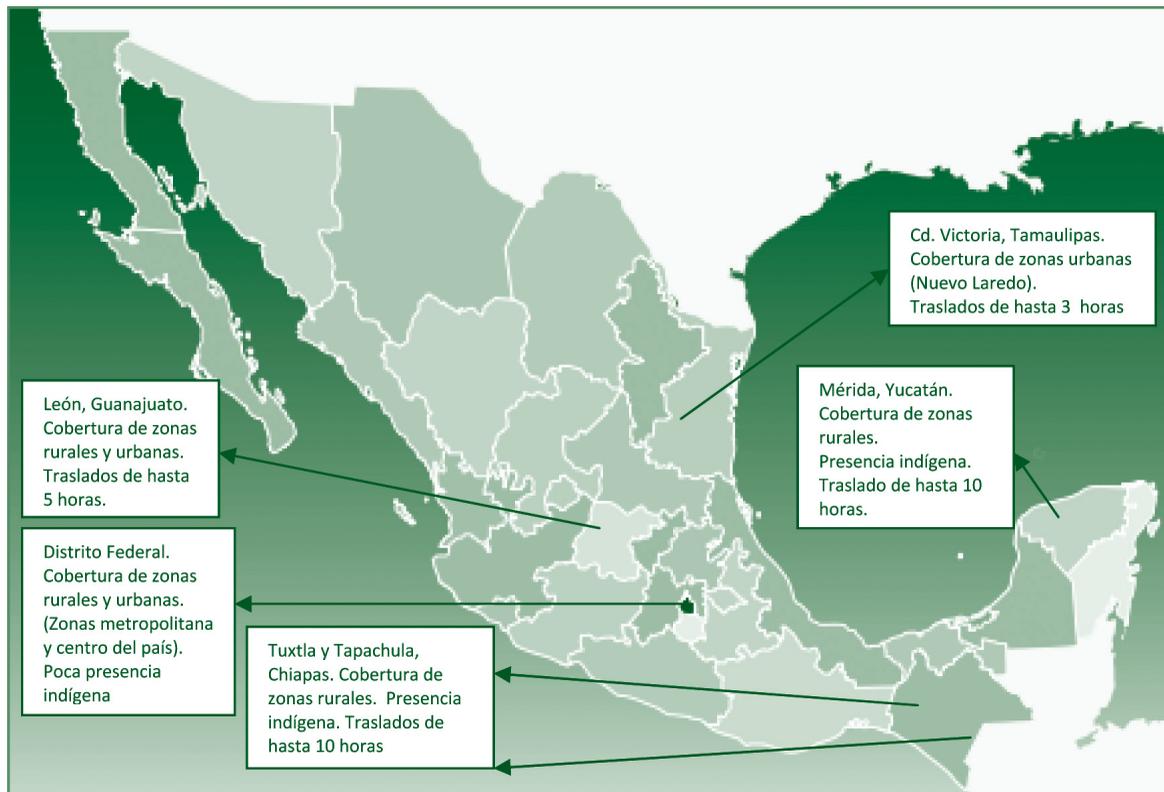
En el Modelo I, se describió el transcurrir del grupo que presentó, en el tiempo, dos grandes momentos. El primero hizo referencia al *Itinerario en la atención médica*, que incluyó la descripción de los usuarios, las vivencias relacionadas con el inicio de los padecimientos, interpretación de los síntomas, representaciones culturales, los imaginarios de la enfermedad, las diferencias por género, la manera de vivir socialmente la enfermedad, las reacciones ante los síntomas, la afectación en la familia, la concurrencia previa a las unidades médicas de los diversos niveles de atención. El primer momento se terminó con una reflexión sobre experiencias, expectativas y satisfacción.

El segundo momento se puso en marcha con la llegada de los usuarios al conjunto de hospitales para dar inicio al *Itinerario en la atención hospitalaria*, que arrancó como una fase de tránsito hacia la atención especializada; se identificó a los grupos de pacientes atendidos y a los que





**Figura 2.1**  
Ciudades mexicanas donde se ubicaron los usuarios entrevistados



En Tuxtla y Tapachula hubo, mayor presencia de población rural.

## ITINERARIO EN LA ATENCIÓN MÉDICA

En este trayecto se presentó la relación de los episodios que ocurrieron a partir de la descripción de los usuarios, hasta el momento que iniciaron la atención especializada en las unidades hospitalarias.

### ¿Quiénes fueron los usuarios?

Los resultados permitieron construir el perfil del grupo. Las principales actividades de los usuarios de ingresos bajos (figura 2.2) estaban relacionados con oficios y la presencia de pequeños empresarios. Muchas de las entrevistadas fueron mujeres, amas de casa que además participan activamente en la economía familiar, dedicándose a la venta de productos por catálogo, o meseras o bien realizando otros trabajos

eventuales, su contribución es muy importante para la estabilidad doméstica.

Cuando enfermaron, se produjo un impacto que afectó la dinámica familiar. La escolaridad en general fue de educación básica (*primaria*), la precariedad del nivel educativo produjo que se acrecentaran las expectativas por los servicios que les otorgaron los hospitales, ya que esperaban poco y finalmente sus expectativas fueron superadas con los resultados obtenidos.

Los niveles con ingresos medios (figura 2.3), tenían empleos más formales, negocios propios o puestos de trabajo dentro de la industria, lo que en casos les permitió acceder a la seguridad social que les brindó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Las señoras de este estrato se orientaron más al cuidado de los hijos. Con una situación económica solvente que les permitió tener automóvil propio para trasladarse con mayor facilidad. Esta población tenía nivel de educación técnica o profesional, aunque fue un sector con mayor

Figura 2.2



Figura 2.3



Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas en profundidad, 2010.

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas en profundidad, 2010.

ingreso, prefirió la utilización de este tipo de hospitales porque percibieron profesionalismo y especialización.

También se indagó la escolaridad de la madre porque el nivel educacional de los padres y particularmente de la madre, determina en gran medida el éxito o fracaso escolar de niños y niñas, particularmente en la primera infancia, ya que su presencia total, parcial o ausencia, establece marcadas diferencias en los aprendizajes, incluidas sus desviaciones, ya que son ellas, quienes están más cerca de las actividades cotidianas escolares y se desempeñan como soporte de la escolaridad de sus hijos,<sup>1</sup> la escolaridad reportada fue baja, más de la mitad (69%) solo tenían primaria completa e incompleta (gráfica 2.1).

Los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas ubicaron a los usuarios como “pobla-

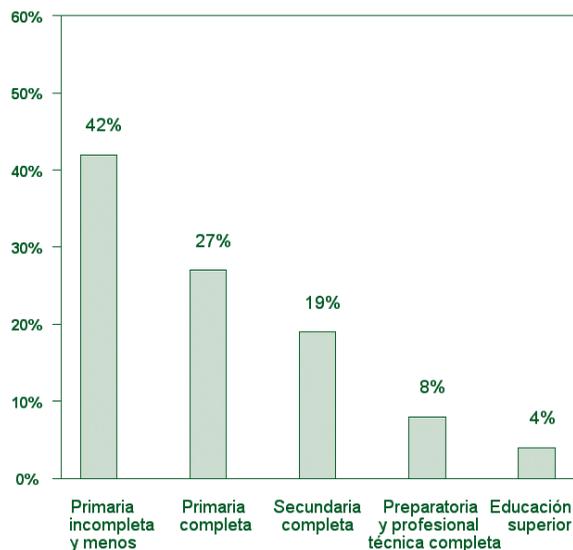
ción abierta o no asegurada” con sus características distintivas de baja escolaridad y escaso ingreso. Siete de cada diez usuarios mencionaron tener un ingreso familiar mensual de entre menos de 1 600 y 3 250 pesos y, en promedio, cerca de cuatro personas (3.6) dependían de aquel. Otro de los grupos sociales que se hizo presente en la investigación fue el indígena, que correspondió al 3% de la población total.

### Vivencias relacionadas con el inicio de los padecimientos

Cuando los usuarios entrevistados experimentaron los primeros síntomas de malestar, padecimiento o enfermedad tuvieron una actitud diferenciada entre la percepción de hombres y mujeres. Las mujeres vigilaron sus inicios y avances, lo que les dio un carácter de especialista empírico sobre su manejo. En este sentido, también se encontraron diferencias por género para atenderse cuando aparecieron los primeros síntomas, fueron las mujeres quienes notaron las molestias, evaluaron su condición y se administraron remedios caseros, realizaron dietas, consumieron medicamentos básicos como analgésicos, antiinflamatorios y antiácidos, dependiendo del tipo de malestar.

Conforme se consumieron las sustancias, evaluaron su efectividad y evolución de los síntomas, con el entendido de que su manejo sería temporal, de modo que debieron decidir si los malestares podían ser manejados de manera doméstica o ameritaban atención médica<sup>2</sup> (figura 2.4).

**Gráfica 2.1**  
Escolaridad de la madre



Fuente: Encuesta 2010.

<sup>1</sup> Di Silvestre M. (1992). “Participación comunitaria en salud: la experiencia de los grupos de salud de la zona oeste”. Chile: *Revista de Sociología de la Universidad de Chile*, 6(7): 107-123.

<sup>2</sup> Kornblit, A. (2000). *La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y psicosociales*. 4a. edición. Buenos Aires, Argentina: Aique Grupo Editor S.A.

**Figura 2.4**  
Manejo de los síntomas



Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas en profundidad, 2010.

En la literatura socio médica ya se ha descrito la diferencia entre hombres y mujeres en relación con necesidades de atención de salud, percepciones de enfermedad y conductas de búsqueda de atención, tanto a nivel intrafamiliar como público.<sup>3</sup>

Por otro lado, los hombres entrevistados tendieron a minimizar sus síntomas hasta que se hicieron innegables, actitud que se reportó también en el contexto iberoamericano<sup>4</sup> (figura 2.5), para no afectar su actividad laboral o escolar. A partir de aquí, se incluyen fragmentos significativos de los relatos transcritos para complementar los resultados cualitativos, se presentan en cursivas para diferenciarlo del resto del texto, salvo la letra E que indica al entrevistador,

P para paciente y A para acompañante. También se incluyeron descripciones etnográficas de los servicios, en los diferentes tipos de hospitales:

E: ¿En las primeras instancias tu esposa qué te decía? ¿Te sobaba, te daba pastillas?

P: *No, ella desde el primer día me dijo que fuéramos al doctor, que fuéramos al doctor, pero yo no le hacía caso.*

(Hospital Regional de Alta Especialidad, hombre de 28 años, Bajío).

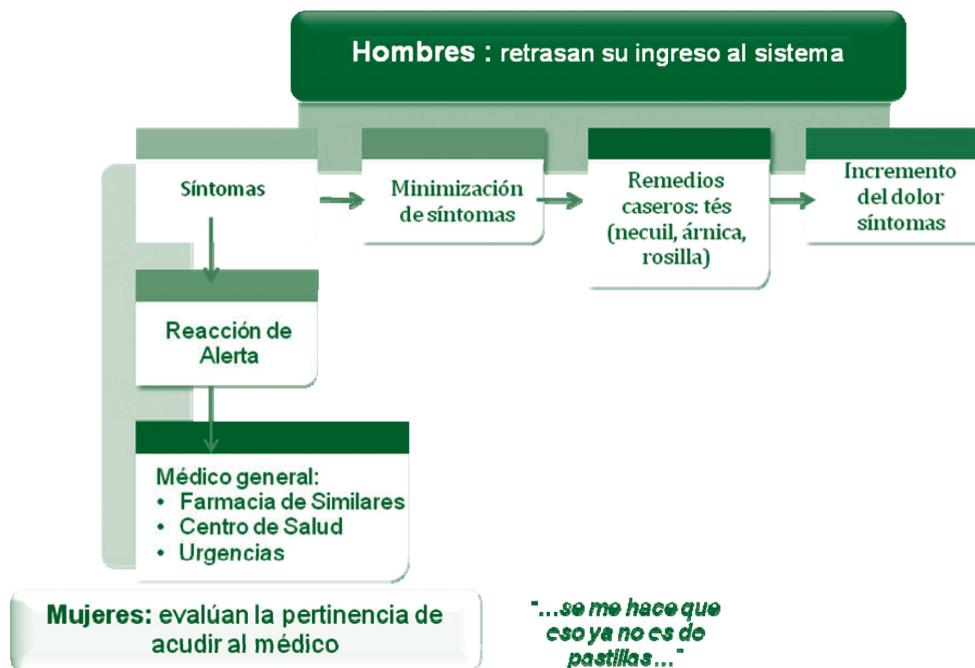
**Interpretación de los síntomas:**  
representaciones culturales

El espacio de las experiencias de los usuarios de atención médica especializada, se expresó en el *Itinerario de la atención sanitaria* (Modelo II). La trayectoria inició desde el momento en que aparecieron los primeros indicios que indica-

<sup>3</sup> Gómez, E. (1990). *Perfil epidemiológico de salud de las mujeres en la región de las Américas*. Washington DC: OPS.

<sup>4</sup> Montilla, F. (2006). "El paciente y la familia ante la enfermedad", España: Asociación Española de Enfermos de Hepatitis C, Conferencia en Valencia, 28 de junio.

Figura 2.5



Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas en profundidad, 2010.

ban una afectación corporal, lo que los llevó a buscar ayuda en las unidades médicas. Los incidentes que ocurrieron dentro de los hospitales, crearon horizontes de expectativas que abrieron nuevos espacios de experiencias.

Las narrativas que englobaron las historias de sus vidas con su memoria y tradición, anclaron las expectativas sobre la enfermedad en el presente, porque su cualidad de usuario no derechohabiente con las limitaciones económicas, los obligó a vivir al día y movilizar todos los recursos personales y familiares para hacer frente a la enfermedad.

### Imaginaris de la enfermedad

Los pacientes y los acompañantes, elaboraron imaginarios sobre los síntomas que van conformando enfermedades o padeceres, con los cuales construyeron representaciones sociales,

personificadas en sus instituciones.<sup>5</sup> La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas, gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación.<sup>6</sup> De esta manera, los pacientes y acompañantes hacen entendible ese objeto llamado enfermedad, padecimiento o sus respectivos síntomas; el contacto con el abstracto sistema de salud, lo hacen cercano a su comprensión a través de metáforas, símiles o imaginarios.

La enfermedad, asociada al dolor por la aparición de algo extraño en el cuerpo, como

<sup>5</sup> León, M., Páez, D. y Día, B. (2003). "Representaciones de la enfermedad. Estudios psicosociales y antropológicos". Venezuela: *Boletín de Psicología*; 77: 39-70.

<sup>6</sup> Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Editorial Huelmul S.A.

los miomas que no son parte del organismo, son un ente externo y “malo”. Esto se ilustra con el testimonio de una mujer de mediana edad con probable cáncer:

*P: No sé mucho porque la verdad no me han asesorado bien, pero dicen que los miomas son benignos, que no son malignos pero, si no son del cuerpo de uno pueden ser algo malo ¿no?. El padecimiento es muy doloroso, son unas contracciones que no se quitan. Un dolor insoponrible, un dolor que da y no se quita.*

(Instituto Nacional de Salud, mujer de 45 años, Distrito Federal).

La enfermedad también se asoció al sobre esfuerzo realizado en el trabajo, como fue el caso de un predicador religioso que sufrió un infarto mientras realizaba su labor en el templo:

*P: Me enfermé trabajando, estaba yo orando en el templo por un endemoniado, nomás que hice mucho esfuerzo para liberar al señor este y en eso se me rompieron tres puentes y el infarto precisamente se me vino esa noche.*

(Instituto Nacional de Salud, hombre de 78 años, Distrito Federal).

La enfermedad se reveló en los sujetos a partir de la apropiación del lenguaje biomédico. Los pacientes o usuarios, de acuerdo a mayor o menor contacto con el hospital, terminaban por asimilar palabras, explicaciones o tecnicismos médicos a sus imaginarios, como lo ilustra un hombre viudo que vive solo y fue sometido a una operación al corazón por sufrir dos infartos:

*P: Es un aparatito que le abre la arteria que está tapada, se la abre y ya ese aparato ahí dura*

*hasta que te mueras. Si le digo que lo mío ya es de por vida.*

(Instituto Nacional de Salud, hombre de 61 años, Distrito Federal)

En el siguiente testimonio, se aprecia mayor manejo de términos y conocimiento de la enfermedad en un joven que tuvo un accidente automovilístico y pasó 15 días en terapia intensiva. Fue intervenido quirúrgicamente y ha mantenido un contacto constante con la institución:

*P: Tengo una lesión medular a esta altura de la espalda, es donde baja toda la información del cerebro, baja a la médula que es la que se encarga de repartir toda la información, maneja todo lo que son las piernas, los esfínteres de la orina. Entonces esa es la función de la médula, y la tengo dañada, por eso es que dejé de caminar.*

(Instituto Nacional de Salud, hombre de 30 años, Distrito Federal)

La enfermedad se ubicó en un líquido vital como la sangre. Así lo explicó la madre de un joven bajo tratamiento de quimioterapia. La sangre se produce en la médula ósea ubicada dentro de la columna vertebral y en otros huesos:

*E: ¿Qué se imagina que pase en el cuerpo de Omar, qué cosa no funciona o qué cosa pasa que está enfermo?*

*A: Pues es la sangre, es su sangre que está mal, él no tiene el mal en el hueso en la carne, sino que es en la sangre.*

(Hospital Regional de Alta Especialidad, mujer de 51 años, Tuxtla)

En un caso se pensó que la enfermedad fue producida por uso prolongado de una prenda de vestir, como el pantalón. Así lo explicó la suegra de una joven cuyo bebé había nacido con una malformación congénita llamada “pie equinovaro”:

*P: Bueno, mi forma de pensar de que ella (su nuer-  
ra) como se ponía o se pone pantalón pues tal  
vez no le soltó de aquí (señala la cintura), bueno  
me imagino yo, esa es una posibilidad. Porque  
ella cuando se embarazó estaba más delgada,  
delgadita que estaba, pienso que estaba chiquita  
su matriz o luego no le dio soltura aquí en la  
cintura, pero la verdad no lo sé si sea así.*

(Hospital Regional de Alta Especialidad, mujer  
de 46 años, Tuxtla)

La enfermedad acaecida como un castigo divino, se expresa en el testimonio de una joven pareja (ella de 18 y el de 19 años) cuya hija nació con síndrome de Down. Se trata de la discapacidad, para la cual existen tres modelos de tratamiento propuesto por Díaz<sup>7</sup>: prescindencia, rehabilitador y social. En este caso se explica por el primero, el cual considera que las personas con discapacidad son asumidas como innecesarias por diferentes razones: porque se estima que no contribuyen a las necesidades de la comunidad, que albergan mensajes diabólicos, que son la consecuencia del enojo de los dioses o que por lo desgraciadas de sus vidas no merecen vivir.

<sup>7</sup> Palacios, A. y Bariffi, F. (2007). *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. España: Grupo Editorial Cinca, S.A.

*P: No sé, ya sabrá Dios por qué. Mucha gente dice que por la edad de mi esposa y la edad mía pero mucha gente dice que “no”, que ya será de Dios porque vendrán así los niños. “Es castigo de Dios” dicen.*

(Hospital Regional de Alta Especialidad, hombre de 19 años, Tuxtla)

La enfermedad imaginada como una “prueba” de Dios, conceptualizada por el padre de una niña de 14 años que fue diagnosticada con leucemia y pertenecen a una familia capitalina:

*E: ¿Qué sintió cuando le dijeron que su hija tenía leucemia?*

*A: Me desesperé, y empecé a renegar contra mí mismo, pero al fin de cuentas no es mi culpa. He platicado y convivido con mucha gente mayor y dicen que aunque tú hayas querido que no se enfermara, es una enfermedad que te manda el Señor y es una prueba que te pone. Pero pues sí es difícil, es tiempo, es verla sufrir, por ejemplo, estar viendo como la pican, es muy difícil para mí.*

(Hospital Federal de Referencia, hombre de 36 años, Distrito Federal)

La enfermedad imaginada a partir del uso del medicamento, a pesar de que es una idea muy recurrente, opinar que las personas enfermaron por el consumo excesivo de medicamentos. Así se explicó el padecimiento a una usuaria con artritis reumatoide “que no se atendió a tiempo”:

*P: Pues sí, me ha dado medicamento que sí me ha servido, pero llega un determinado momento que mi cuerpo ya requiere de otro tipo de medicamento u otra dosis más fuerte. Un tiempo*

*me dieron medicamentos que me resultaron contraproducentes, me empezó a salir cabello aquí (señala su rostro, la parte de la mandíbula) tenía negro, negro de cabello, ahora sí que cuando me bañaban y me echaban crema se me pegaba el cabello. El hueso de aquí de la columna se me empezó a salir mucho ya tenía como una jorobita.*

(Instituto Nacional de Salud, mujer de 34 años, Distrito Federal)

La enfermedad ideada no en el cuerpo, sino en la mente. En la cultura occidental el hombre ha tenido una manera particular de mirarse, desde los griegos hasta los ilustrados franceses del siglo XVIII, se ha contemplado fragmentado. Cada parte constitutiva de su ser se ha concebido distinta; cuerpo y alma, cuerpo y mente, biología y sociedad.<sup>8</sup> Esta dicotomía se evidencia en el testimonio de un ex trabajador de una gasolinera en la ciudad de México, que después de ser varias veces asaltado de manera violenta y sufrir ataques de pánico, por recomendación médica, se cambió de trabajo y de ciudad:

*P: Fui con otro médico. Un médico que me dijeron que era muy bueno. Un día se me había subido la presión y me internó. Me hizo estudios de sangre, de SIDA y no sé de qué tanto y, pues todos salieron negativos. Me dice: “tú problema es completamente emocional. Salte de trabajar”, él fue el que me dijo que me saliera de trabajar, me dice: “Vete a provincia, relájate, trabaja en otra cosa”.*

<sup>8</sup> Sodi, C. M. (2005). “La fragmentación de lo humano. Historia de la dicotomía cuerpo-alma”. México: Tesis de maestría en Antropología Física. ENAH: 8.

(Instituto Nacional de Salud, hombre de 46 años, Distrito Federal)

La enfermedad concebida a partir de la relación destructiva de la paciente, con su pareja a lo largo de su vida en común, que ha terminado por generar disfunción en su familia, frustración, enojo e ira. Las consecuencias sirvieron para explicar la apendicetomía y posible Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) de la señora que esperaba ser dada de alta en el momento de la entrevista en profundidad:

*P: No tenía voluntad o sea perdí mi fuerza de carácter y voluntad ante mi esposo que es una persona muy posesiva, muy absorbente. Entonces dije ¿cómo es posible que he aguantado tanto, 22 años en lo mismo o peor? cada vez fue decayendo más y hasta ahorita la relación está muy fracturada. Pienso que todo esto me llevó aquí, al hospital, porque un día dije no voy a aguantar tanto coraje, tanta rabia que tengo dentro de mí, que no la saco y esa impotencia de no poder hacer una nueva vida o diferente. Son como frustraciones que va teniendo uno.*

(Hospital Federal de Referencia, mujer de 39 años, Distrito Federal)

Imaginario a partir de Tecnologías de Información y Comunicación (TICs). El testimonio ilustra ese reciente y cada vez más numeroso grupo de pacientes que en el país y en el mundo buscan información en la WEB antes de acudir a los servicios de salud. La información obtenida adicionada a la ya existente

conforma el nuevo discurso del “Paciente informado en internet”.<sup>9</sup>

*P: Lo estuve investigando en internet, pero aparte en cierta forma en muchas zonas áridas donde hace mucho calor, las personas son propensas a formar cálculos en el riñón y más porque no toman agua, no toman muchos líquidos, no se cuidan.*

(Instituto Nacional de Salud, mujer de 53 años, Distrito Federal).

Algunos, le atribuyeron a sustancias o agentes externo la alteración del correcto funcionamiento del cuerpo, hubo mención de picaduras de insectos o ingestión de medicamentos, ya fuera por su naturaleza tóxica, o por el volumen de ingesta de medicamentos, como lo expresó una mujer de mediana edad que esperaba ser operada, por presentar miomas:

*E: ¿Y cuáles cree usted que fueron las circunstancias por las cuáles surgió su enfermedad, méncioneme una?*

*P: Tomarme mucha pastilla anticonceptiva.*

(Instituto Nacional de Salud, mujer de 45 años, Distrito Federal)

Para otros, la enfermedad o padecimiento se explicó a partir de prácticas o hábitos poco saludables en la alimentación, la actividad física o en la vida social. Esta explicación fue usada a conveniencia, pues lo mismo resultó útil para

explicar enfermedades como leucemia, los cálculos renales o la gastritis:

*P: Yo fumaba dos cajetillas diarias de cigarros y cada tercer día me tomaba una botella de tequila de a litro, por eso me enfermé.*

(Instituto Nacional de Salud, hombre de 61 años, Distrito Federal)

Para varios, la enfermedad se reveló como resultado de una condición biológica-natural al funcionamiento del cuerpo, que habitualmente se asoció con la terminología médico científica. Los pacientes percibieron que algunos componentes o procesos del cuerpo se modificaron alterando su funcionamiento. De esta manera se explicaron enfermedades de tipo congénito, hereditario o genético, como el Síndrome de Down o problemas durante el parto, como fue el caso de una joven madre cuyo hijo presentó al nacer, “infección en la sangre”:

*P: Me dijeron que estaba muy baja de peso y que se me estaba pasando el parto. Se estaba poniendo amarillito, por lo mismo de que no comía, eso provocaba que se le bajara la azúcar.*

(Instituto Nacional de Salud, mujer de 19 años, Distrito Federal)

Aunque habitualmente, los pacientes atribuyeron una explicación racional o emocional a sus síntomas y padecimientos, en ocasiones las causas fueron desconocidas, sobre todo cuando aparecieron de manera inesperada y se agudizaron rápidamente:

*E: ¿Por qué pensó que se había enfermado?*

*P: No, pues yo dije quién sabe por qué me enfermé*

<sup>9</sup> LaCoursiere, S., Tish, M. y McCorkle, R. (2005). “Cancer Patients’ Self-Reported Attitudes About the Internet”. Toronto, Canadá; *Journal of Medical Internet Research*; 7(3): 22.

E: ¿No pensó que a lo mejor había hecho un coraje o alguna tristeza, decepción?

P: *Pues a lo mejor fue eso, pero la verdad es que quién sabe.*

(Instituto Nacional de Salud, mujer de 62 años, Distrito Federal)

### Diferencias por género

La concepción de la salud de las mujeres y los hombres es diferente y desigual. Diferente porque hay factores biológicos (genéticos, fisiológicos, anatómicos, etc.) y factores culturales, sociales, laborales y medioambientales que condicionan de forma distinta la salud y los riesgos de la enfermedad. Muchas veces, estos factores siguen invisibles debido a los patrones androcéntricos (la mirada masculina en el centro como medida de todas las cosas y como representación global) aplicados en las ciencias de la salud, es decir, a la visión de las enfermedades desde un punto de vista masculino. Desigual porque hay factores que en parte son explicados por el género y que influyen de una manera injusta en la salud de las personas, como son, según Rohlfs,<sup>10</sup> los patrones de socialización, los roles familiares, las obligaciones, las expectativas laborales y los tipos de ocupación, entre otros. En el cuerpo de las entrevistas se hallaron varios factores que se explicaron por el género.

Las mujeres utilizan en mayor proporción los servicios de salud que los hombres, se debe primordialmente a las necesidades derivadas de

su papel biológico en la reproducción, por su más alta morbilidad y mayor longevidad<sup>11</sup>. Por ejemplo, en el siguiente testimonio la usuaria aprecia el enfoque de género que encontró al ser atendida por problemas en la matriz:

P: *Aquí [en el hospital] son más pacientes, comprenden más el hecho de que eres mujer y tienes más ese tipo de problemas. Creo que se enfocan diferentes*

(Hospital Federal de Referencia, mujer de 48 años, Distrito Federal)

Los roles asignados se construyen desde la infancia a través de la crianza y la educación escolar, familiar y determinan las actitudes y conductas de hombres y mujeres en la sociedad.<sup>12</sup> Una de las asignaciones es que la mujer debe ser femenina y delicada, cuando este rol no se cumple, se trastoca la construcción esperada, tal como lo narra una paciente diabética que acudió a un INS:

P: *Mi esposo ya está empezando a entrar al aro, pero le ha costado mucho, él tuvo otra educación, es de pueblo. Eso no se usa allí, una mujer tiene un hijo y pues allá ella que lo tenga y es su obligación como mujer. Yo le cambié toda la vida a mi esposo, yo le digo: “Tú serías feliz si yo tuviera trenzas, tuviera mi gato a un lado, mi tejido y estar viendo la tele, haciendo tortillas”. Porque él así quería una mujer pero desgracia-*

<sup>10</sup> Rohlfs I., Borrell C., Fonseca M.C. (2000). “Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos”, España: *Gac Sanit*; 14 (3): 60-71.

<sup>11</sup> “La salud de hombres y mujeres ¿cuestión de sexo o género?”. (2006). Servicios de salud. *Periódico mural del Departamento de Salud Pública*. Año 3, núm. 1, agosto de 2006, FM. UNAM, en <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/periodico/shm/servicio.html>, consulta: 10 de agosto de 2012.

<sup>12</sup> Hatch, L. (1995). “Gray Clouds and Silver Linings: Women’s Resources in Later Life”. En: Freeman J, ed. *Women: a Feminist Perspective*. California: Mayfield Publishing Co: 180-199.

*damente se topó conmigo y yo soy todo lo contrario.*

(Instituto Nacional de Salud, mujer de 54 años, Distrito Federal)

Otro de los roles asignados socialmente e identificados en la investigación, hacía referencia a la fortaleza masculina. El hombre al interior de la familia tradicional debe ser el proveedor económico, le corresponde ser fuerte, no quejarse y aguantar el dolor; sin embargo cuando una niña de 17 años que estudiaba en tercer semestre de una carrera técnica en informática, describió el momento en que su padre se entera del diagnóstico de un síndrome que presentó, se desdibuja la asignación social esperada:

*P: Mi papá me llevó y me di cuenta que los hombres no eran tan fuertes como dicen. Porque a mi papá se le hizo un nudote en la garganta, no pudo evitar romper en llanto. Creo que yo fui la que le dijo que no era fuerte (ríe)... y que me iban a operar. Son un poquito más cobardes en lo físico, en el dolor.*

(Hospital Regional de Alta Especialidad, mujer de 17 años, Bajío)

### La manera de vivir socialmente la enfermedad

La enfermedad o padecimiento, con sus consecuencias y alcances, termina menoscabando la vida social del individuo y familia. La coexistencia con la enfermedad se expresó de varias formas: como un duelo o pérdida; como un desastre en la vida laboral; como una nueva oportunidad proporcionada por un ser divino y como afectación emocional.

Como un desastre para la vida laboral e íntima, el paciente vivió la enfermedad de acuerdo a la gravedad o incapacidad ocasionada, fue un evento muy serio porque se trató de una lesión en la médula espinal que provocó pérdida de sensibilidad al tacto, al calor y pérdida de funciones vegetativas de vejiga, intestino y función sexual:

*P: La reacción fue muy severa, tan severa que al inicio, sí me acabó la vida, tanto laboral como sexual y hasta no sé... como ser humano, te acaba todo en ese momento.*

(Instituto Nacional de Salud, hombre de 30 años, Distrito Federal)

A pesar de tratarse de un niño de 15 años que se hallaba internado por tener leucemia y haber sobrevivido, su madre presenta un testimonio que refleja la angustia ante la vulnerabilidad de la vida y la muerte, ante la cual ve una nueva oportunidad que le brindó un ser divino, a pesar del mal pronóstico de los médicos:

*P: La vida no la tenemos comprada, ahorita estoy hablando con usted y mañana puede no estar conmigo. Así es la vida, porque la verdad los doctores me habían dicho que en muy poco tiempo iba a morir pero gracias a Dios, que no fue así. Dios es muy grande y aquí está pero con esa enfermedad que tiene él, no se sabe.*

(Hospital Regional de Alta Especialidad, madre de 51 años, Tuxtla)

Se vió afectada emocionalmente. Los daños generados por la enfermedad sumados al abandono de su prometido, produjeron depresión en una maestra, como lo señala el testimonio:

*P: (llanto) Pues estoy en una situación un poco deprimente, muy deprimente, pero siempre hay que seguir. Tenía una relación de dos años, tenía planes de matrimonio y pues si él me hubiera dicho ya no te quiero me doy la media vuelta y me voy, pero fue por otra persona. Al mes que nos separamos se casó con ella, todo eso me pegó fuerte.*

*E: ¿Y eso hizo que te enfermaras peor?*

*P: Sí, imagínate no tenía ganas de vivir. Estaba enferma y no le hallaba sentido ir al doctor o echarle ganas en ese momento. Pero ahorita ya voy para adelante, mi trabajo me satisface mucho.*

(Instituto Nacional de Salud, mujer de 30 años, Distrito Federal)

### Reacciones ante los síntomas

Las reacciones que presentaron los entrevistados respecto a los síntomas iniciales fueron diversas, fluctuaron entre la sorpresa, negación, búsqueda de información hasta la indiferencia. Estas reacciones coinciden con otras investigaciones realizadas en el país.<sup>13</sup> Por ejemplo una usuaria al enterarse de su diagnóstico de parálisis en la mitad del cuerpo, se condujo de la siguiente manera:

*P: Me solté a llorar, le dije a la doctora que ya no servía para nada porque sin la mano, sin el pie y la mitad que iba a mover, ¿qué podía esperar? Dije: yo ya no sirvo para nada, empecé a*

*llorar a grito abierto y pues ella me dijo: “Cálmese, cálmese no le va a pasar nada, pronto se va a reponer”.*

(Instituto Nacional de Salud, mujer de 62 años, Distrito Federal)

En este sentido, también se encontraron actitudes diferenciadas por género, las mujeres reaccionaron atendándose con remedios caseiros, realizando dietas o ingiriendo medicamentos difundidos en los medios masivos de comunicación.

El grupo de los hombres, generalmente presentó una actitud de indiferencia. Sin embargo, cuando lo consideraron necesario, debido a la gravedad de los síntomas, buscaron otras opiniones, entre ellas la de una mujer cercana que hizo las veces de asesora en el manejo de los síntomas; esta condición es común en el mundo de los pacientes con enfermedades crónicas y agudas,<sup>14</sup> como lo ilustra el testimonio de un trabajador del campo cuya enfermedad se complicó al no asistir a atención médica cuando aparecieron los primeros síntomas:

*P: Como a los dos años y medio empecé a ir al pueblo, allá, a los médicos del pueblo, porque no se me hacía tan grande el problema (pancreatitis), o tan grave.*

(Hospital Regional de Alta Especialidad, hombre de 41 años, Yucatán)

Cuando aliviaron sus síntomas iniciales, continuaron administrando los remedios, dietas o medicamentos sugeridos, esperando que se convirtieran en una solución final, hasta que

<sup>13</sup> Kuthy, M.I. (1993). “El paciente terminal y su familia.” *México: Revista del Residente de Psiquiatría*. Instituto Mexicano de Psiquiatría; 4(2): 22-25.

<sup>14</sup> García, M. (2005). *Cuidados de salud, género y desigualdad*. Granada: Publicaciones de la Escuela Andaluza de Salud Pública; 5(3): 23-42.

desaparecieron o se agravaron. Al inicio, se recurre al uso de remedios caseros (tés, herbolaria, masajes) y a la automedicación (resultado del bombardeo publicitario de los medios masivos de comunicación), como primera acción a nivel familiar, esta terapéutica generalmente, es un saber femenino, (figura 2.6).

Entre los remedios caseros más comunes mencionados, se encontraron los tés y las infusiones:

E: ¿Qué le daban?

P: *Una hierbita que se llama cinco negritos que es para la próstata.*

(Hospital Regional de Alta Especialidad, hombre de 60 años, Tapachula)

Otra estrategia mencionada por los informantes fueron las dietas, aunque existió una

gran variedad, el grupo entrevistado tuvo preferencia por aquellas con productos naturales:

P: *Llevaba una dieta de ajo con nopales y no sé que más pero me cansé y la dejé. Me volví más vegetariano definitivamente...*

(Instituto Nacional de Salud, hombre de 48 años, Distrito Federal)

Fue común el uso de medicamentos básicos, productos farmacéuticos de amplia difusión en la televisión o la radio. En el testimonio se presentó el caso de un joven que sufrió un accidente en motocicleta y después de varias horas, asistió al servicio de urgencias de un Instituto Nacional de Salud:

P: *Pensé que había tenido nada más las magulladuras, la chamarra sí se rompió, pero bueno es normal. Mi mamá me recomendó que tomara*

Figura 2.6



Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas en profundidad, 2010

*Flanax y estuve tomándolo, pero mejor me fui al hospital.*

(Instituto Nacional de Salud, hombre 34 años, Distrito Federal)

Las cifras cuantitativas complementaron sobre la importancia y el uso que hace la población mexicana de las medicinas alternativas, se halló que 619 usuarios, que representaron 28.4 % del total, utilizaron las siguientes modalidades: herbolaria (15%), homeopatía (11%), huesero (10%), sobador (9%) y acupuntura (7%), curandero (3%) y 1% fue partidario de la magnetoterapia, naturismo, cama terapéutica, aromaterapia, microdosis, electrodos, quiropráctico, meditación, yoga, iridología y metafísica.

Los pacientes pediátricos fueron tratados de manera diferente. Las mujeres se erigieron como las principales responsables de vigilar la sintomatología y trataron en todo momento de evitar la automedicación. En estos casos, los padres asumieron que los infantes deberían ser atendidos médicamente, como ocurrió.

En general, hombres y mujeres reaccionaron ante la aparición de los primeros síntomas presentados, la atención primera y la automedicación fueron dadas a partir de la experiencia femenina (abuelas, madres o tías). En los casos de pacientes neonatos, la figura de la abuela cobró mayor relevancia como guía en el manejo de la enfermedad, sobre todo cuando los padres eran adolescentes, ella supervisó los síntomas y acompañó a la nuera en la búsqueda de atención.

### Afectación en la familia

La aparición y desarrollo de una enfermedad ya fuera aguda, grave, crónica o terminal, en cualquiera de los miembros de la familia, represen-

tó un serio problema en su funcionamiento, esta alteración se consideró como una crisis debido a la desorganización que produjo y que terminó por impactar a cada uno de sus miembros, aspecto estudiado recurrentemente por la medicina familiar en el país.<sup>15</sup> El conflicto fue percibido como un conjunto de cambios que afectaron tanto a nivel individual, como en el grupo familiar.

En lo individual, los cambios percibidos se relacionaron con cuatro aspectos: afectaron al usuario enfermo, perturbaron las actividades laborales o escolares, inquietaron el aspecto emocional y en la identidad.

En cuanto al usuario enfermo, los hombres vieron alteradas varias actividades como la alimentación, el dinamismo físico y la socialización. En las mujeres, se afectó la capacidad para realizar tareas domésticas, lo que representó un factor de cambio en sus actividades diarias. En los siguientes testimonios se ejemplifican estas experiencias:

La alimentación fue el aspecto que se modificó de manera drástica:

*P: Cambió completamente, ahora mi dieta es básicamente sin sal y sin grasa.*

(Instituto Nacional de Salud, hombre de 61 años, Distrito Federal)

La actividad física fue una limitante que terminó afectando la realización de las labores cotidianas, como el caso de una mujer a la que se le detectó un aneurisma y los especialistas le recomendaron quietud:

<sup>15</sup> Fernández, M. A. (2004). "El impacto de la enfermedad en la familia". México: *Revista. Facultad. Medicina. UNAM*; 47 (6): 251-254.

*P: Siempre he sido muy activa, pero cuando supe mi problema tuve que bajarle a las pilas... Por mí y por mi esposo, porque si sigo teniendo el ritmo que llevaba me puedo quedar en cualquier momento.*

(Instituto Nacional de Salud, mujer de 52 años, Distrito Federal)

La limitante en la actividad física, va acompañada, frecuentemente con menor asistencia a eventos sociales, como le ocurrió a un joven de 21 años que realizaba actividades deportivas y musicales; después de detectársele una infección en el oído, empezó a abandonarlas:

*P: Como a las 8 ó 9 am, me salía a correr, había por ahí unos tubos, me salía a hacer ejercicio para estar bien para el fútbol. Tengo asesorías ahí en la prepa los martes y jueves, entro a las 10 y salgo 1:30. Ahora no, ya no me puedo subir a cantar, y cuál ejercicio, apenas empiezo a trotar un poquito y siento un pulso en el oído.*  
(Instituto Nacional de Salud, hombre de 21 años, Distrito Federal)

La inasistencia de los pacientes a las actividades laborales o a las escolares, repercutió de manera importante en la economía del grupo, así como en la aprobación del año académico en curso. La mayoría de los pacientes y familiares entrevistados fueron de nivel socioeconómico bajo, por lo que la atención del padecimiento o el acompañamiento de alguno, se tradujo en pérdidas económicas significativas. En ocasiones el impacto económico que implicó la atención médica generó angustia en el paciente, cuando trabajaba:

*P: Como ya no trabajo, me estancé ahí. Estoy haciendo otras cosas y me han dicho que sigo*

*siendo la misma, pero siento que por no trabajar ya no estoy completamente bien.*

(Instituto Nacional de Salud, mujer de 45 años, Distrito Federal).

También se presentaron cambios en la vida cotidiana cuando el paciente estudiaba y realizaba actividades escolares, como le ocurrió a una joven de 17 años que después de ser intervenida quirúrgicamente, dejó de hacer acciones como nadar:

*P: Ahí por donde vivo, me iba a nadar, a natación y me lo contaban como actividad deportiva en la escuela y después me operaron y me lo prohibió el doctor.*

(Hospital Regional de Alta Especialidad, mujer de 17 años, Bajío)

Los cambios emocionales ocurridos en los pacientes se dieron en dos sentidos, fueron negativos, cuando los síntomas y el diagnóstico no fueron lo esperado, cuando la enfermedad se agudizó y se estigmatizó socialmente<sup>16</sup> o cuando se afectó a uno o varios miembros de la organización familiar. Por ejemplo, los cambios afectaron a las hijas de una madre de familia y usuaria de los servicios médicos de un Hospital Federal de Referencia:

*P: El no estar con mi familia ocasionó que nos distanciáramos, cada quien empezó a tomar su vida muy diferente. Mi niña, la de la secundaria, se volvió como amargada, también es parte del reflejo de lo que yo tenía. La grande tal vez no tanto porque como trabaja y sale, pero la chiquita, sí fue la que se afectó más.*

<sup>16</sup> Goffman, E. (1970). *Estigma*. Buenos Aires: Amorrortu.

(Hospital Federal de Referencia, mujer de 48 años, Distrito Federal)

Por otra parte, fueron positivos cuando se percibió mejora en la condición médica y en la calidad de vida.<sup>17</sup> Un cambio positivo se puede apreciar en este testimonio de una mujer mayor, que fue operada de uno de sus pies:

*P: Camino despacito y toda chuequita, pero bien, no necesito bastón, pero saliendo a hacer una caminata, sí me canso mucho.*

(Hospital Federal de Referencia, mujer de 79 años, Distrito Federal)

Respecto al cambio de identidad, ocurrió cuando la enfermedad limitó de manera drástica la movilidad del paciente o cuando percibió una situación de vulnerabilidad, que reconfiguró la idea de sí mismo, a partir de la construcción social de lo que se espera de la enfermedad.<sup>18</sup> Este cambio surgió a partir del desarrollo mismo de la enfermedad o como causa del tratamiento experimentado. La formulación de una nueva auto percepción, tuvo lugar a partir de la experiencia subjetiva de la enfermedad y de su elaboración racional

A nivel familiar se percibieron varios cambios. Se requirió reorganizar el tiempo, los roles asignados y las tareas. Además de que los recursos familiares disminuyen tras una enfermedad, sobre todo cuando el afectado, aportaba económicamente, los miembros restantes

tuvieron que organizarse para reunir los recursos necesarios.<sup>19</sup>

Cuando la enfermedad demandó gastos de manera periódica o desembolsos considerables, la familia en conjunto, estuvo obligada a hacerse cargo de los pagos de servicios y tratamientos médicos, así como de compensar la disminución de ingresos por parte del pariente enfermo. En estos casos, los familiares generaron estrategias para compensar el ingreso mediante trabajos temporales, venta de productos, o endeudamiento. En los siguientes testimonios se muestra, cómo lo expresaron los entrevistados:

Cuando el esposo se desempeñaba como proveedor económico enfermó, la esposa se vio obligada a laborar para hacerse cargo de los gastos de la casa, situación por la que pasó esta familia capitalina:

*P: Yo le ayudo. Lo que pasa es que ella no trabajaba, pero, pocos días antes de que yo me accidentará, (su esposa) empezó a trabajar. Ahora ella ayuda para los pasajes de mis hijos de la escuela, porque los dos estudian. Lo poco que me pagan es para ir juntando para venir acá, para pagar la luz, lo básico del domicilio.*

(Instituto Nacional de Salud, hombre de 46 años, Distrito Federal)

Una estrategia utilizada principalmente por las mujeres, fue complementar el trabajo de ama de casa con la venta de productos o la realización de oficios domésticos.

Otra alternativa ante la disminución de los recursos al interior del grupo familiar fue soli-

<sup>17</sup> Libertad, M. A. (2003). "Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad". Cuba: *Revista Cubana Salud Pública*; 29(3):275-81.

<sup>18</sup> Parsons, T. (1964). *Social Structure and Personality*. New York: Free Press of Glencoe.

<sup>19</sup> Herrera, S. P. M. (2000), "Rol de género y funcionamiento familiar". *Revista Cubana Medicina General Integral*; 16(6): 568-73.

citar dinero prestado para sufragar los gastos generados en la atención médica. Una situación tan común entre la población mexicana de escasos recursos que el Sector Salud acuñó el término “gasto catastrófico” para explicar el problema:<sup>20</sup>

*P: Ya se nos acabó la medicina y el dinero, nos quedamos otra semana en casa y seguía igual. Me dice mi esposo voy a pedir prestado dinero, se endeudó.*  
(Hospital Regional de Alta Especialidad, mujer de 43 años, Tapachula)

El acompañamiento y cuidado de la familia hacia el enfermo tuvo implicaciones en la organización del tiempo, ya que dependiendo del número de visitas, la duración de la hospitalización, el tipo de tratamiento, la gravedad de la enfermedad y la atención que demandó el enfermo, terminaron por alterar la rutina familiar.<sup>21</sup> En este sentido, la familia tuvo que modificar la forma del uso del tiempo, ajustando sus horarios a las demandas y necesidades del enfermo. Las modificaciones fueron más o menos drásticas en función de las responsabilidades que tenía cada familiar, en el caso de los parientes solteros o sin hijos, fue obligatoria la disposición de su tiempo.<sup>22</sup> El caso de una paciente con miomas que debió asistir de urgencia a un hospital lo ejemplifica, ya que el evento

afectó los tiempos y actividades de la hermana, la nieta y la hija:

*P: Me fui a la casa, me volví a bañar y a las cuatro me acompañó mi hermana, dejamos a mi nieta con mi mamá y se le avisó a mi hija lo que me tenía que hacer porque el sangrado no se me podía detener.*  
(Hospital Federal de Referencia, mujer de 48 años, Distrito Federal)

Cuando la atención al familiar enfermo fue necesaria, se identificó un proceso de negociación en los roles y las tareas, evaluando el costo-beneficio de la participación de los integrantes en el proceso de atención médica, tratando de mantener en la medida de lo posible, la dinámica familiar habitual. Ante la enfermedad de un hombre, se asumió que alguna mujer fuera la designada para el cuidado, en tanto que en el caso de las mujeres, enfrentaron de manera independiente, el proceso. Una mujer con displasia que acudió a una prueba de papanicolaou, aprovechó el acompañamiento del hijo soltero ya que el mayor trabajaba y a la otra hija soltera no se le permitió el ingreso, por ser menor de edad:

*P: Luego le agradezco a mi hijo que me acompañó, el otro no vino porque va a trabajar. Está a prueba, y cuando están a prueba si faltan los despiden de su trabajo. El único que me acompaña es él (hijo de 18 años), la niña quería estar aquí, pero no la dejaron entrar.*  
(Instituto Nacional de Salud, mujer de 42 años, Distrito Federal)

La afectación familiar, asimismo, se hizo evidente, cuando desde el apartado cuantitativo se indagó sobre la unión familiar, cuando

<sup>20</sup> México. Secretaría de Salud. Desempeño de los sistemas de salud. (2002). *Gastos catastróficos por motivos de salud*. Salud-México; 170-171.

<sup>21</sup> Espinosa A. J. M. (2005). “La enfermedad y familia”. *Medicina de Familia (And)*; 5(3): 38-47.

<sup>22</sup> Meneses, A. y Gomes A. (2009). “Sentimientos, sentidos y significados en pacientes de hospitales públicos en el noreste de Brasil”. Bogotá. Colombia: *Revista Salud Pública*; 11(05): 754-765.

irrumpió la enfermedad: 42% afirmó estar más unida, 50% igual que antes de que apareciera la enfermedad, 6% mencionó estar menos unida que antes y 2% no sabe o no respondió. Los datos reportados nos dan la magnitud del problema: 48%, cerca de la mitad, vio afectada la unión familiar.

### Concurrencia previa a las unidades médicas

Al agudizarse y evolucionar los primeros síntomas o malestares, los afectados acudieron a unidades de primer y segundo niveles de atención, tanto de instituciones públicas (Unidades de Medicina Familiar del IMSS, Clínicas de Medicina Familiar del ISSSTE, consultorios urbanos o rurales de la Secretaría de Salud) como privadas (consultorios y hospitales), ubicadas generalmente cerca de sus domicilios. A medida que se agravaron, se fueron alejando geográficamente, para buscar opciones en ciudades lejanas.

Este acercamiento inicial con el sistema de salud mexicano, se caracterizó, en la mayoría de las veces, por la repetida concurrencia a instancias sanitarias que produjeron un cúmulo de diagnósticos y tratamientos equivocados que a su vez, generaron gastos que no contribuyeron a restaurar la salud, pero terminaron por afectar las menguadas economías familiares.

También recurrieron a hospitales particulares costosos, como le ocurrió a una mujer hospitalizada en un Hospital, Federal de Reforma:

*P: Pues te digo, me dijeron vamos a llevarte a... pero primero me llevaron a un doctor ahí de los particulares y pues el doctor dijo que necesitaba hospitalización y creo él tiene una clínica, pues*

*marcamos para ver cuánto cobraba el día de hospitalización y pues cobraba \$3 200 el día. (Hospital Federal de Referencia, mujer de 58 años, Distrito Federal)*

La primera opción al inicio de sus padecimientos, cuando tenía la fortuna de tener derechohabiencia, fue el IMSS:

*P: Lo primero que hice fue ir a consulta al Seguro. (Hospital Regional de Alta Especialidad, mujer de 62 años, Tamaulipas)*

O cuando acudió al primer nivel de la Secretaría de Salud:

*P: Lo que pasa que yo iba al centro de salud del pueblo, me decían es tú gastritis, tómate magnesio, aluminio de zinc, e inclusive me dieron tratamiento para la gastritis, en el pueblo, pero nunca fue eso, eso fue de vesícula. (Hospital Regional de Alta Especialidad, hombre de 75 años, Yucatán)*

### Toma de decisiones

Los malestares y síntomas continuaron acrecentándose, hasta que llegó el momento en que la familia tomó la decisión de acudir a un lugar confiable para la atención. Los malestares ya se habían iniciado cuando aparecieron los primeros síntomas, en esta primera fase las mujeres administraron remedios caseros y algunos medicamentos que no requerían de receta y finalmente visitaron, en promedio dos médicos de unidades del primer nivel de atención (centros de salud y clínicas) cercanos a sus domicilios.

En tanto que los hombres minimizaron los presagios, se “aguantaron”, tomaron en cuenta la

opinión de “las mujeres de la casa” (mamá, esposa e hijas) para medicarse y acudir, en promedio a un médico, ante la agudización de los síntomas. Pasado el tiempo, fueron las mujeres quienes tuvieron el gran peso en la decisión de acudir a una instancia especializada: “el hospital de la Secretaría de Salud” la opción de la población no derechohabiente:

*P: Íbamos al centro de salud y nos daban cositas allá para remediar, pero cuando empecé a venir a acá ya lo platicué a más detalle con mi esposa, fue cuando ya me dijo vamos no puede seguir esto así no vaya a ser algo más grave y ya no se puede hacer nada cuando ya te vean, fue que ya decidimos venir aquí con un especialista, nos enteramos de este hospital, te aceptan lo que es el seguro popular, vamos ahí.*

(Hospital Regional de Alta Especialidad, mujer de 35 años, Yucatán)

Ya dentro del espacio hospitalario, se continuaron tomando decisiones oportunas. A partir de los testimonios, se percibieron dos grandes momentos. En el primero, cuando algún miembro de la familia fue hospitalizado, la decisión fue de la pareja y los hijos. El segundo momento, cuando ya dentro las pruebas diagnósticas indicaron que el paciente se debía hospitalizar, intervinieron igualmente pareja e hijos, o cuando en la dinámica institucional los pacientes/familiares debieron firmar un “consentimiento” que autorizó al hospital a tomar decisiones de carácter clínico o quirúrgico, como lo reportó la paciente de consulta externa:

**E: ¿Cuánto tiempo pasó esa vez que la doctora la ve y hasta la operación?**

*P: Mes y medio. Me dio fecha, me puso en el carnet, vine a verla, se interna el 24 de agosto y el 25 es cirugía. Me hizo firmar un papel, una responsiva de que si no se podía por abajo, por termofusión o sea vaginal iban a ir a mi abdomen. Yo estaba firmando que estaba de acuerdo con el procedimiento.*

(Hospital Federal de Referencia, mujer de 40 años, Distrito Federal)

Posteriormente, hombres y mujeres dieron continuidad a sus tratamientos, como se ilustra en la figura 2.7.

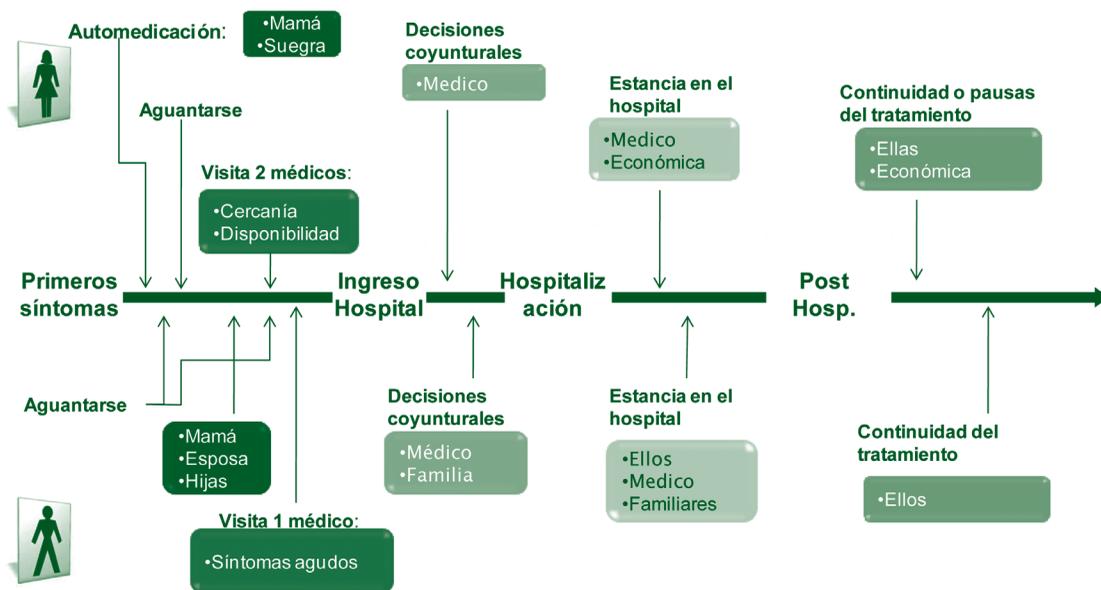
En el proceso de toma de decisiones fue notable la influencia de la figura femenina, su cercanía con el autocuidado y la protección de la salud; en la cultura mexicana y latinoamericana en general, la mujer es el eje principal para decidir en la atención de la salud. Son acuerdos que se toman en familia, pero son las figuras femeninas como la madre, esposa, hijas, suegra, nuera, hermana o tía, las más influyentes.<sup>23</sup>

### Experiencias, expectativas y satisfacción percibida

El proceso en la toma de decisiones, llevó a reflexionar respecto a las experiencias vividas por usuarios, acompañantes y familias en los pormenores de la fallida atención médica, ya que entre la aparición de los primeros síntomas y el periodo de agudizamiento de los padecimientos, acudieron a médicos e instancias

<sup>23</sup> Jofré, V. A. Viviane. Mendoza, S. (2005). “Toma de decisiones en mujeres cuidadoras informales”. Chile: *Ciencias y Enfermería*: 11(1):37-49; Mendoza, P. Sara; Jofré, V. A. Viviane; Valenzuela S., Sandra. “La toma de decisiones en salud y el método conceptual de Otawa.” *Investigación y Educación en Enfermería*: 24(1): 86-92, 2006.

**Figura 2.7**  
Toma de decisiones



Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas en profundidad, 2010.

del primer nivel y segundo nivel de atención, tanto públicos (para población asegurada y no asegurada) como privados (hospitales privados y del IMSS e ISSSTE). Es lo que Gadamer<sup>24</sup> menciona como una experiencia auténtica (hermenéutica) que está caracterizada negativamente, es decir, se adquiere experiencia sobre algún aspecto cuando nos damos cuenta de que no es como habíamos pensado. Después del fracaso del sistema de salud, ejemplificado por idas y venidas por clínicas, centros de salud y hospitales, los informantes conocieron mejor ese objeto llamado “atención médica”. La experiencia transformó su saber acerca de la misma: debían buscar otra opción que les diera la solución a un problema muy costoso que, además los limitaba física, emocionalmente y afectaba a la familia. La opción fue la atención especializa-

da proporcionada por los hospitales de la Secretaría de Salud.

Vivieron una experiencia auténtica porque aprendieron que todo lo ocurrido en el pasado, sobre la manera como fueron atendidos y diagnosticados sobre sus enfermedades o padecimientos, no fue como debía ser, debían evaluar la distancia que se establecía entre lo que ocurrió y lo que esperaban que pasara. En otras palabras, este espacio de experiencias generaría un futuro de expectativas que se darían durante los acontecimientos ocurridos en los tres tipos de hospitales, que se inician en el siguiente apartado.

La discrepancia entre experiencias y expectativas radicó en el tiempo, donde se entrecruzó pasado y futuro. La experiencia se constituyó en el pasado, formando el llamado “espacio de la experiencia” que es la suma de todas las vivencias que hemos descrito en el modelo llamado *Itinerario de la atención médica* (ver Modelo I), don-

<sup>24</sup> Gadamer, H. G. (1977). *Verdad y método*. Salamanca: Sigueme.

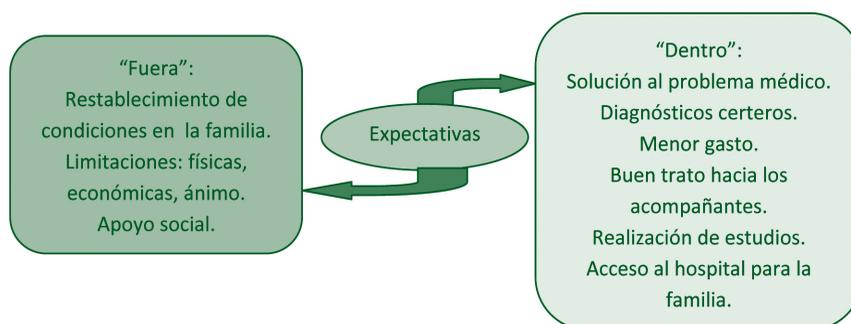
de ocurrieron las vivencias previas al momento en que acudieron a la atención médica en los hospitales donde los encuestamos y entrevistamos, y también las vivencias acaecidas en el llamado *itinerario de la atención hospitalaria* (ver Modelo II). Las expectativas son complementarias y asimétricas a las experiencias, conforma el llamado “horizonte de la expectativa” que es el proceso cognitivo que se dio cuando se les preguntó a los usuarios por el futuro. Este horizonte señala la dirección donde se abren nuevos espacio de experiencias.

¿Qué aprendieron usuarios y acompañantes? Que sus problemas de salud no se habían solucionado y debían buscar una opción especializada, en instituciones públicas de salud, que fuera de prestigio y sobre todo accesible a su cualidad de población abierta o no derechohabiente. Estas instituciones fueron indudablemente del sector salud, representadas por los hospitales de la Secretaría de Salud.

Más que discrepancias entre experiencias y expectativas, se crearon tensiones que provocaron reacomodo y modificación en las experiencias, donde se expresó la simultaneidad entre lo viejo y lo nuevo. Las tensiones halladas fueron:

1. Las expectativas rebasaron los límites físicos del hospital e invadieron la esfera familiar y social de los usuarios en la atención médica. Dentro del hospital esperaron solución al problema por el cual acudieron, obtuvieron diagnósticos que minimizaran la incertidumbre al desconocerlos. Realizaron menos gastos en medicinas e insumos relacionados con la atención, confiaron en que sus acompañantes recibieran buen trato por las autoridades y supusieron que se les realizarían más estudios. Una de las fortalezas de esta investigación fue complementar las expectativas esperadas “dentro” del hospital, con las que estaban “fuera”, de los muros hospitalarios, generalmente en las esferas más abstractas como las familiares y sociales, relacionadas con las preocupaciones del usuario y apoyo social (figura 2.8).
2. El abismo entre experiencia (pasado) y expectativas (futuro) se volvió mayor, ya que la solución del problema por el que acudieron a la atención especializada, aún no se resolvió. En el caso de los pacientes crónico-degenerativos no hay

Figura 2.8



Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas en profundidad, 2010.

término, solo control de la enfermedad con la que vivirán el resto de sus vidas.

3. Las experiencias, ligadas al tiempo, en situaciones concretas al cuerpo físico y a los afectos, debe pensarse desde la subjetividad porque hablamos de un individuo sufriente, expuesto, vulnerable e impotente en un sistema de salud donde se vive y se muere.

La satisfacción, fue una valoración hecha a partir de la percepción del bienestar subjetivo de los informantes, que desde las dos metodologías, fue alto. Esta apreciación se explicó por la llamada “Paradoja de las aspiraciones” que es un punto de vista subjetivo como un nuevo ángulo para responder una pregunta recurrente en debates sobre gobiernos, empresas y organizaciones: ¿Por qué las poblaciones latinoamericanas, que sufren continuos y crecientes deterioros en su calidad de vida, se sienten satisfechas y optimistas en relación con tal condición y son benevolentes con los que se las procuran?

Según los resultados del estudio, realizado por el Banco Internacional de Desarrollo (BID), apoyado en la Encuesta Mundial de Calidad de Vida de Gallup durante 2007 en 20 países de América Latina, la respuesta está en el desfase que se da entre estas personas y su realidad en términos de calidad de vida y en los patrones psicológicos, sociales y culturales que determinan estas percepciones sobre sí mismos y sobre la sociedad.

Así pues, percepciones y valoraciones son variables subjetivas, con un enorme peso específico, que determina la elección de modos de vida y de gobiernos, así como la construcción de aspiraciones, estas variables deben conside-

rarse a la hora de diseñar, impulsar o apoyar una intervención en el ámbito social.<sup>25</sup>

Los resultados de la investigación, al igual que las obtenidas por el BID, revelaron que los individuos son más benignos cuando califican sobre sí mismos que sobre los demás o sobre la sociedad, y los estratos más pobres muestran más benevolencia que los ricos en sus opiniones sobre las políticas públicas, lo que constituye una “paradoja de las aspiraciones”, pues mientras peores son sus condiciones materiales, más satisfechos están con los gobiernos y más felices con su calidad de vida.<sup>26</sup>

Este concepto, igualmente se aplicó cuando se indagó sobre la alta satisfacción percibida en la investigación llevada a cabo en los 19 hospitales ubicados en cinco ciudades del país. El grupo, cuyo ingreso mensual osciló entre menos de 1 600 y 3 250 pesos mexicanos, donde cerca de la mitad (48%) presentó escolaridad de primaria completa y truncada, fue generoso cuando calificó la satisfacción recibida por las instituciones sanitarias a pesar del cúmulo de experiencias clínicas fallidas.

La satisfacción expresada en el plano cognitivo del bienestar subjetivo, se explicó en eventos del corto plazo, donde se relacionó con aspectos específicos de la vida, como la atención médica que en el Modelo II comprendió el *Itinerario de la atención sanitaria*. Los aspectos específicos pueden ser permanentes cuando satisfacen los llamados “dominios de vida”, o transitorios, temporales como por ejemplo, los eventos ocurridos en el *Itinerario de atención hospitalaria*, donde usuarios y acompañantes experimentaron la vida como un todo, una ex-

<sup>25</sup> Lora, E. (coord.)(2008). *Calidad de vida más allá de los hechos*. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Fondo de Cultura Económica.

<sup>26</sup> *Ídem*, caps. 1 y 2.

perencia pico, porque su cualidad de población de bajos recursos obligó a individuos y familias a vivir al día en función a la irrupción de la enfermedad. Se tiene entonces lo que se llamó “Paradoja del usuario satisfecho”, que percibió alta satisfacción en la atención sanitaria, como se describe en el Modelo II

A nivel nacional se han desarrollado investigaciones relacionadas a la satisfacción desde la perspectiva de los usuarios. Infante generó un modelo que dio cuenta de la construcción social de la insatisfacción con la calidad de la atención médica manifestado en las quejas, que involucra la manera como entienden la atención médica recibida; los patrones conformados por las características de los sujetos, los contextos; el proceso a través del cual los usuarios identifican los problemas en la atención; la trayectoria para llegar a la manifestación formal de la insatisfacción con la calidad de la atención médica recibida y los efectos que generó la mala calidad de la atención recibida. Además de coadyuvar en el mejoramiento de la atención de las quejas, en especial en sus procedimientos de recepción de quejas, en su sistema de información.<sup>27</sup> También se han desarrollado trabajos sobre percepción de los pacientes,<sup>28</sup> desde contextos institucionales, concernientes a los derechos de los usuarios,<sup>29</sup> eficiencia en las organizaciones<sup>30</sup> y en la relación médico paciente.

<sup>27</sup> Infante, C. C. (2006). “Quejas médicas. Insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica”. México: ETM.

<sup>28</sup> Finkler, K. Correa, M. (1996). “Factors Influencing Patients Perceived Recovery in México”. Gran Bretaña: *Social Science & Medicine*, El Seiver: 42(2):199-207.

<sup>29</sup> Moctezuma, B. G. (2000). *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*. México: Cámara de Diputados-UNAM:162.

<sup>30</sup> Ruelas, E. Querol, J. (1994). *Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud*. México: Economía y Salud,

## ITINERARIO EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

En esta travesía presentamos el análisis y la interpretación a partir de los relatos, historias, ocurridos desde que usuarios y acompañantes iniciaron la atención especializada en los hospitales, hasta el momento en que se dieron por terminadas las intervenciones para recabar datos sobre la solución del problema por el cual acudieron a los diversos hospitales. Los usuarios justificaron los inconvenientes que se presentaron para acudir a las instancias apropiadas, como lo mencionó esta paciente:

*P: Qué otra cosa diría... pues que está muy lejos, pero pues que vale la pena venir, vale la pena hacer el esfuerzo de venir a las 5 ó 6 de la mañana para sacar tu ficha, pues está de por medio tu salud, y los cambios que he tenido personalmente han sido mejorables y que lo recomiendo ampliamente.*

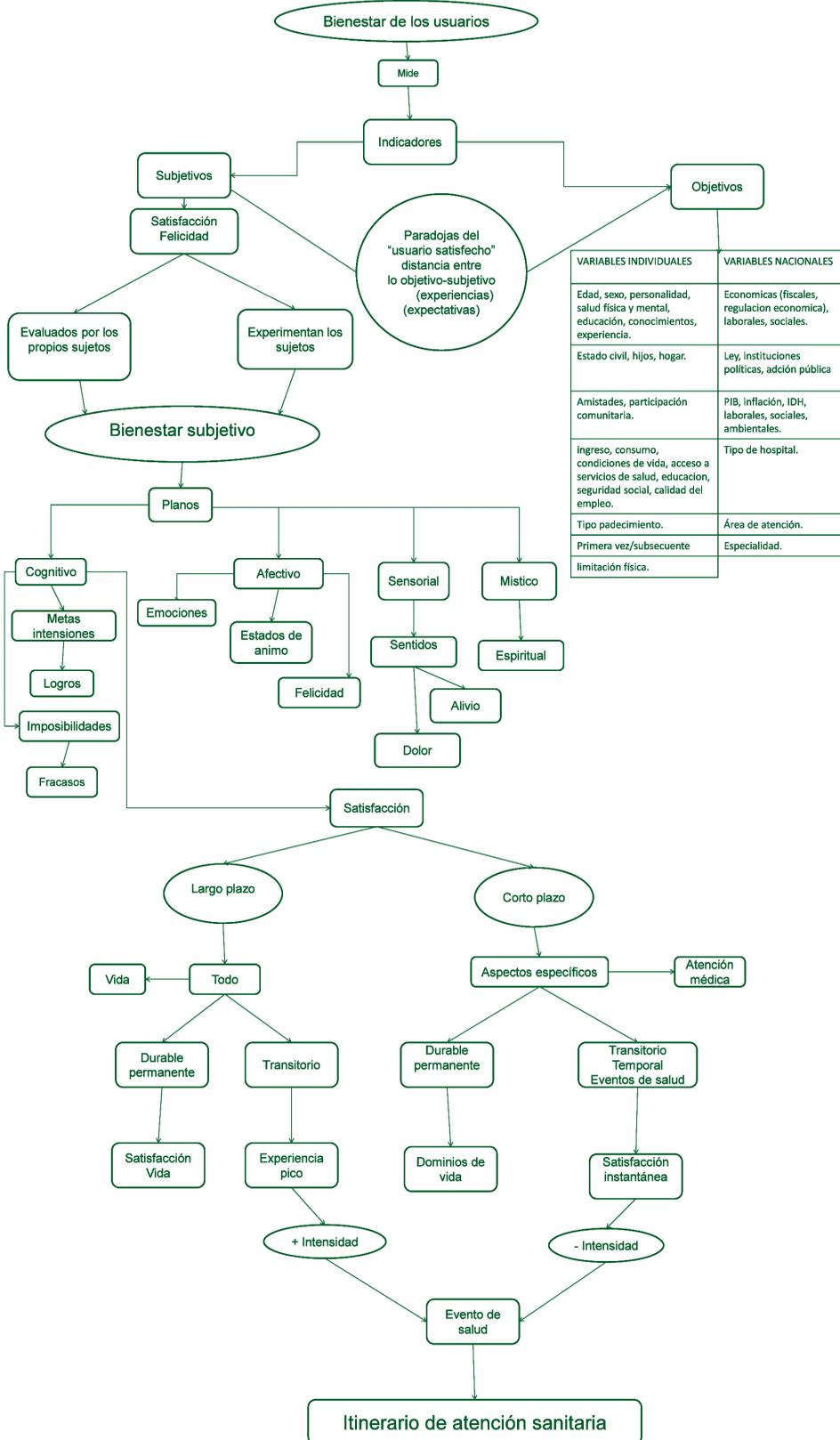
(Instituto Nacional de Salud, mujer de 60 años, Distrito Federal)

## El tránsito hacia la atención especializada

Posterior a la llegada, siguió una fase de tránsito hacia la atención especializada. Los encuestados(as) y entrevistados(as) se dividieron en dos conjuntos, por un lado, los pacientes atendidos en los servicios (consulta externa, hospitalización y urgencias) y otro, minoritario, conformado por los no atendidos, un grupo

documentos para el análisis y la convergencia. Fundación Mexicana para la Salud. 6.

# Modelo II



que dio testimonios y apreciaciones relacionadas con la negación del servicio.

### Pacientes no atendidos

Los pacientes no atendidos el día que asistieron al hospital, modificaron su rutina. Tuvieron que levantarse más temprano, dejar listos los oficios de su casa, conseguir a un familiar o alguien que les cuidara a los niños o pedir permiso en el trabajo. Posteriormente, realizaron varios trámites, como comprobar que no contaban con otro seguro médico, que es un requisito para ser aceptado, así lo verificó una acompañante de un usuario no atendido:

*P: La señorita que me recogió los papeles es amable, el único problema es que la hacen a uno dar muchas vueltas con eso de comprobar que no tiene uno Seguro ni nada, y luego vuelve a venir para que vean los papeles y que revisen a la niña a ver si la admiten y luego venir a que le hagan a uno un estudio socioeconómico o algo así me dijeron cuando vine por informes. (Acompañante mujer de paciente no atendido, Instituto Nacional de Salud).*

Al llegar al hospital esperaron durante varias horas ser atendidos, en algunos casos les proporcionan solamente una valoración para después referirlos a otro centro de salud, hospital o instituto; la mayoría de las veces, estos pacientes no cumplían con los criterios para ser atendidos dentro del hospital. Otra razón de rechazo fue la falta de espacio por lo que se les refirió a otro centro. Algunos pacientes fueron dados de alta de los servicios del centro de atención cuando aún no les correspondía.

El servicio fue negado por diversos motivos: por puntualidad del paciente, por no

traer el carnet o documentación completa. El usuario se sintió como no atendido, si no se le proporcionó tratamiento para la enfermedad en la fecha establecida, así lo narró esta paciente:

*P: Yo tenía una cita a las 12 del día, pero tuvimos un contratiempo en el trabajo y no me pude salir antes, llegué tarde. Sabía que tenía una cita y por cuestiones de trabajo se retrasó. Llego y les trato de explicar a las señoras estas y les vale madres.*

(Mujer no atendida de 24 años, Instituto Nacional de Salud).

La negatividad del servicio por lo general la dio el personal administrativo y las enfermeras; en menores casos, el médico especialista. Los pacientes antes de llegar a ser atendidos por el especialista pasaron por varios filtros como lo son páginas de internet, personal administrativo, enfermeras y el médico que los valora en un primer momento.

*P: Es malo en sentido en el trato que te dan, las personas de administración.*

(Mujer no atendida de 24 años, Instituto Nacional de Salud).

Los sentimientos generados por el rechazo fueron enojo, impotencia, coraje, desolación, frustración, tristeza, culpa y preocupación. Los sentimientos negativos como el enojo, no se expresaron abiertamente de forma verbal sin embargo salen en los adjetivos que utilizan para describir al personal.

Los sentimientos negativos que son más aceptables como la tristeza, frustración y preocupación se expresaron abiertamente. To-

dos estos fueron transmitidos a la imagen de la institución:

*P: Una vieja ahí, que siempre está ahí, con su pinche jeta, con sus ojos virolos. Me revienta, no la soporto, pero una tiene que llegar con buena cara para ver si la quieren atender y la verdad no me acuerdo de su nombre y no me interesa saberlo.*

(Mujer no atendida, 24 años, Instituto Nacional de Salud).

En comparación con los HFR, los INS se percibieron como más humanos y comunicativos para explicar los motivos del rechazo a los solicitantes, que consideraban un privilegio ser atendido en éstos. Los HFR durante el periodo de la investigación tenían establecida una política pública para no rechazar ningún paciente, e inscribirlo en listas de espera. El hecho de explicar de manera suficiente las razones para no atenderlos, marcó una diferencia notable relacionada con la percepción del trato, entre HFR e INS.

No se generaron muchas opciones para poder solucionar la negación. En la mayoría de los casos de no atendido, se planteó la oportunidad de regresar, sin importar las veces que esto sucediera hasta que lograra ser atendido.

En los hospitales encontramos una mayor frustración ya que la negativa vino de parte del aspecto administrativo que no lograron entender del todo, por lo que se seguirá intentando el ingreso:

*P: La verdad aunque me rechazaron a la niña no fue de manera grosera y como le digo, al menos me dieron la esperanza de sí atenderla. Pues al igual como es una niña... pero al menos me dieron una esperanza de que con suerte igual*

*con el sello del DIF sí me la atienden, no como en el Hospital de aquí al lado.*

(Acompañante mujer de paciente no atendido, Instituto Nacional de Salud)

Por otro lado, para los INS registramos que la negativa generó una preocupación más allá de un enojo con la institución; esto fue provocado por dos motivos, primero fue la dificultad y privilegio que resultó ser paciente de un instituto, el segundo motivo fue la preocupación.

Se buscó como una opción ser canalizado a otro hospital para poder tener una atención al padecimiento. En un gran número de casos se regresó al centro de atención que envió al paciente originalmente en busca de una respuesta de atención.

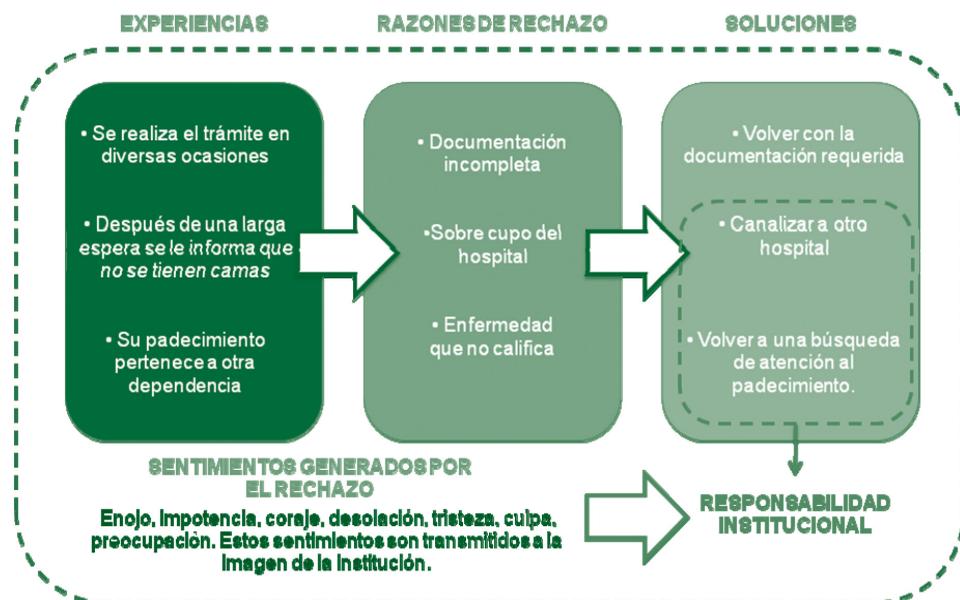
*P: Me dijeron que acudiera al centro de salud de Valle, pero no me atienden o sea que para que ir a perder otra vez mi tiempo porque me van a decir lo mismo que venga hasta acá. Un particular sí sale caro y no hay ahorita económicamente no tenemos. Vamos a ir a ver si en Salamanca... Pues a lo mejor buscar la manera porque si ya de por sí no tengo cabello luego me pasa otra cosa de aquí hasta entonces.*

(Mujer no atendida, Hospital de Alta Especialidad del Bajío)

En la mayoría de los casos, sus opciones estuvieron limitadas por el factor económico. Tenían la certeza que no había liquidez económica para buscar atención de un médico especialista privado, por lo que tuvieron que recurrir a este tipo de unidades (figura 2.9).

**E:** ¿Si el hospital cerrara buscaría ayuda con un médico particular?

Figura 2.9



Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas en profundidad, 2010.

*P: No, no buscaría una consulta privada porque no tengo los medios para pagarla. Sé que una consulta privada me va a costar \$500 pesos media hora o 20 minutos. No sé, una hora, no sé. Por allí no, porque sé que no tengo los medios para pagarlo.*

(Mujer, urgencias, 33 años, Instituto Nacional de Salud)

### Pacientes de primera vez y subsecuentes

Una vez dentro, el grupo de los atendidos, se segmentó en dos modalidades, los que acudieron por “primera vez”, que indicó que se habían iniciado en la atención médica, en un servicio o una especialidad; y “subsecuentes”, que implicó la continuidad en las citas y la atención de uno o varios médicos (en promedio, los usuarios fueron atendidos en el hospital por seis médicos), en la realización de estudios o derivación a servicios más especializados.

Los porcentajes de los dos grupos fue el esperado para la atención médica en segundo y

tercer nivel de atención: 28% de primera vez y 72% de subsecuente. La subsecuencia denota un estado de salud afectado que requiere frecuentar periódicamente las especialidades. Los datos cuantitativos lo corroboraron: la mitad de los usuarios había acudido más de 11 veces al hospital y el 10% fue atendido en más de tres especialidades, como se presenta el tabla 2.1.

**Tabla 2.1** Frecuencia de atención por especialidad

Número de veces atendido en el hospital		Diferentes número de especialidades en las que fue atendido	
Rango	Porcentaje	Número de especialidades	Porcentaje
Hasta 2 veces	15	1	46
De 3 a 5	17	2	14
De 6 a 8	9	3	5
De 9 a 11	9	Más de 3	10
Más de 11	50		

Fuente: Encuesta 2010.

Ingresar como paciente de primera vez o subsecuente, se relacionó con apropiarse del espacio hospitalario, ya fuera físico o emocionalmente. Durante el análisis se identificó que los INS consiguieron generar una apropiación emocional más cercana y rápida, porque se diferenciaba el trato hacia el paciente, por su grado de especialización. En la medida que el centro de atención médica fue más grande, la apropiación resultaba más complicada ya que el sistema fue más disperso.

En general, la información brindada a los pacientes resultó clave en el proceso de apropiación, si fue más útil al usuario (sobre su padecimiento) permitió aproximarse al sistema. En el caso de la apropiación física de los espacios hospitalarios se encontró una diferencia entre los pacientes subsecuentes que tenían cierta familiaridad apoyada en experiencias previas y los de primera vez que apenas se aproximaban con las áreas de atención médica (figura 2.10).

## Pacientes de primera vez

En este tipo de experiencia se vivió por lo general un sentimiento de extrañeza al desconocer instalaciones y dinámica hospitalaria, por lo que frente a la incertidumbre que se generó, se tomó mucho en cuenta el trato recibido en la primera visita, ya que a partir de esta, se evaluaron los servicios recibidos. La primera vez implicó, además, la iniciación en la tramitología administrativa que no les abandonó mientras se hallaron en la unidad, como se pudo constatar en la descripción etnográfica realizada en un INS:

*Para recibir atención de primera vez, el Instituto les proporciona una dirección a donde acudir para que les entreguen un comprobante de que en efecto, no cuentan con ningún tipo de servicio médico, además deben traer una carta o documento que demuestre que padece algún problema cardiovascular. Posteriormente de-*

Figura 2.10



*berá acudir a la sala de preconsulta donde les otorgarán una ficha para su registro, una vez hecho, el médico irá pasando a los pacientes de acuerdo al número de ficha para realizarles una revisión con apoyo de un electrocardiograma y de una placa de tórax, de determinarse que existe un padecimiento cardiovascular entonces se le canalizará a trabajo social para que este determine si se encuentra dentro del perfil sociodemográfico y una vez establecido el nivel al que pertenece será canalizado a alguno de los servicios de consulta externa para su tratamiento.*

(Etnografía de un Instituto Nacional de Salud)

Así lo comprendieron las personas que acudieron e intentaron saltarse los trámites al asistir por primera vez, como lo ilustró un comentario del acompañante de un niño que llegó al servicio de consulta externa:

*A: Porque yo le pregunté al ortopedista de mi hijo. Lo que yo quería era pasarla por medio de él para no formarme. Me dijo que iba a hacer el intento, pero no se pudo. Entonces me dijo que me tenía que venir a las cuatro de la mañana o si te puedes quedar, porque hay mucha gente, ya llegando vas a ver una filota, allí va a salir el vigilante y les va a decir lo que sigue y así fue. (Instituto Nacional de Salud, acompañante, Distrito Federal)*

### Pacientes subsecuentes

En este caso los pacientes aprovecharon su experiencia y conocimiento para crear estrategias informales de apropiación y acceso a los servicios. Fueron tejiendo relaciones al interior de la institución y sirvieron de consejeros a otros pacientes o acompañantes inexpertos. La descrip-

ción etnográfica realizada en otro INS, reveló lo se debió hacer en estos casos:

*Los pacientes de consultas subsecuentes deben presentarse 15 minutos antes de la consulta, pagar en caja y esperar a ser llamados por el doctor. Al salir de la consulta deben pedirle a la señorita la asignación de su siguiente cita. Para los casos de atención de urgencias deben de registrarse con las encargadas de la admisión y el módulo de atención. Posteriormente el doctor sale a la sala de espera y los lleva a valorar al interior de las instalaciones del Instituto. Después se les pasa a los cubículos para su atención o se les pasa a realizar estudios para poder darles el tratamiento que se necesita en cada caso. Los pacientes que se retiran, después de recibir el tratamiento, van a trabajo social para realizarles un estudio socioeconómico, luego se paga en la caja y es entonces cuando se les da la receta y se les explica el tratamiento que tendrán que seguir en casa.*

(Etnografía de un Instituto Nacional de Salud, Distrito Federal)

### Pacientes con y sin acompañantes

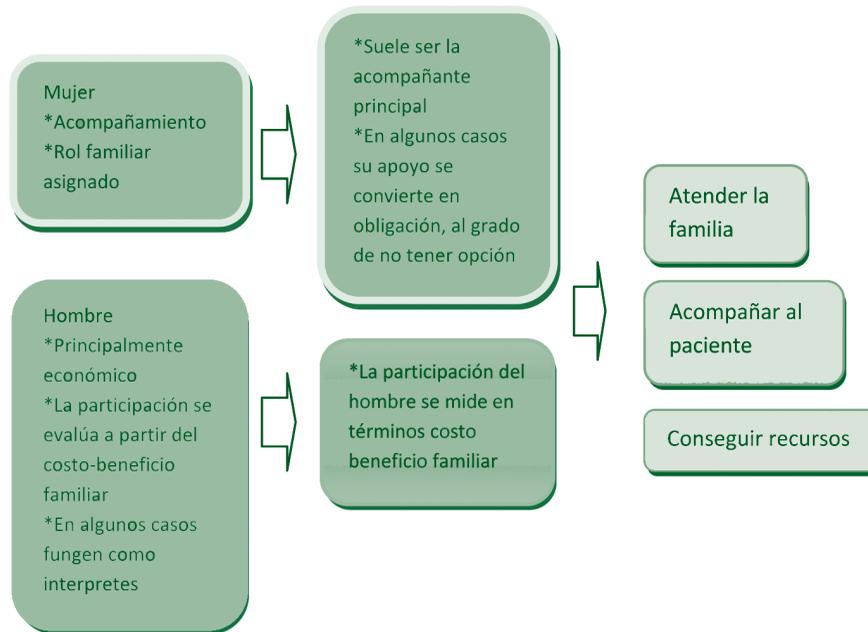
Ya fuera que los usuarios acudieron por primera vez o de manera subsecuente, se presentaron a las áreas indicadas de los hospitales con o sin acompañantes (figura 2.11).

Concurrir a los servicios con acompañantes se consideró de gran apoyo emocional y por lo tanto, con una influencia positiva para el cuidado, como lo ilustró la paciente entrevistada en la sala de espera de urgencias de un INS:

*P: La ventaja de venir con acompañante es que se le hace muy ameno el tiempo en el que está esperando uno, porque está uno platicando.*

Figura 2.11

## Apoyo familiar



Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas en profundidad, 2010.

*Cuando viene uno solo y aparte con la enfermedad, como que se desespera.*

(Instituto Nacional de Salud, mujer de 53 años, urgencias)

También se consideró una experiencia negativa, cuando el usuario debió pasar mucho tiempo en el hospital ya que su acompañante, tenía que estar presente:

*P: Yo siento que venir con acompañante es más desesperante, porque sientes que le estás quitando el tiempo a la persona que viene y no sabes qué tenga que hacer. De lo contrario estás consciente que si por decir, yo cuando vengo a mis consultas me puedo tardar, por ejemplo con el que más me tardo es con el neurólogo, a veces sí me tardo 4 horas porque tiene muchos pacientes y prefiero venirme sola porque así no*

*estoy ocupando el tiempo de la persona que viene conmigo.*

(Hospital Federal de Referencia, mujer de 40 años, urgencias)

A partir de los testimonios, se identificó al “acompañante indiferente” que interactuó poco con el paciente. El acompañamiento se hizo más por obligación y aminoró la culpa familiar por el desinterés y complicó la trayectoria del paciente en el hospital, así como su proceso de recuperación, ya que cada necesidad que tenía el paciente se convirtió al interior de esta relación en una “carga”.

Acudir sin acompañantes al hospital conllevó varios problemas: el personal de la Institución los requería para la realización de trámites administrativos, que fueron fundamentales para continuar y para informar del

desarrollo de la enfermedad y de los cuidados que debían tener en casa. Por ejemplo en algún INS fue un requisito indispensable en urgencias y en consulta externa, tal como lo reveló la descripción etnográfica realizada:

*La asistencia de familiares es un requisito indispensable en el Instituto, tanto para consulta externa como para urgencias, debido a que si tuvieran que hospitalizarse deben tener un familiar para que se lleve la ropa, esté al tanto y tome nota de lo que se necesite para él o la paciente. En urgencias y hospitalización el trabajo es constante, solo van rotando los turnos las enfermeras y residentes y lo que cambia es la entrada de los familiares de los pacientes puesto que para hospitalización cada piso tiene su horario y en urgencias tanto pueden esperar una hora como pueden salir los familiares después de mucho tiempo y sin su paciente pues en varias ocasiones, se quedan hospitalizados al menos, una noche.*

(Etnografía de un Instituto Nacional de Salud, Distrito Federal)

Asistir sin acompañantes al servicio llevó implícita una experiencia de independencia porque el usuario percibió que así no molestaban ni interrumpían las actividades cotidianas de sus familiares, como lo señaló una paciente no atendida:

*P: Hoy vengo sola, la ventaja de venir sola, es que si a lo mejor vengo con alguien se va a aburrir, se va a fastidiar y ya se va a querer ir, me va a estar preguntando ¿ya, ya, ya? Y de alguna manera, eso es una presión.*

(Hospital Federal de Referencia, paciente no atendida, Distrito Federal)

También significó una experiencia de abandono para el usuario porque generó una sensación de soledad, al no contar con apoyo de los seres queridos (figura 2.12).

O de tristeza, como lo comentó una paciente en el servicio de urgencias:

Figura 2.12



Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas en profundidad, 2010.

*P: Yo he visto que han entrado muchas con su familia, les dicen: “¡Échale ganas, estamos acá afuera!”. Tan solo cuando yo ingresé solita me puse a llorar, me dio miedo y me dije: si me muero aquí nadie va a saber que aquí quedé o algo. Ya si vas con otra persona esa persona te da valor y te da confianza. No que así solita...*

(Hospital Federal de Referencia, mujer de 35 años, Distrito Federal)

Es importante mencionar también, que acudir sin acompañantes a los servicios hospitalarios, hizo referencia indirecta a nuevos fenómenos sociales que se viven en el país y el mundo, como el envejecimiento de la población (mujeres que acuden solas porque son viudas o porque sus pares son de edad avanzada); a la tipología de las familias (nucleares donde la pareja trabaja y no pueden ser acompañantes) y a las nuevas jefaturas femeninas (mujeres solas sin pareja y posibilidad de acompañamiento), como fue el caso del testimonio de una madre soltera:

*P: Vivo sola con mi bebé, no tengo quien me apoye para dejarlo. Últimamente, que estuve viniendo al hospital conocí a una persona que me puede cuidar a mi bebé y es como he podido venir a las consultas.*

(Hospital Federal de Referencia, madre soltera no atendida, Distrito Federal)

O cuando ambos padres trabajan y no pueden acompañarse:

*E: ¿Por qué vienes sola hoy?*

*P: Porque mi esposo se fue a trabajar, mi mamá no me pudo acompañar y los niños están en la escuela.*

(Hospital Federal de Referencia, mujer de 29 años, Distrito Federal)

### Síntomas: dolor e incapacidad

Transcurridos los anteriores incidentes descritos en el espacio y el tiempo, llegaron a los hospitales investigados. Los incidentes estuvieron relacionados con los padecimientos por los cuales acudieron y presentaron una gran variedad: mujeres adultas embarazadas, niños y adultos con cáncer, accidentados, adultos mayores operados del corazón, hombres y mujeres intervenidos quirúrgicamente, adolescentes que acudieron a consulta. Los detonantes que llevaron a los usuarios a viajar desde ciudades, barrios, pueblos o rancherías a los 19 hospitales fueron el dolor en general y en particular para los hombres la incapacidad para continuar trabajando.

Clínicamente, el dolor es un síntoma, los testimonios mencionaron muchos entendidos como señal o indicio de algo que está sucediendo o va a suceder,<sup>31</sup> lo nombraron como “inflamación, hemorragias, sangrado en mujeres, hinchazón en hombres, palpitación, vista borrosa, tristeza, flujo nasal, dolor en manos y dedos, presión alta, ataque de pánico, convulsiones en recién nacidos y derrame en los ojos”. Sin embargo, había un tipo de “dolor” recurrente que se presentaba en varios lugares del cuerpo: “en la cabeza, en la espalda, en la cintura, en las

<sup>31</sup> Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. Vigésima segunda edición. 2011.

manos y codos, en el estómago, en huesos y ojos”.

El dolor es el síntoma más frecuente que mueve al paciente a acudir a consulta, se deben distinguir dos tipos: agudo y crónico. En el caso del dolor agudo, se habla de un síntoma que resulta beneficioso, ya que actúa como alarma al indicar que hay algo en el cuerpo que no funciona bien. En cambio, el dolor crónico no es ni un síntoma ni es beneficioso, ya que se le considera propiamente como una enfermedad. El dolor crónico, con el tiempo, se asocia a la depresión, ansiedad, estrés, insomnio e incapacidad funcional. El dolor fue un elemento que detonó la sensación de gravedad y obligó a familiares y pacientes buscar atención médica especializada y pronta:

*P: Hasta apenas en agosto que ya no aguantaba el dolor para caminar... El dolor era muy fuerte. Ya no me encontraban lo que tenía. Luego el doctor mandó a hablar a mi mamá y a mi prima, ellas estaban viendo el ultrasonido en un cuarto y yo en la camita. “Mire ahí está el quiste que está cargando”... Y ya luego dentro de tres días la cirugía, ya en la mañana me internó y pasé a las 11 de la mañana y si tardé algo... Salí a las 2 del quirófano. Cuando ya se me pasaba la anestesia, de lo mismo me dio dolor.*

(Instituto Nacional de Salud, mujer de 48 años, Distrito Federal)

El otro detonante fue la incapacidad para continuar laborando. La mayoría de los empleadores de nuestros usuarios no los aseguraron en ninguna de las instituciones existentes (IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX) carecían de “derechohabiencia”, es decir sus empresas o negocios, no les pagaron los días no laborados por

encontrarse enfermos, pertenecían a la llamada “población abierta”, un mayoritario sector nacional que acude a atención médica en la Secretaría de Salud y en los últimos años al programa del Seguro Popular,<sup>32</sup> como lo narró un joven hospitalizado en un INS:

*P: No se manifestó de inmediato la enfermedad porque todavía trabajé de lunes a viernes, el viernes ya me puse muy malo, fueron a ver a un médico particular y es él que me mandó a cardiología.*

(Instituto Nacional de Salud, hombre de 29 años, Distrito Federal)

Esta carencia, marcará muchas de las actitudes, representaciones y prácticas que los usuarios tenían hacia el sistema de salud mexicano, como adaptarse perennemente al sistema de salud, carecer de todo y esperar mucho lo que los hospitales le brinden: comida, baños con agua y a veces papel higiénico o jabón o la solución a problemas clínicos o quirúrgicos cuyos costos, no podrían sufragar.

### Contextos de las unidades hospitalarias

La percepción general de los usuarios sobre las instalaciones, basada en la atención médica recibida fue de establecer tres tipos de “Hospitales”, con características muy particulares, relacionados con el tamaño, la normatividad institucional, la complejidad tecnológica, la atención y trato recibidos. La distribución porcentual de la tipología fue así: 51.3% se atendió en INS, 45.7% acudió a HFR y 3% visitó los

<sup>32</sup> México. Secretaría de Salud. ¿Qué es el Seguro Popular? Disponible en : <http://www.ssa-sin.gob.mx/SEGUROPOPULAR/Index.htm>

recientes, espaciosos y flamantes HRAE; en tanto que por tipo de servicio, la gran mayoría de usuarios acudieron a consulta externa (77.9%), seguida por los que visitaron urgencias (14.3%) y finalmente los hospitalizados (7.8%).

Los pacientes de distintos ingresos construyeron expectativas diferenciadas. Para la mayoría, con empleos poco remunerados, con una situación económica precaria, fue una opción “hospitalaria” a la que pudieron acceder; para una minoría de mayor ingreso igualmente les resultó atractiva la opción por tratarse de unidades con muchas especialidades y subespecialidades que garantizaban curación. Los usuarios llegaron con altas expectativas sobre los hospitales y la atención que recibirían ahí. Estas percepciones fueron cambiando en la medida en que se encontraron con obstáculos administrativos, con actitudes disímiles del personal, con experiencias complejas de su propio padecimiento y con o sin diagnóstico. El tema del contexto hospitalario fue importante para saber cómo impactó en las expectativas y el grado de satisfacción del servicio. Se encontró que las expectativas y el grado de satisfacción cambiaron dependiendo del tipo de hospital, como se describe en la figura 2.13.

## HOSPITALES FEDERALES DE REFERENCIA

Las condiciones materiales en general, se percibieron como descuidadas, y en los casos donde se encontraron en renovación hubo un ambiente caótico, con planeación improvisada. Dio imagen de poca “modernidad” con pocos espacios para proporcionar información, un ingreso complicado, problemas en la valoración en servicio social, dificultad con los especialistas, al acceso a los análisis y al laboratorio, factores

que redujeron esas altas expectativas previas a la llegada.

Esta usuaria que acudió a consulta externa, mencionó como obstáculo a las personas encargadas de brindar información:

**E:** ¿Como qué personas dentro te negarían algún servicio?

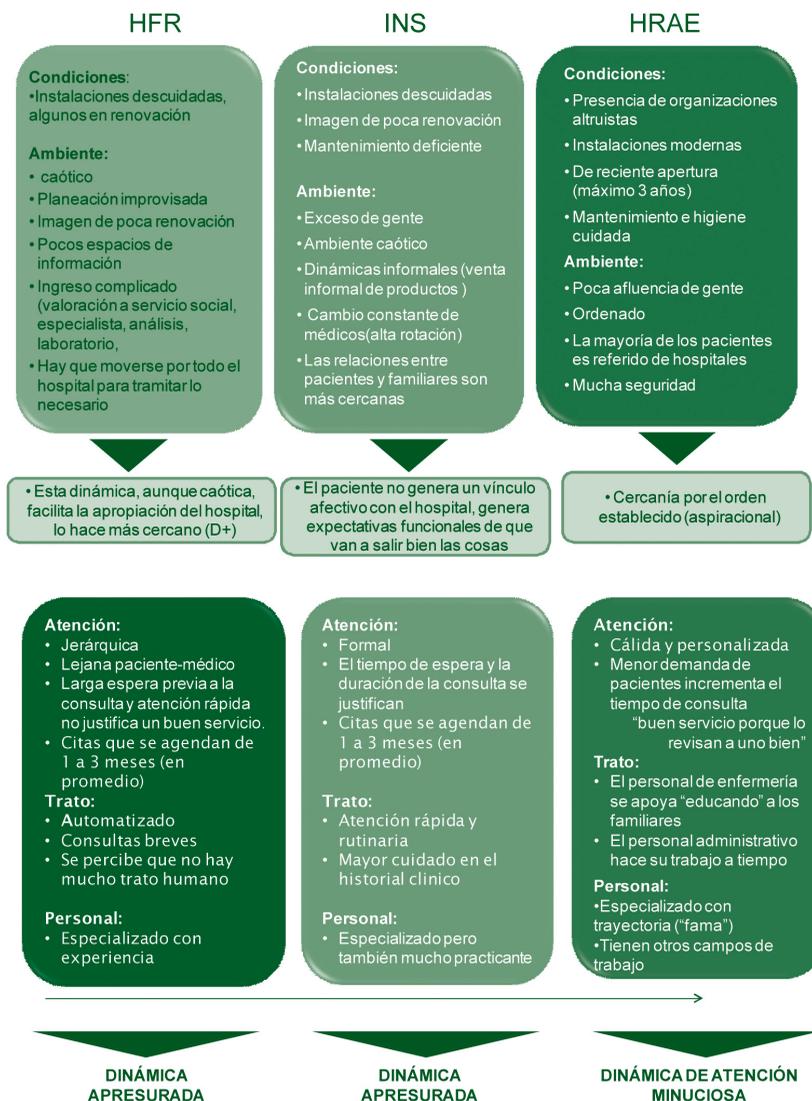
**P:** Siempre son los recepcionistas, porque hasta eso ni los médicos. Los médicos hay algunos que como que son más sensibles, más humanos y otros son muy déspotas y a lo que vienes y ya.

(Hospital Federal de Referencia, mujer de 34 años, Distrito Federal)

A pesar de las condiciones materiales y ambientales, los pacientes expresaron sentimientos de apropiación hacia los inmuebles, se movilizaron por todo el hospital para realizar trámites, conocieron la ubicación de las distintas áreas, los horarios e incluso las personalidades y actitudes del personal. La dinámica, aunque caótica, facilitó la apropiación, lo hizo más cercano, especialmente para aquellos de ingresos bajos, que fue la mayoría. Muchos de éstos contaban con una gran oferta de especialidades, como lo describe esta etnografía:

*El Hospital tiene 34 subespecialidades pediátricas divididas entre departamentos, 18 laboratorios de investigación, 17 servicios ambulatorios, 25 especialidades, entre ellas: Pediatría, Neurología Pediátrica, Cardiología Pediátrica, Alergia e Inmunológica Clínica, Genética Médica, Dermatología, Endocrinología, Nutrición, Oncología, Neurocirugía, Ortodoncia, Infectología, solo por mencionar algunas.*

**Figura 2.13**  
HFR INS HRAE



Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas en profundidad, 2010.

Actualmente hay 270 camas en servicio, insuficientes y por está razón es que está en edificación una parte alterna que cubrirá la gran demanda que tiene este Hospital de Alta Especialidad. Es importante destacar el gran equipo de punta y de tecnología con el que cuenta, los cuales son de gran ayuda para niños con tratamientos de cáncer y padecimientos de

neurología. Se atiende a personas de todas partes, del Distrito Federal y sus zonas conurbanas (Naucalpan, ciudad Netzahualcóyotl, Ecatepec, Tlalnepantla), y también del interior de la Republica, Estado de México, Hidalgo, Guerrero, Oaxaca. (Etnografía de un Hospital Federal de Referencia, Distrito Federal)

## Institutos Nacionales de Salud

Al igual que los HFR, compartieron una imagen de condiciones materiales deficientes, instalaciones descuidadas, una percepción de poca renovación, escaso mantenimiento, además de áreas saturadas con pacientes, con dinámicas informales como venta no autorizada de productos, cambios constantes de médicos debido a la presencia constante de residentes y falta de comunicación, como le ocurrió a la madre de una joven internada en un INS:

*P: Eran las cinco, dieron las seis y apenas me habló la de trabajo social: “¿Sabe qué? Que su hija acaba de ser operada y ya está en sala de recuperación. Ahorita no la va a poder ver sino que hasta la hora de la vista”. Yo decía o sea “Oiga ¿cómo es posible de que yo estuve preguntando por ella y nadie me decía nada”.*

(Instituto Nacional de Salud, mujer de 56 años, Distrito Federal)

No obstante, hubo estrategias que generaron vínculos con el hospital, lo que permitió un nivel alto de satisfacción. Una fue el establecimiento de redes y relaciones sociales que se construyeron entre pacientes, familiares y otros pares, en la medida en que el tiempo pasaba. La cercanía entre ellos no es proporcional al contacto con el personal médico, a quien no lo ubican tan fácilmente por su constante rotación.

Sin embargo, aunque el paciente no forjó un vínculo afectivo y directo con el hospital, generó expectativas funcionales ya que sabían y confiaban que enfermedades y padecimientos se solucionarían, dado el nivel de profesionalismo percibido y las gran variedad de servicios, como lo mencionó esta usuaria:

*P: Una de mis comadres que fue la que me trajo aquí, fuimos a pre-consulta y de allí ya el doctor me canalizó precisamente aquí con el internista, excelente la doctora y estuve desde las siete de la mañana hasta las ocho de la noche aquí. Me estuvieron haciendo todos los estudios y luego me canalizaron primero con el hematólogo. Luego del hematólogo, me canalizaron con el neurólogo y resulta que también tengo artritis pero resulta que no se ha desarrollado. Ahorita lo único que el hematólogo me dijo: “Yo por mi parte la doy de alta pero la va a supervisar el reumatólogo cualquier cosa usted tiene las puertas abiertas y todo”. De eso ya tendrá como un año. Cualquier cosa usted puede ir con el hematólogo o neurólogo y cualquier cosa la tienen en observación.*

(Instituto Nacional de Salud, mujer de 49 años, Distrito Federal)

## Hospitales Regionales de Alta Especialidad

La imagen y percepción que se tuvo fue totalmente diferente a los HFR y los INS. Al ser de reciente apertura, máximo tres años, las condiciones materiales eran excelentes, con instalaciones modernas con poca afluencia de usuarios, mantenimiento e higiene cuidada y mucha vigilancia por el personal encargado de la seguridad, provoca que supere las expectativas de los usuarios.

*E: ¿Le han cubierto sus expectativas o han ido más allá de lo que esperaban?*

*P: Pues de hecho han hecho más de lo que yo esperaba. Bueno porque a veces cuando menos te lo esperas ya tienes un apoyo, porque ya tienes rato de estar viniendo.*

(Hospital Regional de Alta Especialidad, mujer de 23 años, Bajío)

Teniendo en cuenta que los pacientes que llegaron a estos lugares fueron referidos de los HFR o de INS, tuvieron información suficiente para comparar ambas experiencias. Cuando llegan a los HRAE expresaron que se vivió un ambiente ordenado, generó orgullo y, por supuesto, una sensación de que allí sería difícil no lograr su curación.

*P: Le digo que fue verdaderamente, fue una atención muy especial del médico, de las enfermeras que como lo tratan a uno; están puntual con los medicamentos, eso me ha gustado. Hay un cuidado en el paciente y otra cosa cuando yo salí operado de aquí no dejaban que yo caminará, me dijeron...” ¿ya se va?”; “sí”, eso fue cuando me dio el doctor de alta. “Traigan una silla de ruedas, lleven al paciente a la carretera”, con qué cuidado me sacaron. Todavía me dijo el muchacho que en lo que venía mi camión podía estar sentado. “No gracias” le dije “ya me puedo parar”.*

(Hospital Regional de Alta Especialidad, hombre de 37 años, Tapachula)

La percepción se vio reforzada por la presencia de organizaciones altruistas quienes proporcionan comida, cobijas y apoyo con la intención de mejorarles el ánimo. Aquí las expectativas se ampliaron y el grado de satisfacción aumentó.

### Características de la atención

Sí importó la imagen que se construyó de los tres tipos de hospitales a partir de las condiciones materiales, no obstante el componente que

más resaltaron los informantes respecto a la satisfacción, fue la atención recibida.

En los HFR, la atención fue percibida como lejana en lo tocante a la relación médico-paciente, que se valoró en función de la duración de la consulta y del tiempo de espera. La atención que fue rápida no se percibió como un buen servicio. Sumado a esto, las interconsultas se agendaron entre uno y tres meses en promedio y redujo más el contacto con el personal médico, que era muy valorado porque de aquel se obtenía la principal fuente de información, de confianza y de los pasos a seguir.

Por lo que el trato fue un factor importante cuando se hizo referencia a la consulta o exploración física en el caso de los hospitalizados. El trato se percibió como automatizado, frío, con poco contacto humano. Esto se equilibró por la percepción que se tenía de un personal especializado, con amplia trayectoria y experiencia.

Aunque los INS compartieron con los HFR, interconsultas muy espaciadas, atención rápida y rutinaria, los pacientes encontraron en los nosocomios una diferencia que justificó el tiempo de espera y duración de la consulta: consideraron que la atención fue aún más especializada que en los HFR, de los que algunos pacientes fueron referidos. Así, el trato aunque “frío” fue más experto. Esta *expertise* se fundamentó en que los médicos tenían mucha experiencia en su campo clínico. Aun, cuando hay una participación tanto de personal especializado como de médicos residentes, los pacientes asumieron que este no representó un problema, ya que hubo mayor cuidado con la realización del historial clínico.

En los HRAE, la atención, según los pacientes, fue más cálida y personalizada, ello se debió a la menor demanda, al incremento en el tiempo de consulta aunada a la exploración física y

al buen servicio. Algo sobresaliente, fue que el trato del personal de enfermería se complementó con una forma de “educar” o enseñar a los familiares la forma como deben de tratar o cuidar a sus pacientes. También se valoró el papel del personal administrativo porque, según los usuarios, hicieron su trabajo a tiempo. Al personal también se le catalogó como especializado, con trayectoria, de hacer bien las cosas a pesar de tener otras fuentes de trabajo.

### Servicios indagados

Después del ingreso por tipo de hospitales, de conformar grupo de atendidos o no, de ser pacientes de primera vez o subsecuente, de acudir con o sin acompañantes, los usuarios ingresaron a las diversas áreas, donde se distribuyeron mayoritariamente en consulta externa, seguida por urgencias y en menor proporción en hospitalización, la proporción se mantuvo en los tres tipos de hospitales, como se observa en la tabla 2.2.

**Tabla 2.2** Distribución porcentual de usuarios por tipo de servicio

Servicio	INS	HFR	HRAE
Consulta externa	83.2%	77.4%	72.8%
Urgencias	12.9%	16.1%	14.1%
Hospitalización	3.9%	6.5%	13.1%
Total	100%	100%	100%

Fuente: Encuesta 2010.

En los testimonios se identificaron básicamente dos tipos de ingresos. Entrada por urgencias o por pre-consulta que significó dos maneras distintas de vivirlos. Los que entraron por pre-consulta, hicieron una ruta más larga en el recorrido, porque se desplazaron del área de trabajo social para llegar a consulta

externa, donde pasaron por algunas especialidades, incluso algunos llegaron al área de hospitalización.

Las descripciones etnográficas realizadas en las diversas unidades revelaron que existió una gran variedad de horarios, reglas locales y tiempos de espera, por ejemplo un INS presentó las siguientes características:

*El servicio de preconsulta se brinda lunes, martes, jueves y viernes a partir de las siete horas, por lo que los pacientes comienzan a llegar después de las cuatro horas y muchas veces llegan a salir hasta 10 horas después del ingreso, debido a que en la revisión detectan que existe algún problema y deciden iniciar cuanto antes el tratamiento, por lo que deben arreglar todo lo administrativo y realizarles todos los estudios necesarios.*

(Etnografía de un Instituto Nacional de Salud, Distrito Federal).

En tanto que para otro INS la preconsulta se realizó de esta manera:

*Se realiza para tener una valoración previa que define si el paciente se quedará como paciente del hospital. La preconsulta tiene un costo preestablecido de 30 pesos que es pagada en las cajas. En caso de ser aceptados, tienen que ir a trabajo social para realizar el estudio socioeconómico que les asignará un tabulador de costos para los servicios que se requieran. Posteriormente tienen que ir con el especialista, esta es una cita que puede tardar hasta un mes después de la valoración. Si el paciente es rechazado, tiene que regresar al hospital del cual llegó referido.*

(Etnografía de un Instituto Nacional de Salud, Distrito Federal).

En este recorrido, pacientes y acompañantes se fueron apropiando gradualmente de los espacios hospitalarios, a la vez que fueron generando estrategias para enfrentar el sistema como contrabando de carnets o los pagos anticipados de servicios, entre otros. Los pacientes se sintieron más cerca de la solución de su padecimiento, cuando llegaron con los médicos especialistas o a área de hospitalización.

Para los usuarios que entraron por urgencias, se marcó una ruta más corta que fue de urgencias a hospitalización, en donde eventualmente se necesitó de acudir a alguna especialidad. Este grupo de pacientes se sintió más cercano de la cura si lo pasaron a “piso”. Además, entrar por urgencias exigió un cierto trato preferencial y el cumplimiento de requisitos como lo mencionó la descripción etnográfica realizada en un HFR:

*Para entrar a urgencias, piden utilizar una bata y un cubre bocas. Se trata de un espacio de aproximadamente 40 metros cuadrados, hay 12 camillas, todas ocupadas, por gente que realmente se ve en malas condiciones, la mayoría están somnolientos, se escucha el goteo de los sueros y el sonido de las maquinas conectadas al los cuerpos de los enfermos.*

(Etnografía de un Hospital Federal de Referencia, Distrito Federal)

El área de urgencias fue también una vía rápida para ser hospitalizado, como se ilustra en otra descripción etnográfica realizada en un HFR:

*En el área de urgencias, pediatría, encontramos un módulo de enfermeras y el acceso está más restringido. El área está dividida en dos, ya que uno es para pacientes graves y otro que es para los pacientes que van a pediatría de*

*oncología, estos incluyen a los pacientes que solo vienen a recibir atención de urgencia y otros que se quedan internados.*

(Etnografía de un Hospital Federal de Referencia, Distrito Federal)

Ambos grupos de pacientes percibieron que “llegar” a las áreas de análisis clínicos o interactuar con algunos especialistas, se vivió como un recorrido obligado en el camino de la recuperación. El tiempo que tardaron para ser pacientes formales del hospital, varió de acuerdo al tipo de “entrada” que implicó desde una hora en el servicio de urgencias, hasta un par de meses para conseguir carnet de la consulta externa (figura 2.14).

## Diagnósticos

Cuando muchos de los usuarios acudieron a los diversos hospitales a recibir atención médica y fueron encuestados por el personal de las empresas contratadas, presentaban otras enfermedades ya diagnosticadas; algunos tenían menos de seis meses y otros más de cinco años.

De las respuestas a la pregunta formulada: ¿Qué padecimientos tiene diagnosticados?, elegimos, por los porcentajes enunciados, los primeros cuatro que representaron más de la mitad (55%) del total de padecimientos y fueron las enfermedades de los sistemas circulatorio, endócrino, digestivo y neoplasias. Siete de cada ocho pacientes (68.2%) estuvo bajo tratamiento médico; en tanto que uno de cada cinco usuarios (21.5%), tenía antecedentes familiares.

La información cuantitativa complementó varios de los hallazgos cualitativos: el contacto con el sistema de salud se había iniciado antes de acudir a los hospitales y el grupo familiar se había afectado con anterioridad (tabla 2.3).

Figura 2.14



Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas en profundidad, 2010.

En el momento de la medición o de la entrevista en profundidad, el diagnóstico sobre la enfermedad por la cual concurreó ese día, adquirió una gran importancia porque el sistema de salud le indicó al enfermo lo que tenía y el tratamiento que debía hacer. Tener o no ese conocimiento, ubicó al paciente en relación con el mundo. En los testimonios encontramos tres maneras básicas de vivirlo: como elemento identidad, como búsqueda de diagnóstico y como ausencia.

Como elemento de identidad, la manera de vivenciar el padecimiento, correspondió a pacientes que recibieron un diagnóstico a partir del cual determinaron la relación que tendrán con el sistema de salud, con la medicina misma y con su entorno social. Como consecuencia fueron construyendo una forma de vivir y de interactuar. La obtención del diagnóstico implicó desgaste para paciente y familia, ir y venir por centros de salud y hospitales públicos y privados, como lo explicó una paciente tamaulipeca:

Tabla 2.3 Enfermedades diagnosticadas al grupo de usuarios

Padecimientos agrupados	Porcentaje	Con tratamiento*	Con antecedentes familiares*
Enfermedades del sistema circulatorio	17	79	28
Enfermedades del sistema endócrino	13	81	27
Enfermedades del sistema digestivo	13	49	8
Neoplasias	12	64	23
Subtotal	55		
Resto	45		
Total	100		

Fuente: Encuesta 2010.  
\* No suman 100%

*P: Entonces fue cuando me mandaron aquí a este hospital. Yo anduve con un doctor, con otro y con otro, pero ninguno me daba al diagnóstico. Y ya el doctor de aquí me dijo, pero después de muchos estudios.*

(Hospital Regional de Alta Especialidad, paciente de consulta externa, Tamaulipas)

Como búsqueda, fue otra manera de vivirlo. Una constante indagación en la que, se fue probando de médico en médico y de acuerdo a lo obtenido de las distintas opiniones, se continuó en el sistema hospitalario y se fue construyendo un imaginario sobre el padecimiento manifestado.

La ausencia de diagnóstico fue la vivencia que generó mayor incertidumbre y desazón, porque conocerlo fue la razón fundamental que tenían los pacientes para acercarse y permanecer en el sistema de salud, si no se obtuvo una respuesta pronta, se hizo una evaluación negativa de los conocimientos del médico o de la satisfacción percibida en el hospital, como lo planteó el testimonio de una paciente que acudió a consulta externa, por una fractura:

*P: Yo vine acá hace cuatro meses y me dijo una doctora... pues a veces uno ni entiende bien a los doctores. Lo que pasa es que aquí había una doctora que hace tres meses me dijo: “¿qué problemas tienes?... ¿Qué padecimientos?” Yo le dije: Yo padezco hipertensión y de un problema de nervios. Dice: “Eso es lo que está generando que no te soldé bien el hueso. Porque ya va para siete meses y no solda”. Pues, ya hace un mes volví a venir, me citaron y ya un doctor me dijo que: “no, que los nervios no tienen nada que ver”, entonces pues allí yo no entiendo. No sé quien tenga razón, si la doctora o el doctor.*

(Instituto Nacional de Salud, mujer de 44 años, Distrito Federal)

En general, la determinación del diagnóstico se vivió como la principal muestra del saber médico. Si “cree en el diagnóstico” confía en los facultativos, pero cuando no ocurre, se asume que el médico está poco capacitado y la satisfacción se percibió de manera negativa o produjo burla de otros facultativos, como le ocurrió a un paciente cuyo primer diagnóstico establecido por un médico privado, no estaba registrado en ningún libro de medicina:

*P: Fuimos con el primer doctor que me hizo estudios, radiografía, ultrasonido, muestra de sangre, de orina. Me había dicho que su diagnóstico era: hepatitis alcohólica. Cuando fui al GEA y los médicos me preguntaron, se empezaron a reír y me dicen: ¿Qué? Nunca habíamos escuchado ese diagnóstico.*

(Hospital Federal de Referencia, paciente hospitalizado de 36 años, Distrito Federal)

### Percepciones de los usuarios dentro del inmueble

La llegada de los pacientes adultos ya fueran hombre, mujeres o infantes, con o sin acompañantes a los tres tipos de hospitales, tuvieron como particularidad, la mayor o menor gravedad percibida, que en última instancia definió la manera de ingresar a los tres servicios. Este ingreso fue el contacto con el aparato administrativo que presentó algunas variaciones en normatividad o documentación solicitada, de acuerdo al tipo de institución.

Dentro, identificamos dos ejes a partir de los cuales se movieron las percepciones de los

pacientes, por un lado el eje de la satisfacción y trato con la atención hospitalaria y por otro lado, el eje de la actitud frente a la enfermedad y su respectivo proceso de recuperación.

En el eje de la satisfacción y trato con la atención hospitalaria, se ubicaron los pacientes que se sintieron satisfechos con el servicio recibido y aquellos que se dijeron insatisfechos. Las cualidades que los pacientes satisfechos encontraron en la institución fueron varias: atención rápida que les permitió desempeñar otras actividades que formaban parte de sus responsabilidades, ya fuera de trabajo, familiares o escolares.

Atención minuciosa, es decir, sentirse que como paciente, ameritaron cuidado, para lo cual, requirieron interacción con el grupo médico. Percepción de higiene en las instalaciones, ya fuera para necesidades personales (jabón, papel higiénico) o de las instalaciones (agua, limpieza constante). La certeza en el diagnóstico dada por el doctor, explicada de manera breve y entendible. También se consideró que se recibió una buena atención si las necesidades de los acompañantes de los pacientes internados fueron tomadas en cuenta, por ejemplo, si se contó con un albergue para dormir, bañarse o cambiarse de ropa (tabla 2.4).

Los datos cuantitativos fueron contundentes, 97% de la muestra consideró que el trato

recibido por parte del personal del hospital fue muy bueno y bueno (en una escala de cuatro opciones); en tanto que 91% de los internados y hospitalizados consideraron que la atención recibida en el hospital fue muy satisfecha y satisfecha (en una escala de cuatro opciones).

En tanto que los pacientes insatisfechos mencionaron como causas: no recibir alternativa de atención; la falta de medicamentos; poca claridad sobre al funcionamiento del hospital respecto a horarios, áreas, lugares y requisitos; prolongados tiempos de espera (más de una hora); cuando el personal se mostró insensible o indiferente con los padecimientos, es decir, cuando se trivializó la condición del enfermo que se dio principalmente si en los pasillos escucharon que los empleados realizaron compras que hacían a los vendedores por catálogo. Si como única alternativa de tratamiento los pacientes, solamente reciben analgésicos y no medicamentos para mejorar su condición, más allá de aminorar el dolor, como lo presentamos en el tabla 2.5.

El segundo eje referido a la actitud frente a la enfermedad y su respectivo proceso de recuperación, los pacientes desplegaron distintas actitudes frente al padecimiento y recuperación. Las percepciones fueron variadas, estuvieron los que tomaron una actitud activa frente a la enfermedad, es decir, continuaron con el trata-

**Tabla 2.4** Aspectos que producen satisfacción en los usuarios

Apartado cualitativo	Apartado cuantitativo
Atención rápida y minuciosa.	Bien atendidos y rápido.
Higiene en las instalaciones.	Han mejorado su salud.
Certeza en el diagnóstico.	Le han explicado bien la enfermedad.
Se satisfacen las necesidades de los acompañantes.	Le asignaron a la especialidad correcta.
	Los doctores le han generado confianza.
	Dan seguimiento a enfermedad.

Fuente: Encuestas y entrevistas en profundidad 2010.

**Tabla 2.5** Aspectos que producen insatisfacción en los usuarios

Apartado cualitativo	Apartado cuantitativo
Sin alternativa de atención. Falta de medicamentos. Poca claridad sobre funcionamiento del hospital. Tiempo de espera prolongado. Personal insensible.	Me han atendido mal. No me han diagnosticado. Tardaron mucho en atenderme. Esperaba mejor tratamiento. Esperaba más información médica. No han programado mi operación.

Fuente: Encuestas y entrevistas en profundidad 2010.

miento, buscaron información para entender lo que les sucedía (desde preguntarle a médicos y enfermeras hasta búsquedas por internet), o incluso los que buscaron alternativas para colaborar en su recuperación, sin contravenir los tratamientos médicos como realizar masajes, ejercicios y dietas.

También estuvieron los que actuaron de manera pasiva y esperaron que la recuperación proviniera de la institución hospitalaria. Fueron dependientes del sistema de salud, pero ni interiorizaron ni se apropiaron de estrategias de cuidado que les permitiera mejorar la salud. Por último, aquellos quienes están en fase de negación, que fueron los pacientes que rechazaron la condición que se les fue diagnosticada y buscaron altas voluntarias o evaluaron negativamente los servicios médicos descalificando el proceder de los doctores y la fiabilidad de los estudios practicados.

El duelo es la reacción normal después de la muerte de un ser querido o de una pérdida significativa en este caso la enfermedad o el padecimiento, supone un proceso más o menos largo y doloroso de adaptación a la nueva situación. Elaborar un duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que comporta. Integrar el duelo es todo un proceso que tiene como inten-

ción reconocer el dolor que nos produce la pérdida. Ross,<sup>33</sup> describe cinco etapas por las que transita la persona durante el duelo: negación y aislamiento, ira, pacto o negociación y depresión. El testimonio reveló la primera fase, referente a la negación de un agresivo y mortal cáncer por el que está siendo tratada en una unidad especializada:

*P: Sé que estoy enferma pero no... no me auto-compadezco ni siento que me voy a morir de eso... no me siento mal, pero me veo mal por la tez de mi piel que está muy pálida, pero de hecho estoy bien.*

(Instituto Nacional de Salud, mujer de 34 años, Distrito Federal)

## TRATO RECIBIDO

De la interacción de pacientes y acompañantes con el personal, ya fuera en consulta externa, urgencias u hospitalización, surgió un elemento que nos acercó a la satisfacción percibida, el trato recibido.

Excepto algunos comentarios negativos como diagnósticos equivocados, lenta atención

<sup>33</sup> Kubler, R. G. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.

en urgencias, médicos poco comunicativos e indiferencia del personal de trabajo social, la percepción general del trato fue “bueno” y definido por los usuarios con sinónimos como: “bien, amables, buenas personas, me gustó, de primera”.

El análisis permitió diferenciar entre HFR, INS e HRAE, que, como se mencionó anteriormente estuvo relacionado por la menor o mayor cercanía de los médicos especialistas con los pacientes, en esta escala de valores la menor percepción del “buen trato”, se manifestó en los HFR por la gran cantidad de población que atendieron cotidianamente, seguida por los INS que por sus características “filtraron” patologías muy particulares y atendieron menor cantidad de pacientes.

La mejor percepción se dio en los HRAE, primero por su alta especialización hacia padecimientos muy específicos y por su reciente construcción y funcionamiento. Aquí los pacientes percibieron un trato “muy personalizado”, ya que el volumen de atención fue muy bajo, al momento de las entrevistas, estas unidades funcionaban aproximadamente al 40% de su capacidad instalada. El “buen trato” percibido durante la atención médica recibida por las unidades hospitalarias se tradujo en satisfacción y en una actitud positiva frente a la enfermedad y proceso de recuperación.

### OPINIÓN SOBRE EL PERSONAL MÉDICO ESPECIALIZADO COMO ELEMENTO RESOLUTORIO

Ya fuera que los pacientes ingresaran por primera vez, que llevaran poco tiempo en la unidad hospitalaria, o fueran subsecuentes, percibieron que acercarse al “especialista” o las acciones

que generó, como enviarlos a otras especialidades o subespecialidades, realizar estudios, pruebas de laboratorio, referencias o recomendaciones, les permitió por un lado, acercarse a una posible solución del problema de salud y por otro, sentirse satisfechos con la atención recibida, como lo aclaró la madre de un menor hospitalizado:

*P: Lo llevaba a su citas, eso sí eran muchas hospitalizaciones que tenía mi hijo. Se enfermaba mucho de la garganta, allí fue donde los médicos se dieron cuenta de la infección. Lo que no me pareció fue que no me lo mandaron luego, luego directamente con el especialista porque nada más le mandaban el medicamento entonces, a mi niño ya le estaban matando los glóbulos rojos de su sangre. De veras, cuando vieron que no se le quitaba fue cuando me lo mandaron a nefro y allí se quedó y me dijeron que por qué no lo habían mandado antes.*

(Instituto Nacional de Salud, madre de un niño con problemas nefrológicos, Distrito Federal)

El acercamiento con el médico especialista redundó positiva o negativamente en el trato y la satisfacción recibida. Los pacientes se sintieron “bien cuidados”, si les dedicaron tiempo para explicarles sobre el padecimiento, el procedimiento que estaban llevando a cabo o el tipo de tratamiento que se debía seguir. Este tipo de interacción fue fundamental, pues les permitió sentirse “tomados en cuenta”, además de que generó un vínculo para adquirir una actitud activa en su recuperación en correspondencia con las recomendaciones médicas.

Por el contrario, si faltó interacción no solo se interpretó como mala atención en términos de trato y de satisfacción, sino incluso se llegó a dudar de la capacidad del médico, pues creó la

sensación de ignorar lo que sintió el paciente y la presencia de síntomas.

Desde los datos cuantitativos, los usuarios percibieron y calificaron la variable trato del personal médico de manera positiva. En una batería de interrogantes sobre el tema, se halló que si se sumaban las opciones “muchísimo” y “mucho” en si le permitió hablar sobre su estado de salud, sumó 88%; en si le explicó sobre su estado de salud, sumó 87%; en si le explicó el tratamiento que debía seguir, sumó 85%; si le explicó los cuidados a seguir, sumó 84%; y si le dio información clara, sumó 88%.

### Opinión sobre el personal del hospital

El contacto más importante para los usuarios fue del personal médico, sobre todo de los especialistas porque representaron solución a problemas. En tanto que el resto del personal mereció menos comentarios sin embargo, aquí también se valoró que la interacción que se mantuvo con los pacientes, fuera cálida y respetuosa. Frente a la amenaza que representó la enfermedad, se valoró positivamente cualquier tipo de interés «personalizado», porque minoró la angustia.

### Apoyo y redes sociales

Fuera de la unidad, pacientes y acompañantes desplegaron dos mecanismos destinados a promover el bienestar físico y mental: apoyo y las redes sociales.

Diversas investigaciones han revelado que los sujetos que percibieron altos niveles de apoyo social, presentaron un alto autoconcepto, un estilo de afrontamiento más adecuado ante el estrés, mayor autoestima y autoconfianza, mayor control personal y bienestar subjetivo y una

mejor salud en general, mientras que quienes reportaron mayores niveles de ansiedad, depresión, alta frecuencia cardiaca y presión arterial, así como pensamientos irracionales e incluso, ideas suicidas ante situaciones estresantes, mencionaron percibir bajos niveles de apoyo social.<sup>34,35,36,37,38,39</sup>

El apoyo social se refiere a la ayuda potencial con la que cuenta un sujeto<sup>40,41</sup> a través de su pareja y/o familia en primer lugar,<sup>42</sup> en segundo término, de sus amigos íntimos, la comunidad, y otros grupos cercanos como los

<sup>34</sup> Acuña, L. Bruner, C. (1999). “Estructura factorial del cuestionario de Apoyo Social de Sarason”. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(2), 267-279 Levine; Bashm y Sarason en México.

<sup>35</sup> Aduna, A. (1998). “Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios. Estudio experimental”. México: Tesis de Maestría, Facultad de Psicología: Universidad Nacional Autónoma de México.

<sup>36</sup> Díaz-Guerrero, R. (1986). *El ecosistema sociocultural y la calidad de vida*. México: Trillas.

<sup>37</sup> Green, B. Rodgers, A. (2001). “Determinants of Social Support Among Low-income Mothers: A Longitudinal Analysis”. New York; *American Journal of Community Psychology*: 29(3), 419-442.

<sup>38</sup> Solomon, Z. Mikulincer, M. y Avitzur, E. (1988). “Coping, Locus of Control, Social Support, and Combat-related Posttraumatic Stress Disorder: A Prospective Study”. *Journal of Personality and Social Psychology*; 55(2):279-285.

<sup>39</sup> Palomar L. J. y Cienfuegos Y.I.(2007). “Pobreza y apoyo social: un estudio comparativo en tres niveles socioeconómicos.” *Interamerican Journal of Psychology*; 41(2): pp. 177-188.

<sup>40</sup> Hansen, F. J. Fallon, A. F. Novotny, S. L. (1991). “The Relationship Between Social Network Structure and Marital Satisfaction in Distressed and non Distressed Couples: A Pilot Study”. San Diego, California; *Family Therapy: The Journal of the California Graduate School of Family Psychology*; 18(2), 101-111.

<sup>41</sup> Reyes, N., Cienfuegos, Y., Díaz-Loving, R., Sánchez, R. (en prensa). *Definición y medición del apoyo social en la pareja*.

<sup>42</sup> Ahluwalia, I. Dodds, J. & Baligh, M. (1998). “Social Support and Coping Behaviors of Low-income Families Experiencing Food Insufficiency in North Carolina”. *Carolina: Health Education & Behavior*. 25(5), 599-612.

vecinos y los compañeros de trabajo.<sup>43</sup> Bajo esta definición, nuestros sujetos contaron con los apoyos mencionados: familia, amigos y vecinos, que se describen a continuación (figura 2.15).



Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas en profundidad, 2010.

## Familia

En nuestro país el cuidado de la salud sigue correspondiendo en mayor medida a la familia y al sistema doméstico. La familia es un pilar básico en la provisión de cuidados del paciente, sin su participación activa difícilmente se alcanzan los objetivos marcados en la recuperación.<sup>44</sup> El papel de la familia en el proceso salud-enfermedad-atención se manifestó de

<sup>43</sup> Lemos, S. (1996). "Evaluación psicológica de riesgos para la salud". En: G. Buena-Casal, V. Caballo, J. Sierra. *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. España: Siglo XXI. (cap. 37)

<sup>44</sup> Muñoz, C. F. et al. (2002). "La familia en la enfermedad terminal", *Medicina de Familia*; 3(3):190-199.

diversas formas, de acuerdo con el tipo de organización familiar. La familia nuclear fungió como la principal red de apoyo, ya fuera por parte de la esposa:

*P: Mi hermano me trajo acá pero solo me vino a dejar y se fue a trabajar. Mi esposa se quedó y me estuvo acompañando hasta que salí.*

(Instituto Nacional de salud, hombre de 46 años, Distrito Federal)

O por parte del esposo:

*Mi esposo ha sido un brazo fuerte para mí, ha sido mis manos, mis ojos, mis pies, él me ha ayudado muchísimo.*

(Hospital Regional de Alta Especialidad, mujer de 43 años, Tapachula)

La familia extensa donde se detectó la presencia de abuelos, tíos, primos, suegros, no fue percibida como una red obligada de apoyo, pues se entendió que cada uno de estos familiares tenía responsabilidades hacia su núcleo respectivo, por lo que su intervención aunque limitada, fue altamente valorada, cuando se recibió. Las mujeres, fueron las principales encargadas del acompañamiento durante la enfermedad<sup>45</sup> y se solidarizaron con las familias afectadas, aquellas fueron madres, suegras, cuñadas y hermanas.

Cuando el apoyo provino de la madre:

*P: Pues mi mamá, le hablaba y le dije: ¡Oye! Échame la mano y te quedas con los niños en lo que llevo a Valeria. Ella se quedaba en mi casa*

<sup>45</sup> Herrera, S. P. M. (1997). "Familia funcional y disfuncional: un indicador de salud". Cuba: *Revista Cubana Medicina. General Integral*: 13 (6):591-5.

*desde el día antes a dormir para levantarse y estar con los niños.*

(Instituto Nacional de Salud, mujer de 34 años, Distrito Federal)

Cuando procedió de la suegra:

*E: ¿Quién más ha venido a verla?*

*A: Se ha quedado aquí mi suegra. Mi cuñada se ha quedado una vez.*

(Hospital Regional de Alta Especialidad, hombre de 19 años Tuxtla).

Cuando el acompañamiento surgió de la hermana:

*P: Pues a mí se me hace bonito. Al principio mi hermana me fue de mucha compañía, me acompañaba a la rehabilitación.*

(Instituto Nacional de Salud, hombre de 17 años, Distrito Federal)

Cabe señalar que la participación del hombre se estableció en términos de beneficio familiar y estuvo limitado a circunstancias específicas como los casos de padres solteros o cuando no se contaba con apoyo familiar, por la lejanía. Se identificó el involucramiento de los hombres, sobre todo en el proceso de pacientes en HRAE en el sureste del país, en ciudades como Tuxtla y Tapachula algunos fungieron como intérpretes entre la población indígena y el sistema hospitalario.

El apoyo social familiar fue importante ya que se convirtió en un soporte multidimensional. Por un lado, representó un aseguramiento económico ante los desembolsos que conllevó el proceso de atención médica, llegando a ha-

cerse cargo por completo de los gastos o consiguiendo recursos en momentos críticos.

Por otro lado, fue un acompañamiento físico, moral, emocional y simbólico para el paciente, porque la presencia de la familia durante el proceso le dio seguridad. La familia fue un agente de mediación entre el sistema hospitalario y el paciente, filtrando la información en la medida en que lo consideró conveniente, para no preocuparlo acerca de temas como gastos, diagnósticos y tratamientos.

Además del apoyo económico y acompañamiento, el grupo familiar influyó en la decisión de acudir a los servicios de atención médica, como se ilustró en el texto de un ama de casa diagnosticada con reumatismo:

*P: A veces ellas son las que me llevan al doctor. Luego ya sea mi papá o mis hermanas me dicen “me dijeron de tal doctor, vamos”. Por una de mis hermanas es que yo me vine a atender, porque la verdad si no hubieran insistido, no hubiera venido. Siempre: “y vamos y ándale y yo te llevo” (tose) en ese aspecto si me han ayudado.*

(Instituto Nacional de Salud, mujer de 53 años, Distrito Federal)

## Amigos

Cuando los familiares del paciente no pudieron dejar de atender sus actividades cotidianas para acompañarlo, intervinieron los amigos o conocidos que se convirtieron en un soporte emocional y moral durante el proceso. El apoyo propició mantener la dinámica familiar en la medida de lo posible. Cuando el enfermo fue alguno de los padres, se recurrió a algún amigo como acompañante, para que la pareja continuara con sus actividades y aminorara

las repercusiones de esta situación en la dinámica familiar, sobre todo en el cuidado de los hijos y en el aseguramiento de ingresos, como lo reflejó un testimonio de una madre de familia apoyada por una amiga para ir a consulta médica, por tener alta la azúcar:

E: ¿De dónde conoces a esta amiga?

P: *De mi trabajo. Sí, una vez me acerqué y le dije que cuando le hiciera falta alguien yo le echaba la mano y me dijo que sí. En una ocasión, me dijo ella: “Ale, ¿no me echas la mano el sábado?” y le dije “sí”. De allí platicamos y todo, me echa mucho la mano, me ayuda. Te digo que platicué con ella y ella me llevó al doctor. Ella es muy buena onda.*

(Hospital Federal de Referencia, mujer de 22 años, Distrito Federal)

Se encontró que los amigos que conformaron el círculo social de los pacientes, se involucraron generalmente en menor medida durante el proceso de atención; pero cuando lo hicieron, fungieron como acompañantes o como mediadores entre el paciente y sus actividades en la vida cotidiana, sobre todo en las actividades laborales y escolares.

En ocasiones, cuando las circunstancias no favorecieron que la familia acompañara al paciente, se recurrió a algún amigo de mucha confianza que representó un soporte emocional de desahogo entre pares, con quien se podía hablar de manera íntima acerca del estado de salud y expectativas sobre la enfermedad, para no preocupar a la familia. Además, los amigos fueron figuras a quienes se les tenía confianza para manifestar situaciones o experiencias íntimas:

P: *Conviví mucho tiempo, pues somos amigas desde hace años, ella me cuenta sus problemas, sus cosas, y yo siempre oigo que viene con un neurólogo, psiquiatra, cuesta mucho. Nosotras le sugerimos, le recomendamos este hospital, le dijimos que era bueno, “mira vamos”.*

(Amiga de paciente no atendida, Hospital Regional de Alta Especialidad, Tamaulipas)

## Vecinos

Los vecinos constituyeron también fuentes de apoyos importantes. Los vínculos de amistad estuvieron establecidos por intereses comunes y actividades compartidas. Los apoyos dados por la red de amigos son más públicas que los que operan al interior de la familia, pero más personales.<sup>46</sup> La red de amigos, más que la existencia de solo un bueno o buena amigo/a, fue esencial para el cuidado fuera del ámbito del hogar, como acompañamiento para acudir a las citas médicas, apoyo moral durante la hospitalización o prestamos de dinero para pago de medicamento u otros insumos sanitarios:

E: *Sí tiene una red grande, están sus vecinas... hay varia gente que se involucra.*

P: *Soy muy sociable con la gente y eso me ayuda a que se me abran muchas puertas. El hecho que no seas huraño, te hace ver la vida de otra forma.*

(Hospital Federal de Referencia, mujer de 48 años, Distrito Federal)

<sup>46</sup> Windsor, T.D., Anstey, K. y Rodgers, B. (2008). “Volunteering and Psychological Well-Being Among Older Adults: How Much is Too Much”. *The Gerontologist*; 48(1):59-70.

El otro mecanismo que promovió el bienestar físico y mental fueron las redes sociales. Se entiende por estas, aquellos grupos capaces de brindar ayuda, a través de las cuales se recibieron recursos materiales y psicológicos que le permitió a los sujetos responder de una forma más adaptativa a las situaciones reales o potenciales consideradas, altamente demandantes.<sup>47,48,10</sup>

A partir del análisis se identificaron algunas de las redes sociales que brindaron ayuda a usuarios y acompañantes, como organizaciones civiles que apoyaron con alimentación y cobijas, principalmente a los acompañantes:

*P: La señorita que viene a veces nos trae un sándwich y estamos bien.*

(Hospital Federal de Referencia, mujer de 47 años, Distrito Federal)

En otros casos, pacientes y familiares solicitaron apoyos a los gobiernos municipales para cubrir gastos de transporte y pago de servicios, o bien, los familiares fueron vinculados a albergues por parte de algunos hospitales sobre todo en el interior de la república, para acceder a servicios de alojamiento y sanitarios, en el caso de pacientes hospitalizados originarios de comunidades lejanas:

*P: Sí mira, cuando nosotros pedimos el apoyo se nos dió, el detalle es que, pues pagas tus pasajes por medio del Ayuntamiento que brinda apoyo cuando es lunes y viernes, siempre y cuando tengamos consulta.*

(Hospital Regional de Alta Especialidad, mujer de 65 años, Yucatán)

En el caso de los programas de asistencia social, fue común la utilización del Seguro Popular, que se define como un instrumento creado para brindar protección financiera a los mexicanos, ofreciendo una opción de aseguramiento público en materia de salud a todas las familias y ciudadanos que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social.<sup>49</sup> A nivel nacional, está inscrita al Seguro Popular 23.3% de la población nacional.<sup>50</sup>

*P: Y fijate que con el Seguro Popular uno piensa que posiblemente no se hubiera tenido que pagar nada, pero se tuvo que conseguir una “lanita”, una “lanita” que teníamos, 1 500 pesos y cubrir la cuota de casi 6 mil pesos.*

(Hospital Federal de Referencia, mujer de 73 años, Distrito Federal)

También, algunas organizaciones civiles y patronatos otorgaron apoyo en materia de alimentación, dirigida sobre todo a los familiares de pacientes hospitalizados:

*P: Tiene muy poco tiempo. Hasta ahora que se enfermó él es que empezamos a usar el albergue porque en tiempo de agua me enfermé yo, por mucha agua, mucha humedad. Me enfermé y nos fue a decir la trabajadora social que por qué no nos íbamos a un albergue que porque*

<sup>47</sup> Barrón, A. (1996). *Apoyo social*. Madrid, España: Siglo XXI.

<sup>48</sup> Fernández del Valle, J., Bravo, A. (2000). “Estructura y dimensiones de apoyo de la red social en los adolescentes”. Barcelona: *Anuario de Psicología*; 31(2), 87-105.

<sup>49</sup> México. Secretaría de Salud. ¿Qué es el Seguro Popular? Disponible en: <http://www.ssa-sin.gob.mx/SEGUROPOPULAR/Index.htm>

<sup>50</sup> INEGI. Panorama socio demográfico de México. Censo de Población y Vivienda 2010. Disponible en: <http://www.censo2010.mx>

*íbamos a estar sufriendo allí. Si mi hijo estaba aquí adentro, no nos podíamos quedar con él, mejor que fuéramos a descansar y ya nos dio un papel, nos dieron un cuarto.*

(Hospital Regional de Alta Especialidad, mujer de 51 años, Tuxtla)

Finalmente varias organizaciones religiosas a través de sus miembros, realizaron visitas a los acompañantes, y algunas veces a los pacientes, ya fueran evangélicos:

*P: Recibí mucho apoyo, me visitaron de la iglesia evangélica, espiritista, católicos, metodistas, me pasaron a visitar.*

(Instituto Nacional de Salud, hombre de 78 años, Distrito Federal)

○ grupos cristianos:

*P: Hasta incluso un grupo de los que van a dejar que comer a los pacientes, a regalar cosas, un grupo de estudiantes... de una casa de cristianos, nos ayudaron, oraron por mi hija, nos hicieron una oración y todo.*

(Hospital Federal de Referencia, mujer de 39 años, Distrito Federal)

### Racionalizar los gastos generados por la enfermedad

Pacientes y familiares sabían que recibir atención médica por el complejo sistema hospitalario, en cualquiera de sus modalidades, generaría gastos imprevisibles que afectarían la economía familiar. Dinero, tiempo y esfuerzo, fueron invertidos en la recuperación propia o de algún familiar, siendo cuatro los rubros (medicamentos e insumos, traslados, alimentos y estancia)

que se debieron cubrir durante los procesos de ingreso y/o de recuperación.

Los pacientes percibieron que la llegada a la atención hospitalaria requirió del uso de medicamentos o de insumos y que mientras más especializado fuera (por ejemplo un INS o HRAE), los requerimientos serán de mayor costo. Si bien en algunos casos, parte del medicamento fue proporcionado gratuitamente, en otros, se requirió de dinero personal o familiar para costearlo, esto lo supo de manera fehaciente esta paciente cuyo ingreso familiar se vio disminuido:

*P: No, los medicamentos no los dan aquí, se tienen que comprar aparte. Son caros, ahorita me tengo que estar poniendo dos spray diarios, uno inhalado, y el de la nariz. El más caro está en 400 pesos, entonces sí tengo que ser muy cuidadosa, porque aparte caros y son cualquier cosita, muy pequeñitos. No he ido nunca a los similares, la indicación que me dio el doctor es que sea de patente porque son para el tratamiento.*

(Instituto Nacional de Salud, paciente de consulta externa, Distrito Federal)

Los traslados incluyeron remuneración de pago del servicio de taxis para llegar a tiempo y alcanzar ficha y pasaje en los autobuses para desplazarse de una ciudad a otra, principalmente si vivieron en el interior del país. A pesar de que se hizo uso de los sistemas de transporte público existentes, el traslado generó gastos considerables, como le ocurrió a un joven desempleado y casado con un hijo que debió trasladarse al hospital por problemas renales:

**E: ¿Cuánto es lo que inviertes en pasajes para venir hasta acá?**

*P: ¡Uh! como unos 600 pesos, vengo desde Mogotes, a un lado de Abasolo, 300 pesos en el camión de venida y otros 300 en el de ida, más la comida que es un extra. Me hospedo con un amigo, imagínate si pagara hospedaje, en cuánto no me saldría.*

(Hospital Regional de Alta Especialidad, hombre de 28 años, León)

La asistencia al hospital generó gastos en alimentos, ya fuera por la permanencia en hospitalización de un familiar o por asistir individualmente a una consulta y aunque los pacientes fueron implementando estrategias para disminuir este tipo de gastos, como llevar comida de la casa o recibir la alimentación de organizaciones y patronatos, no dejó de ser significativo. La descripción etnográfica de un HRAE dio idea del problema, primero de los lugares donde comer y los costos:

*Cabe señalar que no se observan servicios como teléfono público o lugares para comer. La ubicación del hospital genera inconvenientes tanto a pacientes como a familiares e incluso al personal del hospital, ya que el centro comercial más cercano donde conseguir alimentos o llamar por teléfono, se ubica como a 15 minutos por la carretera. Los únicos lugares cercanos para comer son unas fondas ubicadas al otro lado de la carretera, pero para llegar es peligroso, a pesar de que a la altura del hospital existe un puente peatonal, la gente suele cruzarse la carretera por abajo. En estas fondas la comida se prepara a la intemperie, ofreciendo comida corrida por 25 pesos. Sin embargo, esta opción no siempre es accesible para los familiares de los pacientes pues no cuentan con recursos suficientes para solventar gastos diarios de alimentación y transportación.*

(Etnografía de un Hospital Regional de Alta Especialidad, Tapachula)

En los casos en los que pacientes o los acompañantes llegaron desde otra ciudad o poblado para poder acompañar al familiar, involucró gastos por alojamiento. Aunque muchas de las veces trataron de obviarlo ya fuera pasando la noche en el exterior de los hospitales, en las salas de espera o en los albergues, hubo momentos en los que no se pudo eludir para el pago de regaderas o baños. Esta condición se aplicó para acompañantes de pacientes que se encontraron internados u hospitalizados.

*A: Cuando vinimos a cuidar a mi hijo, todos nos quedábamos afuera en la entrada, allá nos quedábamos a dormir. Todos los familiares, allí se quedaba la gente a dormir. En la entrada pero allá afuera en la calle, poníamos cartones en el piso.*

(Hospital Regional de Alta Especialidad, acompañante de niño hospitalizado, Tuxtla)

En el continuo del tiempo, después del itinerario en la atención hospitalaria (Modelo I), llegamos a la solución del problema.

### Solución del problema por el que acudieron

Desde la biomedicina, solucionar el problema por el que acudieron a los hospitales, se relativizó de acuerdo a la condición de salud, el (los) diagnósticos, y al área de servicio donde fueron atendidos. Para los pacientes que presentaron enfermedades crónica-degenerativas y fueron atendidos mayoritariamente en consulta externa, no tenían prospecto de solución, solamente

control de la enfermedad a partir del tratamiento establecido. Para aquellos que acudieron por enfermedades agudas y entraron por el servicio de urgencias, tenían perspectiva de curación y para los enfermos terminales que estaban hospitalizados, las posibilidades de recuperación fueron nulas.

Desde la experiencia de los usuarios, se encontraron varias posiciones frente a la solución. Estuvieron los curables, los no curables y los no diagnosticados. Los “curables” generaron una mayor expectativa de atención, sobre todo en aquellos pacientes informados con actitudes positivas sobre tratamiento, disciplina en las citas para consultas. Entre los “no curables”, estuvieron los “terminales” y los “de por vida”. Los primeros se encontraban en fase de negación (duelo), pensaban que vivirán siempre en tratamiento; matizaron su estado de salud con esperanza, como magistralmente lo señaló un hombre con enfermedad terminal, durante una entrevista piloto:

*El fútbol como la vida misma, se acaba cuando se acaba.*

En los segundos, “de por vida”, se manifestó lo conveniente de “estar enfermo”, ya que obtuvieron un beneficio secundario como mayor atención por los familiares y amigos, reconocimiento social, control familiar o valoración. Los no diagnosticados tuvieron actitudes pasivas o activas; los pasivos asumieron que la resolución no se encontraba en sus manos, la eficacia simbólica estaba en el personal médico y en las creencias mágicas. Los activos, explicaban su enfermedad a partir de lo que conocían; buscaron posibles causas para explicar su malestar; mediante información especializada, llegaron a desarrollar un lenguaje sofisticado, sin

tener profundidad en la comprensión de los conceptos.

## CONCLUSIONES

Los testimonios permitieron inferir que el grupo de usuarios encuestados y entrevistados durante su andar por los hospitales, se acomodó al sistema de salud, entendido como una estricta normatividad que funciona y maniobra “puertas adentro” de los inmuebles.

Nuestra investigación reveló que el proceso adaptativo se inició, para nuestros usuarios, tiempo atrás, cuando las primeras señales de que algo fuera de lugar ocurría en sus cuerpos. Este acomodo no se instituyó cuando ingresaron a los servicios de los diversos hospitales y fueron entrevistados.

Las experiencias se incrustaron en un pasado lejano (dependiendo del tipo de malestar) y recorrieron un largo camino que ayudó a forjar expectativas futuras sobre elementos como trato, relación con los médicos, diagnóstico y solución de problemas. Hallamos un mundo paralelo e inexplorado, basado en los relatos de los informantes que floreció fuera de las instancias de salud. Las organizaciones sociales como los hospitales históricamente estandarizan los comportamientos con los que funcionan los sistemas sociales, sin embargo dejan fuera de su influencia y control el mundo social de los pacientes, las preocupaciones económicas, laborales, domésticas, y/o escolares, las relacionadas con el estado de ánimo, el impacto en la dinámica de la familia.

La adaptación al sistema de salud, permitió el acceso y la creación de todo tipo de estrategias alternativas, al margen de la norma para acelerar los procedimientos, como acceder a

conocidos que trabajen dentro. Todos estos componentes marginales, finalmente se convierten en componentes que aseguran la continuidad de su funcionamiento.

Ahora lo que quedó fuera de la visión institucional y normativa, adquirió una gran importancia para el propio sistema de salud, porque sabemos que las experiencias del pasado fraguan percepciones, actitudes y expectativas que determinan la elección y la valoración de procesos que se traducen en políticas públicas como la salud (satisfacción de los usuarios, la atención centrada en el paciente, autonomía, discriminación y trato).

La experiencia es un momento dentro de una continuidad, no es un incidente aislado, es interacción entre el sujeto y el medio. Se inició mucho antes de que ocurriera el *Itinerario de atención hospitalaria* (Modelo I), es un conocimiento que se ha transformado durante el transcurso de la enfermedad ante la ocurrencia de los desencuentros y aciertos con el sistema de salud y está relacionado con la satisfacción y el bienestar subjetivo.

La naturaleza de la experiencia involucra un elemento activo y otro pasivo. El primero está relacionado con ensayar y experimentar, con el *Itinerario en la atención médica* (Modelo I) previo a la visita a los hospitales, donde no solucionan sus problemas médicos ni fueron diagnosticados en unidades del primer nivel en clínicas del ISSSTE y del IMSS, ni en la atención proporcionada por hospitales privados de dudosa procedencia, donde el diagnóstico fue equivocado.

El elemento pasivo, tuvo que ver con sufrir y padecer de los individuos y del grupo de pertenencia, que en el caso de nuestro grupo fue una afectación directa dada su característica de población no asegurada, que sufrió todo el im-

pacto de la crisis. En la población derechohabiente, las instituciones de salud a las que estaban afiliadas, proporcionaron a sus usuarios medicamentos, insumos e intervenciones quirúrgicas que finalmente amortiguaron la crisis producida por la pérdida de la salud.

Cuando hablamos de un ámbito de la experiencia, por ejemplo, en la atención a la salud, como fue el caso de esta investigación, se habla del bienestar de los usuarios, que históricamente se “mide” a través de dos conjuntos de indicadores. Los objetivos que generan datos numéricos que permiten cuantificar el fenómeno y dan cuenta de variables individuales como edad, sexo, personalidad, salud física, estado civil, ingreso, consumo, educación, tipo de seguridad social, padecimiento, etc., variables nacionales económicas, laborales, sociales, ambientales, tipo de hospital al que tiene acceso, área de atención o especialidad.

Otros son los indicadores subjetivos que se refieren al bienestar subjetivo (para mayor comprensión ver Modelo II), adquieren cada vez mayor importancia, porque se ubican en el continuo de la experiencia. Rojas,<sup>51</sup> menciona que los individuos experimentan el bienestar subjetivo en varios planos: cognitivo relacionado con las metas-intenciones que generan logros o con las metas-imposibilidades que produce fracasos (más cercano a la satisfacción); afectivo concerniente a las emociones y los estados de ánimo (más relacionado con la felicidad); sensorial perteneciente a los sentidos (dolor y alivio) y el místico, referente a la espiritualidad (tabla 2.6).

<sup>51</sup> Mariano Rojas (2011). “El bienestar subjetivo: su contribución a la apreciación y la consecución del progreso y el bienestar humano”. *Revista Internacional de Estadística y Geografía*. vol. 2, núm. 1, enero-abril 2011: 64-77.

**Tabla 2.6** Planos donde los usuarios experimentan bienestar subjetivo

<b>Cognitivo</b>	<b>Afectivo</b>	<b>Sensorial</b>	<b>Místico</b>
Percepción de satisfacción insatisfacción con trato y atención recibidos en los hospitales	Preocupaciones del usuario sobre los estado de animo	Percepción del dolor e incapacidad como detonante en la búsqueda de atención médica especializada	Apoyo social de instituciones religiosas y espiritualidad personal

Las personas realizan apreciaciones de satisfacción y felicidad en largo y corto plazo. El largo plazo se relaciona con la felicidad en donde la vida se vive como un todo, ya sea de manera permanente o transitoria; el corto plazo, concierne a la satisfacción y a sus aspectos específicos que pueden ser permanentes (satisfacción en los dominios de vida, como la salud en general) o transitoria o temporal como los eventos de salud ocurridos durante la atención médica. En este corto plazo, la vida del usuario se vive como un todo, ya que la crisis producida por la enfermedad o el padecimiento termina

por afectar todas las esferas individuales y familiares del enfermo, todos los esfuerzos económicos, todos los apoyos sociales e institucionales se enfocan sobre la restauración de la salud que ya nunca será igual (utopía) y se establece como una experiencia pico que da cuenta de una satisfacción instantánea que hace referencia a estados cognitivos y emotivos ligados a la experiencia de corta duración que se vive por los afectados con menor o mayor intensidad dependiendo de la trayectoria de pacientes y acompañantes por el sistema de salud que se describió a partir del Modelo I.

# EXPECTATIVAS, EXPERIENCIAS Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN: UN ENFOQUE CUANTITATIVO

## INTRODUCCIÓN

En este capítulo se presentan los resultados del estudio cuantitativo basado en una muestra de 2176 usuarios cuya información fue proyectada a un total de 1 457 964 consultas otorgadas en las unidades médicas estudiadas durante noviembre de 2010. Por lo tanto, las cifras presentadas en las tablas se refieren a estimadores de totales y porcentajes poblacionales en dicho periodo.

Los datos de la muestra se proyectaron a toda la población usando los factores de expansión o pesos muestrales. Estas cantidades indican a cuántos individuos de la población representa cada sujeto muestreado. Pueden o no considerarse los factores de expansión al momento de estimar los parámetros de un modelo, y la desviación estándar de esos parámetros. Sin embargo, los resultados obtenidos en uno y otro caso generalmente no son iguales como mencionan Hosmer y Lemeshow.<sup>1</sup> Ignorar los factores de expansión al analizar los datos equivale a suponer que la muestra se seleccionó mediante un muestreo aleatorio simple. En nuestro estudio, la muestra se seleccionó mediante un muestreo estratificado y los datos fueron ponderados por unidad médica y servicio (consulta externa, urgencias y hospitalización).

Los análisis presentados en este capítulo tienen como objetivo responder las primeras tres preguntas de investigación planteadas al final del capítulo introductorio de este libro. La primera pregunta de investigación busca determinar si existe alguna relación entre la satisfacción

---

<sup>1</sup> Hosmer, D. W. y Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression*. 2a. ed. New York: John Wiley & Sons.

con la atención recibida en la unidad médica y las características sociodemográficas, la condición de salud, las preocupaciones económicas, sociales, emocionales y relativas a las actividades cotidianas de los usuarios, así como con la atención y el trato otorgados por el personal de la institución de salud. La segunda y la tercera pregunta de investigación tienen como finalidad determinar si la distancia entre las expectativas y experiencias de distintos grupos de usuarios se relaciona con la satisfacción con la atención recibida. Para responder las preguntas anteriores se ajustaron modelos de regresión logística y se hizo un análisis de árbol de decisiones. Los análisis se realizaron con los paquetes estadísticos R 2.13 y SPSS v15.

En la primera sección presentamos los resultados de los modelos logísticos simples, en la segunda se presenta el modelo logístico múltiple<sup>2,3</sup> y en la tercera se incluyen los resultados de un análisis de árbol de decisiones. En todos los análisis, la variable dependiente es una variable binaria codificada como 1, si el usuario quedó muy satisfecho (37.3%) con la atención recibida, y cero en caso contrario (62.4%). Es decir, esta segunda categoría de la variable dependiente engloba a las siguientes respuestas: satisfecho (54.3%), poco satisfecho (7.5%) y nada satisfecho (0.6%). Cabe mencionar que cinco usuarios no respondieron la pregunta referente a la satisfacción con la atención, por lo que solo es posible proyectar los resultados a un total de 1,452,179 consultas (99.6%) —o menos— en caso de que las variables independientes también tengan valores faltantes.

<sup>2</sup> Korn, E. L. y Graubard, B. I. (1999). *Analysis of Health Surveys*. New York: Wiley.

<sup>3</sup> Heeringa, S. G. West, B. T. y Berglund, P. A. (2010). *Applied Survey Data Analysis*. Boca Raton, Florida: Chapman & Hall/CRC.

Los pasos seguidos para construir el modelo logístico múltiple se describen en la sección 4.2 del libro de Hosmer y Lemeshow. Estos pasos son los siguientes: (1) examinar la asociación entre cada una de las variables independientes y la variable de respuesta; (2) incluir en el modelo logístico múltiple a las variables independientes cuya prueba de asociación con la variable de respuesta haya producido un nivel de significancia menor a 0.25; (3) examinar el coeficiente estimado y la significancia estadística de cada una de las variables independientes incluidas en el modelo logístico inicial, con el fin de determinar qué variables pueden ser eliminadas. También se recomienda agregar al modelo a las variables independientes que, de acuerdo con el paso (1) no están asociadas con la variable respuesta, ya que en presencia de otras variables pueden tener un efecto significativo en ella; (4) determinar si es necesario recodificar alguna variable independiente cualitativa o transformar alguna variable independiente continua; (5) determinar si es necesario incluir interacciones en el modelo y (6) evaluar la bondad de ajuste del modelo.

## MODELOS LOGÍSTICOS SIMPLES

Poco más de una tercera parte de los hombres y de las mujeres reportaron sentirse muy satisfechos con la atención recibida en la unidad médica, tabla 3.1. El 42% de los pacientes atendidos en el área de hospitalización quedaron muy satisfechos. El porcentaje de usuarios muy satisfechos con la atención recibida en el área de urgencias fue de 33% y para la consulta externa 38%. Además, cerca del 40% de los usuarios de cualquier grupo de edad quedaron muy satisfechos con la atención. Un 45% de las personas

con estudios universitarios completos quedaron muy satisfechas, en comparación con un 33% a 39% de los usuarios con menor escolaridad. Con respecto al tipo de padecimiento, el 66% de los enfermos terminales quedaron muy satisfechos en comparación con un 30% a 40% de los pacientes con una enfermedad no terminal. Únicamente se encontró asociación significativa entre el tipo de padecimiento y sentirse muy satisfechos con la atención recibida  $P = 0.023$ , tabla 3.2.

De acuerdo con la tabla 3.3, el 43% de los usuarios subsecuentes de las unidades médicas

se sintieron muy satisfechos con la atención recibida, en contraste con el 24% de los pacientes que acudieron por primera vez; estos porcentajes fueron significativamente distintos entre sí,  $P = 0.000$ , tabla 3.4. El 39% de los usuarios que sí esperaban que les realizaran algún tipo de estudios se sintieron muy satisfechos con la atención recibida. Este porcentaje es significativamente distinto ( $P = 0.021$ ) al de los usuarios que no esperaban que les realizaran algún tipo de estudios y que quedaron muy satisfechos con la atención, 33%. El 42% de los usuarios sometidos a algún tipo de estudio médico se

**Tabla 3.1** La variable: sentirse o no muy satisfecho con la atención recibida se tabuló *versus* algunas características sociodemográficas y de condición de salud de los usuarios de las unidades médicas\*

Datos generales		Totales estimados			Porcentajes		
		No muy satisfecho	Muy satisfecho	Total	No muy satisfecho	Muy satisfecho	Total
<b>Sexo</b>	Masculino	334902	178710	513612	65	35	100
	Femenino	573239	363232	936471	61	39	100
	Total			1450083			
<b>Área</b>	Consulta externa	724035	440187	1164222	62	38	100
	Hospitalización	45063	33287	78350	58	42	100
	Urgencias	139802	69805	209607	67	33	100
	Total			1452179			
<b>Grupo de edad</b>	Niños y adolescentes	202867	122742	325609	62	38	100
	Adulto joven	252227	122754	374981	67	33	100
	Adulto maduro	341130	223247	564377	60	40	100
	Adulto mayor	112676	74536	187212	60	40	100
	Total			1452179			
<b>Escolaridad</b>	Primaria incompleta	276306	168775	445081	62	38	100
	Primaria completa	150521	94637	245158	61	39	100
	Secundaria completa	245724	120246	365970	67	33	100
	Preparatoria completa	131064	78878	209943	62	38	100
	Profesional completa	97591	78347	175939	56	45	100
	Total			1442089			
<b>Tipo de padecimiento</b>	Agudo	206389	101215	307603	67	33	100
	Crónico	508254	321177	829431	61	39	100
	Grave	57812	23612	81423	71	29	100
	Terminal	8557	16247	24804	34	66	100
	Otro	126438	80805	207243	61	39	100
	Total			1450504			

\*Las columnas tres a cinco muestran los estimadores de los totales poblacionales y las últimas tres columnas presentan los porcentajes estimados.

**Tabla 3.2** Modelo logístico simple para características sociodemográficas y condición de salud

Pregunta	Grados libertad numerador	Grados libertad denominador	F de Wald corregida	p
Sexo	1	2,148	2.05	0.152
Área	2	2,151	2.99	0.051
Grupo de edad	3	2,150	1.51	0.211
Escolaridad	4	2,133	1.59	0.175
Tipo de Padecimiento	4	2,147	2.84	0.023

Para cada una de las características sociodemográficas y de condición de salud mostradas en esta tabla se ajustó un modelo logístico simple con el fin de determinar si están asociadas con sentirse o no muy satisfechos con la atención recibida en la unidad médica. Únicamente el tipo de padecimiento está asociado significativamente a la satisfacción con la atención recibida.

**Tabla 3.3** Comportamiento de los usuarios con respecto a las variables: sentirse o no muy satisfecho con la atención médica *versus* ser paciente de primera vez o subsecuente y sus expectativas y experiencias con respecto a los estudios médicos

Experiencia con el hospital		Respuesta	No muy satisfecho	Muy satisfecho	Total	No muy satisfecho	Muy satisfecho	Total
Pregunta N°								
p15.		Sí	311333	99185	410519	76	24	100
		No	597567	444094	1041660	57	43	100
		Total			1452179			
p34.		Sí	594364	387160	981524	61	39	100
		No	311865	152583	464447	67	33	100
		Total			1445971			
p35.		Sí	563866	416060	979926	58	42	100
		No	340156	126996	467152	73	27	100
		Total			1447077			

**P15.** ¿Acude por primera vez a este hospital?

**P34.** Sin considerar la atención médica de su doctor ¿Usted esperaba que le realizaran algún tipo de estudios?

**P35.** Sin considerar la atención médica de su doctor ¿Le han realizado estudios con relación a su padecimiento/embarazo actual?

sintieron muy satisfechos con la atención recibida en contraste con el 27% de los usuarios que no tuvieron que realizarse ningún estudio; estos porcentajes son significativamente distintos,  $P = 0.000$ , tabla 3.4.

La pregunta 17 del cuestionario (A partir de la hora registrada en su cita, ¿cuánto tiempo

permaneció esperando recibir atención médica?) solo fue contestada por los pacientes atendidos en la consulta externa y el resto de los pacientes contestaron la pregunta 18 (“Y desde que llegó al hospital, ¿cuánto tiempo esperó para recibir atención médica?”). Todos los usuarios respondieron la pregunta 19 referente

**Tabla 3.4** Modelos logísticos simples que exploran la asociación entre sentirse o no muy satisfecho con la atención médica *versus* ser paciente de primera vez o subsecuente y las expectativas y experiencias con respecto a los estudios médicos\*

Pregunta	Grados libertad numerador	Grados libertad denominador	F de Wald corregida	p
p15	1	2152	39.3	0
p34	1	2126	5.3	0.021
p35	1	2145	27	0

\* Las tres variables están asociadas significativamente con sentirse o no muy satisfechos con la atención médica recibida.

P15. ¿Acude por primera vez a este hospital?

P34. Sin considerar la atención médica de su doctor ¿Usted esperaba que le realizaran algún tipo de estudios?

P35. Sin considerar la atención médica de su doctor ¿Le han realizado estudios con relación a su padecimiento/embarazo actual?

al tiempo que creían que tendrían que esperar para recibir atención médica. El intervalo al 95% de confianza para la mediana, tabla 3.5, indica que la mitad de los pacientes esperaron entre 30 y 60 minutos para ser atendidos; cuando ellos creían que tardarían 60 minutos, tabla 3.6. Los estimadores puntuales presentados en la tabla 3.5, indican que un 25% de los usuarios esperó entre uno y 20 minutos para ser atendidos, en cambio, la tabla 3.6, muestra que 25% de los usuarios creía que esperaría hasta 30 minutos. Análogamente, de acuerdo con la tabla 3.5, el 25% de los usuarios esperó entre dos y 48 horas, mientras que la tabla 3.6, muestra que 25% de los usuarios creía que el médico tardaría más de 1.5 horas en atenderlo.

**Tabla 3.5** Estimadores puntuales e intervalos al 95% de confianza para los percentiles de la variable: tiempo que permanecieron esperando recibir atención médica los usuarios que acudieron a consulta externa (P18) y a urgencias u hospitalización (P17)

p17 y p18. ¿Cuánto tiempo permaneció esperando recibir atención médica?	Percentil	Estimador puntual	Intervalo al 95% de confianza	
			Límite inferior	Límite superior
	Mínimo	1	1	1
	Percentil 25%	20	15	20
	Mediana	40	30	60
	Percentil 75%	120	90	120
	Máximo	2880	2880	2880

**Tabla 3.6** Estimadores puntuales e intervalos al 95% de confianza para los percentiles de la variable: tiempo que creían los usuarios que iban a esperar para recibir atención médica

p19. ¿Cuánto tiempo creía que iba a esperar para recibir atención médica?	Percentil	Estimador puntual	Intervalo al 95% de confianza	
			Límite inferior	Límite superior
	Mínimo	1	1	1
	Percentil 25%	30	30	30
	Mediana	60	60	60
	Percentil 75%	90	60	90
	Máximo	2880	2880	2880

De acuerdo con los resultados de los modelos logísticos presentados en la tabla 3.7, el estar o no muy satisfecho con la atención recibida está asociado significativamente con el tiempo

que permanecieron esperando para recibir atención médica  $P < 0.001$ , pero no con el tiempo que creían los usuarios que tendrían que esperar  $P = 0.741$ .

**Tabla 3.7** Modelos logísticos simples para determinar si existe asociación entre sentirse o no muy satisfecho con la atención médica y el logaritmo natural del tiempo que esperaron (P17 y P18) y que creían que iban a esperar (P19) para recibir atención médica\*

Pregunta	Grados libertad numerador	Grados libertad denominador	F de Wald corregida	P
p17 y p18	1	1,731	12.13	0.001
p19	1	1,827	0.11	0.741

\* Únicamente el (logaritmo natural) del tiempo de espera (p17 y p18) está asociado significativamente con la satisfacción.

P17. A partir de la hora registrada en su cita, ¿cuánto tiempo permaneció esperando recibir atención médica?

P18. Y desde que llegó al hospital, ¿cuánto tiempo esperó para recibir atención médica?

P19. Y desde que llegó al hospital, ¿cuánto tiempo creía que iba a esperar para recibir atención médica?

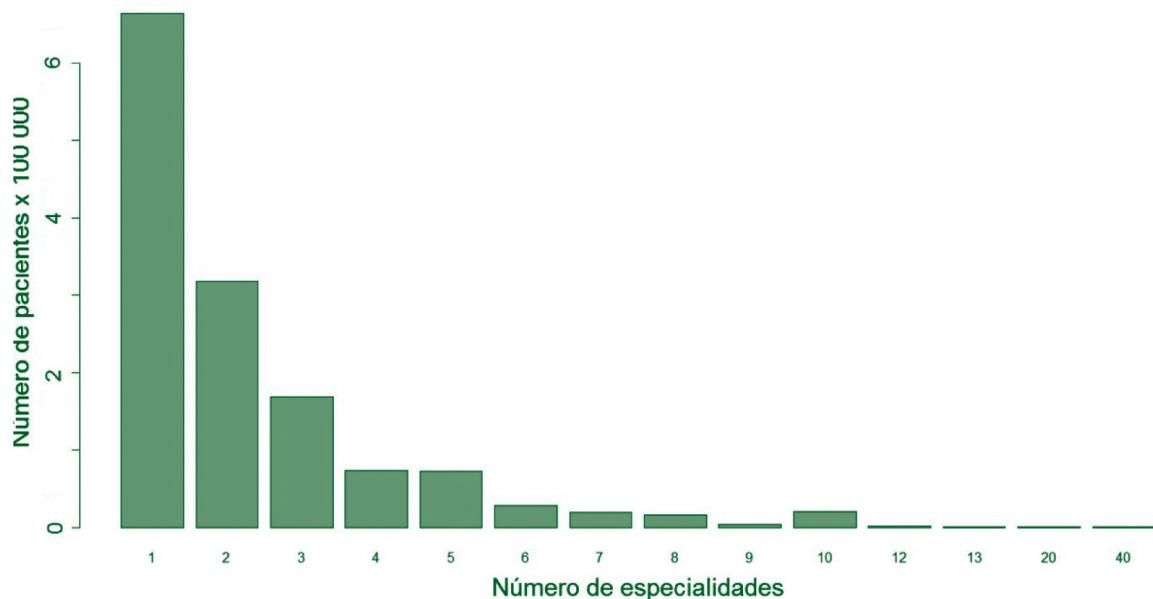
Poco más de 600,000 pacientes (46%) fueron atendidos en una sola especialidad y aproximadamente 300,000 (22%) en dos; 27% de los usuarios fueron atendidos en tres o más especialidades y 5% no sabe o no respondió la pregunta, figura 3.1.

Con respecto al número de especialidades en las que esperaban ser atendidos, 877,009 pacientes (60%) contestaron que una; 316,017 (22%) dijeron que en dos o más; y 264,937 (18%) no respondió o no sabe, figura 3.2.

De acuerdo con las figuras 3.3 y 3.4, en total 337,343 pacientes (23%) fueron atendidos responsablemente y con compromiso por un solo médico, cuando 685,684 (47%) esperaba que un solo médico los atendiera de esa manera.

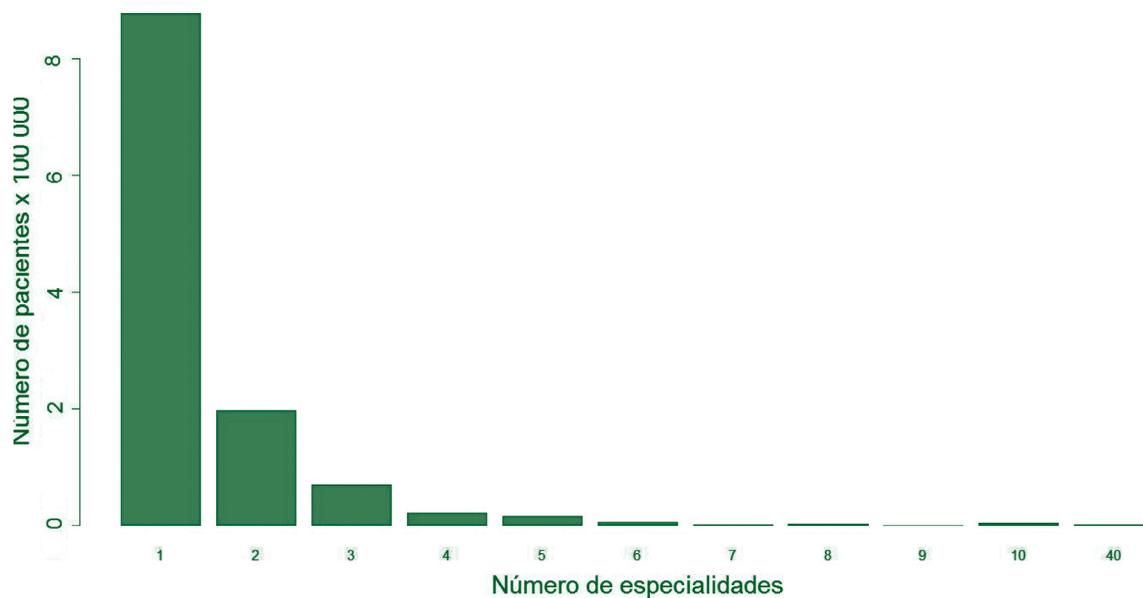
**Figura 3.1**

Diagrama de barras que muestra el número de especialidades en las que fueron atendidos los usuarios de las unidades médicas.



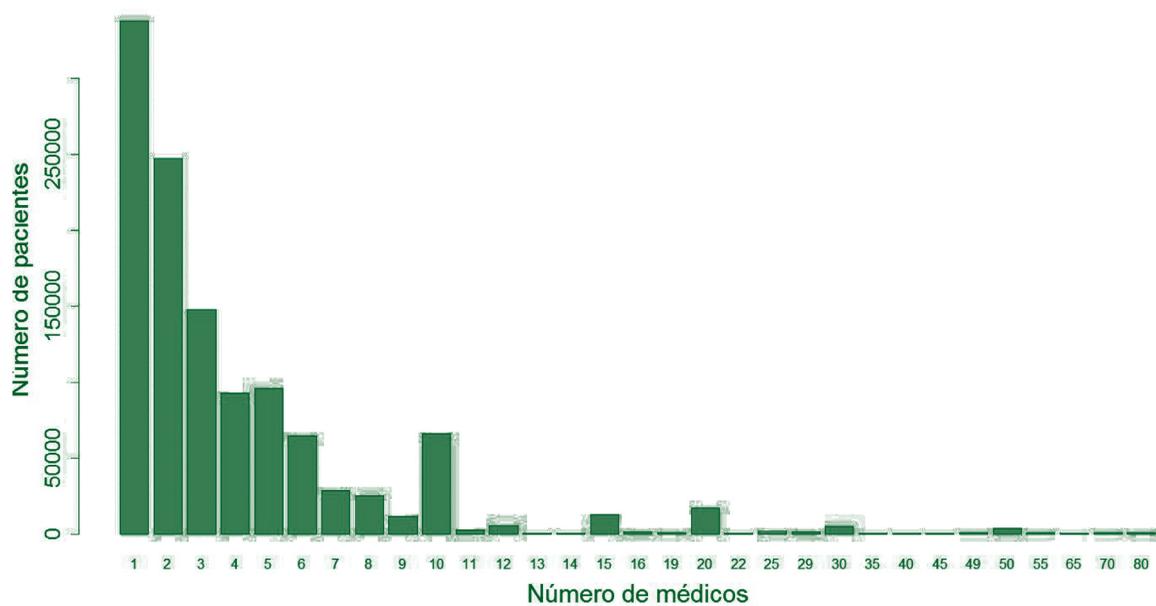
**Figura 3.2**

Diagrama de barras que muestra el número de especialidades en las que esperaban ser atendidos los usuarios.



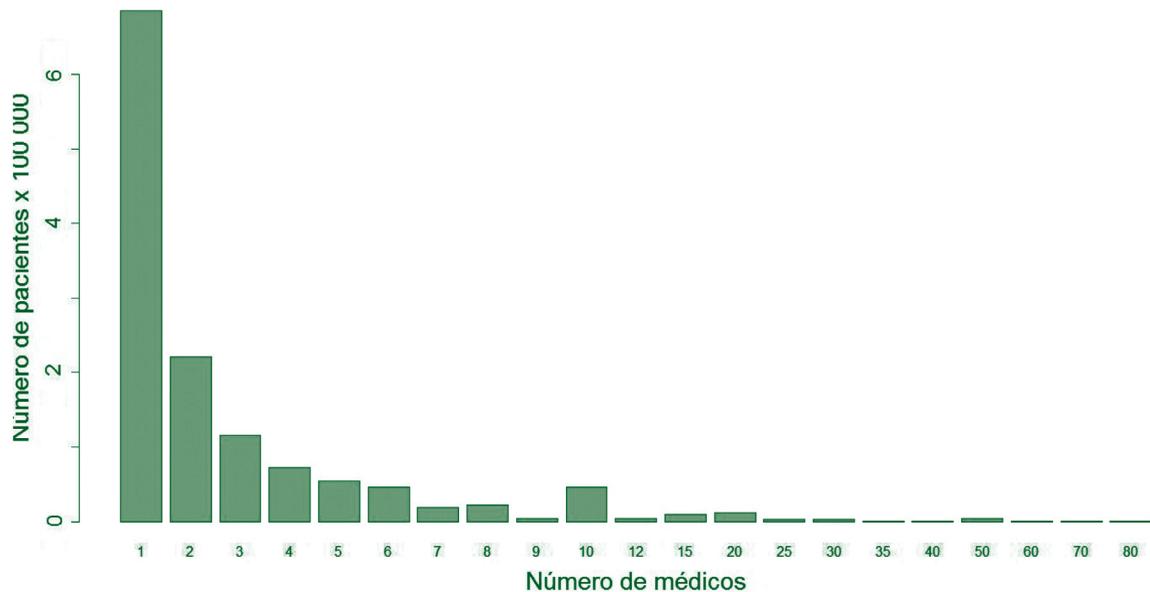
**Figura 3.3**

Diagrama de barras para el número de médicos que considera el usuario que lo atendieron responsablemente y con compromiso.



**Figura 3.4**

Diagrama de barras para el número de médicos que esperaba el usuario que se responsabilizaran y comprometieran con su padecimiento/embarazo.



El número total de pacientes atendidos por dos médicos responsables y comprometidos fue 247,136 (17%), y 221,358 (15%) usuarios esperaban ser atendidos por ese mismo número de médicos. Con respecto al número de pacientes atendidos por tres médicos y el número de usuarios que esperaban ser atendidos por dicho número de médicos de manera responsable y comprometida, los estimadores fueron 147,706 (10%) y 115,747 (8%) respectivamente. Asimismo, 445,834 (31%) usuarios fueron atendidos por cuatro médicos y 306,094 (21%) usuarios esperaban ser atendidos por ese número de médicos. Finalmente, 279,945 usuarios (19%) no supieron o no contestaron cuántos médicos los atendieron y 129,081 (9%), no supieron o no contestaron cuántos médicos esperaba que lo atendieran. Tanto el número de médicos que atendieron a los usuarios como el número de médicos que esperaban los usuarios que los atendieran responsablemente y con compromiso están asociados significativamente con

estar o no muy satisfechos con la atención recibida; en ambos casos  $P = 0.001$ , tabla 3.8.

**Tabla 3.8** Modelos logísticos simples para determinar si existe asociación entre sentirse o no muy satisfecho con la atención médica y el número de especialidades en las que fue atendido y esperaba ser atendido el usuario, así como el número de médicos que lo atendieron y que esperaba que lo atendieran responsablemente y con compromiso\*

Pregunta	Grados libertad numerador	Grados libertad denominador	F de Wald corregida	p
p39	1	2,086	12.2	0
p40	1	1,730	2.5	0.114
p42	1	1,966	11.3	0.001
p43	1	2,008	10.6	0.001

\* Todas las variables están asociadas significativamente con estar muy satisfecho con la atención médica, excepto el número de especialidades en las que esperaban ser atendidos los usuarios.

P39. Con relación al tratamiento de su padecimiento/embarazo actual en este hospital, ¿por cuántas diferentes especialidades ha sido atendido?

P40. ¿Y en cuántas diferentes especialidades esperaba ser atendido?

P42. En este hospital y con relación a su padecimiento/embarazo, ¿cuántos médicos considera que le han atendido responsablemente y con compromiso?

P43. ¿Y cuántos esperaba que se responsabilizaran y comprometiera con su padecimiento/embarazo?

**Tabla 3.9** Tabla de contingencia para estudiar la asociación entre sentirse muy satisfecho o no con la atención recibida y las preguntas relacionadas con afectaciones económicas

EXPERIENCIAS ECONÓMICAS	Respuesta	Totales estimados			Porcentajes		
		No muy satisfecho	Muy satisfecho	Total	No muy satisfecho	Muy satisfecho	Total
p44. ¿Considera que su padecimiento/embarazo ha afectado su economía familiar?	Sí	588428	397545	985973	60	40	100
	No	318270	143849	462119	69	31	100
	Total			1448092			
p48. ¿Le cobraron por la atención médica que recibió?	Sí	844312	477677	1321989	64	36	100
	No	56117	59991	116108	48	52	100
	Total			1438098			
p52. ¿Compró medicamentos y/o material médico para su atención?	Sí	432213	291160	723373	60	40	100
	No	471740	249449	721189	65	35	100
	Total			1444562			

El 40% de las personas que consideraron que el padecimiento/embarazo afectó su economía familiar se sintieron muy satisfechas con la atención recibida, en comparación con el 31% de los usuarios que no reportaron afectaciones en su economía familiar, tabla 3.9; esta diferencia es estadísticamente significativa,  $P = 0.001$ , tabla 3.10. Existe una diferencia de 16% entre el porcentaje de usuarios que no pagaron por la atención recibida y que se sintieron muy satisfechos (52%) y los que sí pagaron por la atención y que también quedaron muy satisfechos (36%), tabla 3.9; la diferencia entre estos

dos porcentajes es significativamente distinta de cero,  $P = 0.001$ , tabla 3.10. Solo existe una diferencia de 5% entre los usuarios que compraron medicamentos y quedaron muy satisfechos con la atención (40%) y los que no compraron medicamentos y quedaron muy satisfechos (35%), tabla 3.9, esta diferencia es estadísticamente significativa con  $P = 0.036$ , tabla 3.10.

De los 634,296 usuarios que esperaban cambios que afectaran su economía familiar debido al padecimiento/embarazo, solo 44% (277,319) dijo sentirse muy satisfecho con la atención recibida, tabla 3.11. En cambio, de los 663,716 usuarios que no esperaban cambios en su economía familiar, el 35% (234,421) quedó muy satisfecho con la atención médica. La diferencia entre estos dos porcentajes fue de 9% y resultó ser significativamente distinta de cero,  $P = 0.003$ , tabla 3.12. Cabe mencionar que 159,952 usuarios (11%) no respondieron la pregunta P46. A la mayoría de los pacientes les cobraron por la atención médica (1,265,704), de éstos, el 39% dijo sentirse muy satisfecho con la atención recibida en contraste con el 30% de los individuos que no tuvieron que pagar por la atención médica. Nuevamente existe

**Tabla 3.10** Modelos logísticos simples ajustados para determinar si existe asociación entre sentirse o no muy satisfechos con la atención médica y las afectaciones a la economía familiar

Pregunta	Grados libertad numerador	Grados libertad denominador	F de Wald corregida	P
p44	1	2,143	10.2	0.001
p48	1	2,114	10.4	0.001
p52	1	2,140	4.4	0.036

P44. ¿Considera que su padecimiento/embarazo ha afectado su economía familiar?

P48. ¿Le cobraron por la atención médica que recibió?

P52. ¿Compró medicamentos y/o material médico para su atención?

**Tabla 3.11** Tabla que muestra la asociación entre sentirse o no muy satisfecho con la atención recibida y las expectativas económicas de los usuarios

EXPECTATIVAS ECONÓMICAS	Respuesta	Totales estimados			Porcentajes		
		No muy satisfecho	Muy satisfecho	Total	No muy satisfecho	Muy satisfecho	Total
p46. ¿Esperaba usted que hubiera cambios que afectaran la economía familiar debido a su padecimiento/embarazo?	Sí	356977	277319	634296	56	44	100
	No	429295	234421	663716	65	35	100
	Total			1298012			
p51. ¿Esperaba que le cobraran por la atención médica que recibió?	Sí	777155	488549	1265704	61	39	100
	No	122596	52351	174947	70	30	100
	Total			1440651			

**Tabla 3.12** Modelos logísticos simples para determinar si existe asociación entre sentirse o no muy satisfecho con la atención médica y las expectativas económicas de los usuarios

Pregunta	Grados libertad numerador	Grados libertad denominador	F de Wald corregida	p
p46	1	1,916	8.6	0.003
p51	1	2,123	4.6	0.032

P46. ¿Esperaba usted que hubiera cambios que afectaran la economía familiar debido a su padecimiento/embarazo?

P51. ¿Esperaba que le cobraran por la atención médica que recibió?

una diferencia significativa entre los dos porcentajes,  $P = 0.032$ , tabla 3.12.

El porcentaje de usuarios que contestaron afirmativamente las preguntas 54, 55a, 55b, 55c y 55d referentes a las afectaciones laborales, domésticas y/o escolares y que quedaron muy satisfechos con la atención médica varía entre 38% y 42%, tabla 3.13. El porcentaje de personas que contestaron negativamente dichas preguntas y que quedaron muy satisfechos con la atención médica fue de 36% ó 37%. No

**Tabla 3.13** Asociación entre sentirse o no muy satisfecho con la atención recibida y las preguntas relacionadas con experiencias en actividades laborales, domésticas y/o escolares

EXPERIENCIAS EN LAS ACTIVIDADES LABORALES, DOMÉSTICAS Y/O ESCOLARES	Respuesta	Totales estimados			Porcentajes		
		No muy satisfecho	Muy satisfecho	Total	No muy satisfecho	Muy satisfecho	Total
p54. ¿Considera que le ha causado problemas para realizar sus actividades en el trabajo, casa o escuela?	Sí	479490	284645	764135	63	37	100
	No	398762	229696	628458	63	37	100
	Total			1392593			
p55a. ¿Puede realizar todos sus quehaceres habituales de la casa?	Sí	483292	306575	789867	61	39	100
	No	409393	226354	635748	64	36	100
	Total			1425614			
p55b. ¿Ha tenido atrasos en sus actividades?	Sí	457317	285277	742595	62	38	100
	No	436022	250528	686551	64	36	100
	Total			1429145			
p55c. ¿Ha buscado un reemplazo para sus actividades?	Sí	133319	98151	231470	58	42	100
	No	759124	437494	1196619	63	37	100
	Total			1428089			
p55d. Desde que inició su actual padecimiento/embarazo, ¿ha estado trabajando o estudiando?	Sí	310759	212138	522898	59	41	100
	No	592676	326919	919596	64	36	100
	Total			1442493			

existe una asociación estadísticamente significativa entre contestar positiva o negativamente las preguntas anteriores y sentirse o no muy satisfecho con la atención recibida, tabla 3.14.

**Tabla 3.14** Modelos logísticos simples para determinar si existe asociación entre sentirse o no muy satisfecho con la atención médica y las experiencias en las actividades laborales, domésticas y/o escolares

Pregunta	Grados libertad numerador	Grados libertad denominador	F de Wald corregida	p
p54	1	2,058	0.1	0.799
p55a	1	2,092	1.4	0.241
p55b	1	2,091	0.5	0.479
p55c	1	2,090	2.6	0.109
p55d	1	2,135	3.1	0.076

P54. Hablando de su actual padecimiento/embarazo ¿Considera que le ha causado problemas para realizar sus actividades en el trabajo, casa o escuela?

P55a. ¿Puede realizar todos sus quehaceres habituales en la casa?

P55b. ¿Ha tenido atrasos en sus actividades?

P55c. ¿Ha buscado un reemplazo para sus actividades?

P55d. Desde que inicio su actual padecimiento/embarazo, ¿ha estado trabajando o estudiando?

El 75% de los usuarios (1,100,077) indicó que no esperaba que el padecimiento/embarazo les causara problemas en sus actividades diarias, tabla 3.15. De éstos, el 35% (388,349) quedó muy satisfecho con la atención médica. En cambio, el 44% (147,073) de los usuarios que sí esperaba que hubiera una afectación en sus actividades diarias quedó muy satisfecho.

Existe una diferencia estadísticamente significativa entre estos dos porcentajes que difieren en 9% (F de Wald corregida = 7, con 1 grado de libertad en el numerador y 2105 en el denominador,  $P = 0.008$ ).

En total 606,492 usuarios (42%) dejaron de realizar actividades con familiares o amigos debido a su padecimiento/embarazo; de éstos el 39% se sintió muy satisfecho con la atención recibida, tabla 3.16. De los 836,515 usuarios (57%) que no dejaron de realizar actividades con familiares o amigos como consecuencia de su padecimiento/embarazo, el 36% se sintió muy satisfecho con la atención médica. No existen diferencias significativas entre los dos porcentajes de usuarios muy satisfechos,  $P = 0.281$ , tabla 3.17. Además se estimó que 86,672 familias (6%) estaban menos unidas desde que el usuario presentó su padecimiento/embarazo; en cambio, la unión de 718,298 familias (49%) no se alteró y 611,682 usuarios (42%) respondieron que su familia estaba más unida, tabla 3.16. En este último subconjunto de individuos se encuentra el mayor porcentaje de usuarios que se sintieron muy satisfechos con la atención médica. Existe una asociación estadísticamente significativa entre el sentirse o no muy satisfecho con la atención recibida y el grado de unión familiar,  $P < 0.001$ , tabla 3.17. En total 1,175,738 usuarios (81%) quedaron conformes con el acceso al hospital que le dieron

**Tabla 3.15** Asociación entre el estar o no muy satisfecho con la atención médica recibida y las expectativas con respecto a sus actividades domésticas, laborales y escolares

EXPECTATIVAS EN LAS ACTIVIDADES LABORALES, DOMÉSTICAS Y/O ESCOLARES	Respuesta	Totales estimados		Porcentajes			
		No muy satisfecho	Muy satisfecho	Total	No muy satisfecho	Muy satisfecho	
p56. ¿Esperaba usted que el padecimiento/embarazo le causara problemas para realizar sus actividades en el trabajo, la casa o escuela?	Sí	189168	147073	336240	56	44	100
	No	711727	388349	1100077	65	35	100
	Total			1436317			

**Tabla 3.16** Asociación entre el estar muy satisfecho con la atención médica recibida y las experiencias con respecto las redes familiares y sociales

EXPERIENCIAS CON LAS REDES FAMILIARES Y SOCIALES	Respuesta	Totales estimados			Porcentajes		
		No muy satisfecho	Muy satisfecho	Total	No muy satisfecho	Muy satisfecho	Total
p58. Como consecuencia de su padecimiento/embarazo ¿ha dejado de hacer algun actividad con sus familiares o amigos?	Sí	370051	236441	606492	61	39	100
	No	534834	301682	836515	64	36	100
	Total			1443008			
p61. ¿Su familia está más, igual o menos unida desde que presentó su padecimiento/embarazo?	Más	335869	275813	611682	55	45	100
	Igual	492144	226150	718294	69	31	100
	Menos	52750	33922	86672	61	39	100
	Total			1416648			
p65. ¿Está usted conforme con el acceso al hospital que le dieron a su familia?	Sí	699263	476475	1175738	59	41	100
	No	112510	38125	150635	75	25	100
	Total			1326373			

**Tabla 3.17** Modelos logísticos simples para determinar si el estar o no muy satisfecho con la atención médica se relaciona con las experiencias con las redes familiares y sociales

Pregunta	Grados libertad numerador	Grados libertad denominador	F de Wald corregida	p
p58	1	2,128	1.2	0.281
p61	2	2,106	11.7	0.000
p65	1	2,035	11.2	0.001

P54. ¿Esperaba que su padecimiento/embarazo afectara sus relaciones con familiares o amigos?

P61. ¿Su familia está más, igual o menos unida desde que presentó su padecimiento/embarazo?

P65. ¿Está usted conforme con el acceso al hospital que le dieron a su familia?

a su familia; de éstos el 41% quedó muy satisfecho con la atención médica. Solo 150,635 usuarios (10%) se inconformaron con el acceso al hospital que le dieron a su familia; el 25% de estos usuarios se sintió muy satisfecho con la atención médica, tabla 3.16. Al ajustar el modelo logístico se encontró una asociación significativa entre sentirse o no muy satisfecho con la atención recibida y el estar conforme con el acceso al hospital que le dieron a sus familiares,  $P = 0.001$ , tabla 3.17.

Un total de 1,210,463 usuarios (83%) no esperaba que su padecimiento/embarazo afec-

**Tabla 3.18** Asociación entre sentirse o no muy satisfecho con la atención médica recibida y las expectativas con las redes familiares y sociales

EXPECTATIVAS CON LAS REDES FAMILIARES Y SOCIALES	Respuesta	Totales estimados			Porcentajes		
		No muy satisfecho	Muy satisfecho	Total	No muy satisfecho	Muy satisfecho	Total
p59. ¿Esperaba que su padecimiento/embarazo afectara sus relaciones con familiares o amigos?	Sí	145130	87801	232931	62	38	100
	No	757137	453326	1210463	63	37	100
	Total			1443394			
p63. ¿Usted esperaba que hubiera cambios en la unión de la familia debido a su padecimiento/embarazo?	Sí	164690	116689	281379	59	41	100
	No	609335	401193	1010528	60	40	100
	Total			1291907			
p67. ¿Usted esperaba que el hospital le permitiera el acceso adecuado a su familia cuando lo necesitaba?	Sí	793276	478218	1271494	62	38	100
	No	77751	49928	127679	61	39	100
	Total			1399173			

tara sus relaciones con familiares o amigos y 232,931 (16%) si esperaba que hubiera este tipo de afectaciones, tabla 3.18. En ambos grupos poco más de una tercera parte de los usuarios se sintió muy satisfecho con la atención recibida, por lo que no existe asociación entre la satisfacción y las expectativas con respecto a las relaciones con familiares o amigos,  $P = 0.947$ , tabla 3.19. El 69% (1,010,528) de los usuarios no esperaba que hubiera cambios en la unión familiar debido al padecimiento/embarazo, de éstos el 40% se sintió muy satisfecho con la atención médica. El 19% (281,379) de los individuos sí esperaba cambios en la unión familiar; de los cuales el 41% se sintió muy satisfecho

con la atención recibida. Existe una diferencia de 1% entre estos dos porcentajes de individuos satisfechos que no es significativamente distinta de cero,  $P = 0.611$ , tabla 3.19. El 87% de los usuarios (1,271,494) esperaba que el hospital le permitiera el acceso adecuado a su familia cuando lo necesitara y el 9% (127,679) no esperaba que así fuera. La proporción de usuarios muy satisfechos con la atención médica fue de 38% y 39% respectivamente. Estos dos porcentajes no son significativamente distintos entre sí,  $P = 0.759$ , tabla 3.19.

El 58% de los usuarios (846,369) se sintió triste, irritable o preocupado a causa de su padecimiento/embarazo y 41% de los usuarios (591,549) no reportaron alteraciones en su estado de ánimo, tabla 3.20. En el primer grupo el 37% se sintió muy satisfecho con la atención recibida, mientras que en el segundo, dicho porcentaje fue de 38%; éstos dos porcentajes no son significativamente distintos entre sí,  $P = 0.707$ , tabla 3.21. El 73% de los usuarios (1,067,393) no recibió ayuda para manejar sus emociones, sin embargo, el 36% de ellos se sintió muy satisfecho con la atención, tabla 3.20. Solo el 26% de los usuarios (373,307) recibió atención para manejar sus emociones y de éstos el 43% quedó muy satisfecho con la atención recibida, tabla 3.20. Existe una diferencia estadísticamente

**Tabla 3.19** Modelos logísticos simples para determinar si existe asociación entre sentirse o no muy satisfecho con la atención médica y las expectativas con las redes familiares y sociales

Pregunta	Grados libertad numerador	Grados libertad denominador	F de Wald corregida	P
p59	1	2,135	0.0	0.947
p63	1	1,913	0.3	0.611
p67	1	2,103	0.1	0.759

P59. ¿Esperaba que su padecimiento/embarazo afectara sus relaciones con familiares o amigos?

P63. ¿Usted esperaba que hubiera cambios en la unión de la familia debido a su padecimiento/embarazo?

P67. ¿Usted esperaba que el hospital le permitiera el acceso adecuado a su familia cuando lo necesitaba?

**Tabla 3.20** Tablas de contingencia para estudiar la asociación entre sentirse o no muy satisfecho con la atención médica recibida y las experiencias relacionadas con el estado de ánimo

EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON EL ESTADO DE ÁNIMO	Respuesta	Totales estimados		Porcentajes			
		No muy satisfecho	Muy satisfecho	Total	No muy satisfecho	Muy satisfecho	Total
p68. ¿Se ha sentido triste, irritable o preocupado a causa de su padecimiento/embarazo?	Sí	533097	313272	846369	63	37	100
	No	366517	225033	591549	62	38	100
	Total			1437918			
p71. ¿Ha recibido ayuda para manejar sus emociones?	Sí	213512	159795	373307	57	43	100
	No	686335	381057	1067393	64	36	100
	Total			1440699			

**Tabla 3.21** Modelos logísticos simples para estudiar la relación entre sentirse o no muy satisfecho con la atención médica y las experiencias relacionadas con el estado de ánimo

Pregunta	Grados libertad numerador	Grados libertad denominador	F de Wald corregida	p
p68	1	2,124	0.1	0.707
p71	1	2,137	5.4	0.02

P68. ¿Se ha sentido triste, irritable o preocupado a causa de su padecimiento/embarazo?

P71. ¿Ha recibido ayuda para manejar sus emociones?

significativa ( $P = 0.020$ ) entre los porcentajes de usuarios que se sintieron muy satisfechos cuando recibieron y no recibieron ayuda para manejar sus emociones, tabla 3.21.

El 31% de los usuarios (449,305) esperaba que su padecimiento/embarazo le causara tristeza, enojo o preocupación; de éstos el 41% quedó muy satisfecho con la atención recibida, tabla 3.22. Dos de cada tres usuarios no esperaban que el padecimiento/embarazo afectara su estado de ánimo y el 36% de ellos se sintió muy satisfecho con la atención recibida, tabla 3.22. Existe una diferencia de 5% entre el primer y segundo porcentaje de individuos muy satisfechos, lo que produce un nivel de significancia de  $P = 0.06$  para la asociación entre la satisfacción y la expectativa relacionada con el estado

de ánimo, tabla 3.23. El 65% de los usuarios (940,939) no esperaba recibir ayuda para manejar sus emociones mientras que el 18% de los usuarios (261,389) sí la esperaba. En el primer grupo de usuarios el 42% se sintió muy satisfecho con la atención médica, mientras que en el segundo grupo dicho porcentaje fue de 43%, tabla 3.22. La diferencia entre estos dos porcentajes no fue significativamente distinta de cero,  $P = 0.73$ , tabla 3.23.

Según la tabla 3.24, el 39% de quienes recibieron algún tratamiento reportaron estar muy satisfechos con la atención recibida, en comparación con el 34% de los que no recibieron algún tratamiento. De acuerdo con el modelo logístico simple, el nivel de significancia asocia-

**Tabla 3.23** Modelos logísticos para evaluar la asociación entre el sentirse o no muy satisfecho con la atención recibida y las expectativas relacionadas con el estado de ánimo

Pregunta	Grados libertad numerador	Grados libertad denominador	F de Wald corregida	p
p70	1	2,103	3.5	0.06
p72b1	1	2,005	0.1	0.73

P70. ¿Esperaba que su padecimiento/embarazo le causara tristeza, enojo o preocupación?

P72b1. ¿Esperaba recibir ayuda para manejar sus emociones?

**Tabla 3.22** Asociación entre sentirse o no muy satisfecho con la atención recibida y las expectativas relacionadas con el estado de ánimo

Tabla	EXPECTATIVAS RELACIONADAS CON EL ESTADO DE ÁNIMO	Totales estimados			Porcentajes			
		Respuesta	No muy satisfecho	Muy satisfecho	Total	No muy satisfecho	Muy satisfecho	Total
p70. ¿Esperaba que su padecimiento/embarazo le causara tristeza, enojo o preocupación?	Sí	263527	185778	449305	59	41	100	
	No	622872	347706	970578	64	36	100	
	Total			1419883				
p72b1. ¿Esperaba recibir ayuda para manejar sus emociones?	Sí	149482	111906	261389	57	43	100	
	No	549217	391723	940939	58	42	100	
	Total			1202328				

**Tabla 3.24** Asociación entre el sentirse o no muy satisfecho con la atención recibida y las experiencias con el tratamiento médico

EXPERIENCIAS CON EL TRATAMIENTO MÉDICO	Respuesta	Totales estimados			Porcentajes		
		No muy satisfecho	Muy satisfecho	Total	No muy satisfecho	Muy satisfecho	Total
p74. ¿Le han recetado algún tratamiento?	Sí	586681	379609	966289	61	39	100
	No	314513	159961	474473	66	34	100
	Total			1440763			
p77. ¿Toma o se aplica sus medicamentos como se lo indicaron siempre, a veces o nunca?	Siempre	761975	491904	1253878	61	39	100
	A veces	87787	37098	124885	70	30	100
	Nunca	12733	5821	18553	69	31	100
	Total			1397317			

do a la diferencia de estos dos porcentajes fue  $P = 0.055$ , tabla 3.25. El 86% (1,253,878) de los usuarios siempre tomó o se aplicó los medicamentos; el 9% (124,885) a veces y el 1% (18,553) nunca, tabla 3.24. En cada uno de estos grupos, el porcentaje de individuos muy satisfecho con la atención recibida fue, respectivamente, 39%, 30% y 31%. No existe una asociación significativa entre el tomarse o aplicarse los medicamentos según se lo indicaron y el sentirse o no muy satisfechos con la atención recibida,  $P = 0.162$ , tabla 3.25.

Las variables que se relacionan con la atención y el trato al usuario presentan una asociación significativa con la satisfacción con la atención recibida, tabla 3.27. El 34%

(497,052) de los usuarios recibió un trato muy bueno por parte del personal del hospital, el 63% (916,338) recibió un trato bueno, el 2% (27,425) recibió un trato malo y menos del 1% (5,886) recibió un trato muy malo —pregunta P78, tabla 3.26a. El porcentaje de usuarios en cada uno de estos cuatro grupos que quedó muy satisfecho con la atención recibida fue 66%, 23%, 3% y 1% respectivamente. Al preguntar sobre sus expectativas respecto al trato del personal, el 63% de los usuarios que esperaba un trato muy malo se sintió muy satisfecho con la atención recibida (pregunta P79, tabla 3.26a); tal parece que las expectativas de este grupo fueron superadas. En cuanto a los usuarios que esperaban un trato muy bueno, el 51% se sintió muy satisfecho con la atención recibida.

El encuentro con el médico es fundamental para el usuario e incide fuertemente sobre el grado de satisfacción reportado. El 60% de quienes pudieron hablar muchísimo sobre su estado de salud, reportaron estar muy satisfechos con la atención recibida, el 31% de los que pudieron hablar mucho reportaron estar muy satisfechos, mientras que solo el 7% de los usuarios a quienes el médico no permitió hablar sobre su estado de salud reportaron estar muy satisfechos, tabla 3.26a. En cuanto a las

**Tabla 3.25** Modelos logísticos simples para medir la asociación entre sentirse o no muy satisfecho con la atención médica y las experiencias con el tratamiento médico

Pregunta	Grados libertad numerador	Grados libertad denominador	F de Wald corregida	p
p74	1	2,107.0	3.7	0.055
p77	2	2,086.0	1.8	0.162

P74. ¿Le han recetado algún tratamiento?

P677. ¿Toma o se aplica sus medicamentos como se lo indicaron siempre, a veces o nunca?

explicaciones del médico acerca del estado de salud (P80b), del tratamiento (P80c) y de los cuidados a seguir (P80d), no más del 19% de los usuarios que percibieron que no se les expli-

có nada reportaron estar muy satisfechos, tabla 3.26a. Mientras que alrededor del 60% de quienes recibieron muchísimas explicaciones reportaron estar muy satisfechos.

**Tabla 3.26a** Asociación entre sentirse o no muy satisfecho con la atención recibida y la atención y el trato al usuario

ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO	Respuesta	Totales estimados			Porcentajes		
		No muy satisfecho	Muy satisfecho	Total	No muy satisfecho	Muy satisfecho	Total
<b>p78.</b> ¿En general el trato que recibió por parte del personal del hospital fue muy bueno, bueno, malo o muy malo?	Muy bueno	170374	326678	497052	34	66	100
	Bueno	702544	213794	916338	77	23	100
	Malo	26544	881	27425	97	3	100
	Muy malo	5815	71	5886	99	1	100
	Total			1446702			
<b>p79.</b> ¿Qué tipo de trato esperaba del personal de salud muy bueno, bueno, malo o muy malo?	Muy bueno	162174	166924	329097	49	51	100
	Bueno	645460	310403	955864	68	32	100
	Malo	82175	54861	137036	60	40	100
	Muy malo	2999	5080	8079	37	63	100
	Total			1430076			
<b>p80a.</b> Indíqueme por favor, ¿qué tanto el médico le permitió hablar sobre su estado de salud?	Muchísimo	180949	266838	447787	40	60	100
	Mucho	577975	259601	837575	69	31	100
	Poco	141471	15895	157366	90	10	100
	Nada	7414	576	7989	93	7	100
	Total			1450718			
<b>p80b.</b> Indíqueme por favor, ¿qué tanto el médico le explicó sobre su estado de salud?	Muchísimo	174619	255178	429797	41	59	100
	Mucho	564130	262957	827087	68	32	100
	Poco	143032	20431	163463	88	12	100
	Nada	23835	4284	28120	85	15	100
	Total			1448466			
<b>p80c.</b> Indíqueme por favor, ¿qué tanto el médico le explicó el tratamiento que debe seguir?	Muchísimo	156150	254522	410672	38	62	100
	Mucho	577557	252033	829590	70	30	100
	Poco	118764	21683	140447	85	15	100
	Nada	42648	9833	52480	81	19	100
	Total			1433190			
<b>p80d.</b> Indíqueme por favor, ¿qué tanto el médico le explicó los cuidados que debe seguir?	Muchísimo	147225	271666	418891	35	65	100
	Mucho	571802	233897	805699	71	29	100
	Poco	101430	21872	123303	82	18	100
	Nada	80217	11116	91333	88	12	100
	Total			1439225			
<b>p80e.</b> Indíqueme por favor, ¿qué tanto la información que le dio el médico le fue clara?	Muchísimo	160168	289574	449742	36	64	100
	Mucho	601758	230317	832075	72	28	100
	Poco	111441	17700	129141	86	14	100
	Nada	30239	5069	35308	86	14	100
	Total			1446266			

En lo que respecta a la claridad de la información que el médico le dio a los usuarios, el 64% de quienes recibieron muchísima claridad en la información reportaron sentirse muy satisfechos, el 28% de los que reportaron mucha claridad reportaron estar muy satisfechos, mientras que solo el 14% de quienes consideraron nada clara la información del médico se sintieron muy satisfechos, tabla 3.26a.

De los usuarios que respondieron que el personal de salud les preguntó “muchísimo” si

estaban de acuerdo con lo que se les iban a hacer, el 60% estuvo muy satisfecho con la atención recibida. De aquellos que respondieron “mucho”, el 34% reportó estar muy satisfecho. Mientras que únicamente el 17% y el 19% de los usuarios que consideró que se les preguntó poco o nada respectivamente, se sintieron muy satisfechos con la atención recibida, tabla 3.26b.

En cuanto a las expectativas de los usuarios acerca de la forma en la que el médico se

**Tabla 3.26b** Asociación entre sentirse o no muy satisfecho con la atención recibida y la atención y el trato al usuario

ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO	Respuesta	Totales estimados		Total	Porcentajes		Total
		No muy satisfecho	Muy satisfecho		No muy satisfecho	Muy satisfecho	
<b>p80f.</b> Indíqueme por favor, ¿qué tanto el personal de salud le preguntó si estaba usted de acuerdo con lo que le iban a hacer?	Muchísimo	148662	224355	373017	40	60	100
	Mucho	500769	260856	761625	66	34	100
	Poco	116668	24523	141191	83	17	100
	Nada	124794	30215	155008	81	19	100
	Total			1430841			
<b>p80g.</b> Indíqueme por favor, ¿qué tanto coincide la forma en que se comunicó el médico con lo que usted esperaba?	Muchísimo	157529	244591	402119	39	61	100
	Mucho	565213	263499	828712	68	32	100
	Poco	145148	24791	169939	85	15	100
	Nada	32749	8413	41162	80	20	100
	Total			1441932			
<b>p80h.</b> Indíqueme por favor, ¿qué tanto le resolvieron el problema de salud por el que acudió al hospital?	Muchísimo	157386	260653	418039	38	62	100
	Mucho	545209	253392	798601	68	32	100
	Poco	134490	15748	150238	90	10	100
	Nada	30194	5562	35756	84	16	100
	Total			1402633			
<b>p80i.</b> Indíqueme por favor, ¿qué tanto coincide la forma en que le resolvieron su problema con lo que usted esperaba?	Muchísimo	138888	257997	396885	35	65	100
	Mucho	556328	252179	808506	69	31	100
	Poco	142152	15595	157746	90	10	100
	Nada	33627	7482	41109	82	18	100
	Total			1404246			
<b>p83.</b> ¿La seguridad para evitar accidentes en las instalaciones del hospital es muy buena, buena, mala o muy mala?	Muy buena	115727	247939	363666	32	68	100
	Buena	720274	288040	1008314	71	29	100
	Mala	34041	1671	35711	95	5	100
	Muy mala	5206	2103	7309	71	29	100
	Total			1415001			
<b>p84.</b> ¿El funcionamiento de los aparatos y equipos del hospital es muy bueno, bueno, malo o muy malo?	Muy bueno	128996	269760	398756	32	68	100
	Bueno	685910	254648	940558	73	27	100
	Malo	37418	4778	42196	89	11	100
	Muy malo	1396	2103	3499	40	60	100
	Total			1385010			

**Tabla 3.27** Modelos logísticos simples para determinar si existe asociación entre sentirse o no muy satisfecho con la atención recibida y la atención y el trato al usuario

Pregunta	Grados libertad numerador	Grados libertad denominador	F de Wald corregida	p
p78	3.0	2144.0	79.7	0
p79	3.0	2113.0	11.5	0
p80a	3.0	2143.0	45.6	0
p80b	3.0	2141.0	38.1	0
p80c	3.0	2117.0	43.2	0
p80d	3.0	2124.0	53.6	0
p80e	3.0	2137.0	57.5	0
p80f	3.0	2123.0	35.1	0
p80g	3.0	2132.0	39.5	0
p80h	3.0	2109.0	48.7	0
p80i	3.0	2110.0	58.2	0
p83	3.0	2106.0	58.0	0
p84	3.0	2075.0	62.5	0

P78. ¿En general el trato que recibió por parte del personal del hospital fue muy bueno, bueno, malo o muy malo?

P79. ¿Qué tipo de trato esperaba del personal de salud, muy bueno, bueno, malo o muy malo?

P80a. ¿Qué tanto el médico le permitió hablar sobre su estado de salud? Muchísimo, Mucho, Poco, Nada y No sabe.

P80b. ¿Qué tanto el médico le explicó sobre su estado de salud?

Muchísimo, Mucho, Poco, Nada y No sabe.

P80c. ¿Qué tanto el médico le explicó el tratamiento que debe seguir?

Muchísimo, Mucho, Poco, Nada y No sabe.

P80d. ¿Qué tanto el médico le explicó los cuidados que debe seguir?

Muchísimo, Mucho, Poco, Nada y No sabe.

P80e. ¿Qué tanto la información que le dio el médico le fue clara?

Muchísimo, Mucho, Poco, Nada y No sabe.

P80f. ¿Qué tanto el personal de salud le preguntó si estaba usted de acuerdo con lo que le iban a hacer?

P80g. ¿Qué tanto coincide la forma en que se comunicó el médico con lo que usted esperaba?

P80h. ¿Qué tanto le resolvieron el problema de salud por el que acudió al hospital?

P80i. ¿Qué tanto coincide la forma en que le resolvieron su problema con lo que usted esperaba?

P83. ¿La seguridad para evitar accidentes en las instalaciones del hospital es muy buena, buena, mala o muy mala?

P84. ¿El funcionamiento de los aparatos y equipos del hospital es muy bueno, bueno, malo o muy malo?

comunicó con ellos, quienes no esperaban que la forma de comunicarse cumpliera con sus expectativas, un 20% reportó estar muy satisfecho con la atención. Esto nuevamente puede indicar que sus expectativas, en algunos casos

fueron superadas. Para quienes esperaban muchísima o mucha coincidencia, entre el 32% y el 61% reportaron estar muy satisfechos, tabla 3.26b. Estos resultados parecen indicar que cuando las expectativas de comunicación con el médico no se alcanzan, la satisfacción con la atención se ve afectada.

El 62% de los usuarios que consideró que les resolvieron muchísimo el problema de salud por el que acudieron al hospital quedaron muy satisfechos. Conforme la solución fue menos satisfactoria, este porcentaje se redujo hasta 10% y 16%. En relación con sus expectativas sobre la forma en que les resolvieron el problema de salud, los usuarios que vieron cumplidas sus expectativas muchísimo reportaron estar muy satisfechos en el 65% de los casos; mientras que el 10% y el 18% de los usuarios que alcanzaron poco o nada sus expectativas reportaron sentirse muy satisfechos con la atención.

La percepción de la seguridad en las instalaciones del hospital para evitar accidentes (P83) y el buen funcionamiento del equipo (P84) también se asocian significativamente con el grado de satisfacción, tabla 3.27. Aquellos usuarios que perciben muy buena seguridad y muy buen funcionamiento de los aparatos y equipos reportaron estar muy satisfechos en un 68% de los casos. En la parte baja de la escala correspondiente a estas dos preguntas se observa una conducta peculiar, pues 5% de aquellos que reportaron mala seguridad y 11% de los que reportaron mal funcionamiento de los aparatos y equipos quedaron muy satisfechos con la atención. Mientras que 29% de los usuarios que consideraron que la seguridad fue muy mala y el 60% de quienes consideraron que el funcionamiento de los aparatos y equipos fue muy malo, quedaron muy satisfechos con la atención, tabla 3.26b. Como se verá en el

modelo logístico múltiple, la asociación entre la satisfacción y el funcionamiento de los aparatos y equipos está mediada por el hecho de ser paciente de primera vez o subsecuente.

A partir de las respuestas obtenidas para las preguntas P80a hasta P80e se construyó un índice que refleja qué tan buena fue la comunicación del médico con el usuario. Para construir este índice, se agruparon las respuestas positivas (“muchísimo” y “mucho”) en una sola categoría codificada con el valor de cero y las respuestas negativas (“poco” y “nada”) en otra categoría codificada con el valor uno. Posteriormente, el índice se calculó sumando los valores recodificados de las cinco preguntas. El valor más pequeño del índice es 0 y se obtiene cuando la comunicación con el médico fue excelente, es decir cuando el usuario contestó “muchísimo” o “mucho” a todas las preguntas. El valor máximo del índice es 5 e indica que la comunicación con el médico fue pésima, es decir las cinco respuestas fueron “poco” o “nada”.

De acuerdo con la tabla 3.28, el porcentaje de usuarios que se sintieron muy satisfechos con la atención recibida tiende a disminuir de 44% a 5% conforme aumenta el valor del índice,

es decir a medida que empeora la comunicación con el médico. De acuerdo con el modelo logístico simple ajustado, existe una asociación significativa entre el índice de comunicación con el médico y el sentirse muy satisfecho con la atención recibida (F de Wald corregida = 38.12, con 1 grado de libertad en el numerador y 2103 en el denominador,  $P = 0.000$ ).

En la pregunta P81 del cuestionario se le pidió a los usuarios que evaluaran el servicio otorgado por el siguiente personal en caso de haber tenido contacto con ellos: vigilancia, informes, trabajo social, caja, archivo clínico, enfermería, médico, camillero, laboratorio, rayos X y limpieza, los resultados se presentan en las tablas 3.29a y 3.29b. Entre los usuarios que opinaron que el servicio de estas personas fue muy bueno, aproximadamente el 66% quedó muy satisfecho con la atención recibida. Alrededor del 33% de los usuarios que calificaron como bueno el servicio otorgado por el personal del hospital se sintió muy satisfecho con la atención. El porcentaje de usuarios muy satisfechos con la atención se reduce a cerca de 20% y 12% cuando el personal del hospital los trató mal o muy mal respectivamente. La tabla 3.30

**Tabla 3.28** Asociación entre el índice de comunicación con el médico y el sentirse o no muy satisfecho con la atención recibida. El índice es igual a 0 cuando la comunicación con el médico fue excelente y 5 cuando fue pésima

Índice de comunicación con el médico	Totales estimados			Porcentajes		
	No muy satisfecho	Muy satisfecho	Total	No muy satisfecho	Muy satisfecho	Total
0	617849	481626	1099475	56	44	100
1	83683	20788	104471	80	20	100
2	47870	11140	59010	81	19	100
3	33626	7614	41240	82	18	100
4	32125	10269	42394	76	24	100
5	72388	4137	76525	95	5	100
Total	887541	535575	1423116	62	38	100

**Tabla 3.29a** Asociación entre sentirse o no muy satisfecho con la atención recibida y la manera en que lo trató el personal de la unidad médica

Indíqueme cómo lo trataron...	Respuesta	Totales estimados			Porcentajes		
		Muy satisfecho	No muy satisfecho	Total	Muy satisfecho	No muy satisfecho	Total
P81a. Vigilancia	Muy bien	172607	110330	282938	61	39	100
	Bien	335498	668788	1004286	33	67	100
	Mal	25476	60262	85738	30	70	100
	Muy mal	1181	25742	26924	4	96	100
	<b>Total</b>			<b>1399886</b>			
P81b. Informes	Muy bien	167965	82707	250672	67	33	100
	Bien	330311	663755	994066	33	67	100
	Mal	12260	44300	56559	22	78	100
	Muy mal	3370	17770	21140	16	84	100
	<b>Total</b>			<b>1322438</b>			
P81c. Trabajo social	Muy bien	201715	82746	284461	71	29	100
	Bien	271201	540758	811958	33	67	100
	Mal	12023	32629	44652	27	73	100
	Muy mal	1423	14229	15652	9	91	100
	<b>Total</b>			<b>1156723</b>			
P81d. Caja	Muy bien	171189	64094	235284	73	27	100
	Bien	317468	670363	987831	32	68	100
	Mal	14567	60161	74728	19	81	100
	Muy mal	6706	17238	23944	28	72	100
	<b>Total</b>			<b>1321786</b>			
P81e. Archivo clínico	Muy bien	133167	48306	181473	73	27	100
	Bien	247774	444889	692663	36	64	100
	Mal	8056	15989	24045	34	66	100
	Muy mal	370	11899	12269	3	97	100
	<b>Total</b>			<b>910450</b>			
P81f. Enfermería	Muy bien	251291	159232	410522	61	39	100
	Bien	243416	623893	867309	28	72	100
	Mal	2513	23532	26045	10	90	100
	Muy mal	1274	6918	8192	16	84	100
	<b>Total</b>			<b>1312069</b>			
P81g. Médico	Muy bien	325502	256887	582389	56	44	100
	Bien	214077	616350	830426	26	74	100
	Mal	2749	22558	25308	11	89	100
	Muy mal	0	2842	2842	0	100	100
	<b>Total</b>			<b>1440966</b>			

**Tabla 3.29b** Asociación entre sentirse o no muy satisfecho con la atención recibida y la manera en que lo trató el personal de la unidad médica (*continuación*)

Indíqueme cómo lo trataron...	Respuesta	Totales estimados			Porcentajes		
		Muy satisfecho	No muy satisfecho	Total	Muy satisfecho	No muy satisfecho	Total
P81h. Camilleros	Muy bien	139848	70676	210524	66	34	100
	Bien	160818	247661	408480	39	61	100
	Mal	972	5048	6019	16	84	100
	Muy mal	0	454	454	0	100	100
	<b>Total</b>			<b>625478</b>			
P81i. Laboratorios	Muy bien	213327	108812	322138	66	34	100
	Bien	231090	452576	683666	34	66	100
	Mal	2968	21579	24547	12	88	100
	Muy mal	2259	1931	4189	54	46	100
	<b>Total</b>			<b>1034540</b>			
P81j. Rayos X	Muy bien	157827	86622	244450	65	35	100
	Bien	211478	374524	586003	36	64	100
	Mal	2981	6963	9944	30	70	100
	Muy mal	1370	8004	9374	15	85	100
	<b>Total</b>			<b>849771</b>			
P81k. Limpieza	Muy bien	196154	88127	284281	69	31	100
	Bien	273819	543088	816908	34	66	100
	Mal	6698	50920	57618	12	88	100
	Muy mal	3397	9276	12673	27	73	100
	<b>Total</b>			<b>1171480</b>			

**Tabla 3.30** Modelos logísticos simples para estudiar la asociación entre sentirse o no muy satisfecho con la atención recibida y el trato recibido por parte del personal del hospital

Pregunta	Grados libertad numerador	Grados libertad denominador	F de Wald corregida	p
p81a. Vigilancia	3	2,077	28.9	0
p81b. Informes	3	1,982	29.9	0
p81c. Trabajo social	3	1,852	42.4	0
p81d. Caja	3	1,899	43.5	0
p81e. Archivo clinico	3	1,388	31.1	0
p81f. Enfermeria	3	1,973	40.8	0
p81i. Laboratorios	3	1,636	29.1	0
p81j. Rayos X	3	1,363	17.3	0
p81k. Limpieza	3	1,848	41.2	0

muestra que el sentirse muy satisfecho con la atención recibida está significativamente asociado con el trato dispensado por el personal del hospital.

Solo 2% de los usuarios (19,425) sufrieron maltrato físico por parte del personal del hospi-

tal; el 11% de ellos (2,066) se sintió muy satisfecho con la atención recibida, tabla 3.31. Con respecto al 98% de los usuarios (1,432,110) que no reportaron haber sufrido maltrato físico por parte del personal del hospital; el 38% (541,213) quedó muy satisfecho con la atención recibida.

**Tabla 3.31** Asociación entre sentirse o no muy satisfecho con la atención recibida y situaciones vividas con el personal del hospital

Situaciones vividas relacionadas con el personal del hospital	Respuesta	Totales estimados			Porcentajes		
		Muy satisfecho	No muy satisfecho	Total	Muy satisfecho	No muy satisfecho	Total
P82a. Maltrato físico	Sí	2066	17359	19425	11	89	100
	No	541213	890897	1432110	38	62	100
	Total			1451535			
P82b. Maltrato emocional y/o psicológico	Sí	11717	49284	61002	19	81	100
	No	531562	858972	1390533	38	62	100
	Total			1451535			
P82c. Trato desigual	Sí	14032	54967	68999	20	80	100
	No	529247	853251	1382497	38	62	100
	Total			1451497			
P82d. Impuntualidad	Sí	48693	125204	173898	28	72	100
	No	494586	781644	1276229	39	61	100
	Total			1450127			
P82e. Actitud grosera / descortesía	Sí	56838	145515	202353	28	72	100
	No	485293	759239	1244532	39	61	100
	Total			1446885			
P82f. Prepotencia	Sí	41251	104842	146093	28	72	100
	No	502028	803414	1305442	38	62	100
	Total			1451535			
P82g. Corrupción	Sí	1554	14675	16229	10	90	100
	No	541427	893542	1434969	38	62	100
	Total			1451198			
P82h. Falta de información	Sí	31155	122701	153856	20	80	100
	No	512124	784823	1296947	39	61	100
	Total			1450803			
P82i. Maltrato a familiares y/o acompañantes	Sí	4027	36296	40323	10	90	100
	No	535459	861075	1396534	38	62	100
	Total			1436858			
P82j. Falta de respeto a su intimidad	Sí	3836	16845	20681	19	81	100
	No	539137	891411	1430549	38	62	100
	Total			1451229			
P82k. Desorganización del personal de salud	Sí	13724	84156	97880	14	86	100
	No	529250	822865	1352115	39	61	100
	Total			1449995			

**Tabla 3.32** Modelos logísticos simples para estudiar la asociación entre sentirse o no muy satisfecho con la atención recibida y diversas situaciones vividas con el personal del hospital

Pregunta	Grados libertad numerador	Grados libertad denominador	F de Wald corregida	P
P82a. Maltrato físico	1	2150	4,8	0,029
P82b. Maltrato emocional y/o psicológico	1	2150	6,8	0,009
P82c. Trato desigual	1	2149	7,2	0,007
P82d. Impuntualidad	1	2148	6,3	0,012
P82e. Actitud grosera / descortesía	1	2146	7,4	0,007
P82f. Prepotencia	1	2150	4,6	0,032
P82g. Corrupción	1	2147	3,6	0,059
P82h. Falta de información	1	2148	15,5	0,000
P82i. Maltrato a familiares y/o acompañantes	1	2132	11,4	0,001
P82j. Falta de respeto a su intimidad	1	2149	2,2	0,140
P82k. Desorganización del personal de salud	1	2146	16,3	0,000

De acuerdo con el modelo logístico ajustado, tabla 3.32, existe una asociación significativa entre el haber sufrido o no maltrato físico y el sentirse o no muy satisfecho con la atención médica, tabla 3.32. Un patrón similar se observa para el resto de las situaciones vividas relacionadas con el personal del hospital excepto para la pregunta referente a la falta de respeto a su intimidad pero este estimador no es confiable, tablas 3.31 y 3.32.

### MODELO LOGÍSTICO MÚLTIPLE

El modelo logístico múltiple se ajustó a una población total estimada de 1738 usuarios que acudieron a consulta porque varias de las variables independientes tenían datos faltantes. El modelo ajustado se presenta en la tabla 3.33. De acuerdo con este modelo, el momio<sup>4</sup> de que

un usuario atendido en un Hospital Federal de Referencia se sienta muy satisfecho con la atención recibida es 55% menor que para los usuarios de los Institutos Nacionales de Salud ( $P = 0.000$ ). En cambio, el momio de que un usuario de un Hospital Regional de Alta Especialidad se sienta muy satisfecho con la atención recibida es 43% mayor que para los usuarios de los Institutos Nacionales de Salud; sin embargo, no existen diferencias estadísticamente significativas entre los usuarios de los Institutos Nacionales de Salud y los de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad

---

igual a cero. El momio será igual a 1 si las dos probabilidades son iguales; será menor a 1 si la probabilidad de que esté muy satisfecho con la atención es menor a la probabilidad de que no esté muy satisfecho y será mayor a 1 cuando se invierte la relación entre las dos probabilidades. Por ejemplo, si el momio es igual a 2, la probabilidad de que el usuario esté muy satisfecho con la atención es dos veces la probabilidad de que no esté muy satisfecho. Similarmente si el momio es igual a 0,5, la probabilidad de que el usuario esté muy satisfecho es 50% menor a la probabilidad de que no esté muy satisfecho.

<sup>4</sup> El momio se define como el cociente de la probabilidad de que un usuario esté muy satisfecho con la atención recibida y la probabilidad de que no esté muy satisfecho con la atención. Esto significa que el momio es un número mayor o

**Tabla 3.33** Modelo logístico múltiple para predecir la probabilidad de que un individuo esté muy satisfecho con la atención recibida en el hospital. Todas las variables independientes son cualitativas excepto el índice de comunicación con el médico. La categoría de referencia de las variables cualitativas no se muestra en esta tabla

Variable	Coficiente estimado	Error estándar	P	RM	Intervalo 95% confianza para RM	
Constante	1,025	0,307	0,001	2,788	1,528	5,088
Adultos jóvenes	0,964	0,292	0,001	2,622	1,479	4,648
Adultos maduros	1,022	0,278	0,000	2,778	1,611	4,790
Adultos mayores	1,677	0,438	0,000	5,349	2,267	12,619
Acude por primera vez al hospital - No	0,373	0,186	0,046	1,451	1,007	2,091
Puede realizar quehaceres hogar - No	-0,378	0,156	0,016	0,686	0,504	0,932
Esperaba afectaciones estado ánimo - No	-0,487	0,163	0,003	0,614	0,446	0,846
Trato del personal del hospital - Bueno/Malo/Muy malo	-0,428	0,279	0,125	0,652	0,377	1,126
Índice de comunicación con médico	-0,314	0,077	0,000	0,731	0,629	0,849
Número de médicos que lo atendieron responsablemente : 3, 4, 5	0,332	0,178	0,061	1,394	0,984	1,975
Número de médicos que lo atendieron responsablemente : > 5	0,674	0,197	0,001	1,962	1,333	2,888
Unión familiar - No cambió	-0,422	0,155	0,007	0,656	0,484	0,889
Seguridad para evitar accidentes en las instalaciones - Buena	-0,819	0,197	0,000	0,441	0,300	0,648
Seguridad para evitar accidentes en las instalaciones - Mala/Muy mala	-1,309	0,907	0,149	0,270	0,046	1,599
Funcionamiento aparatos del hospital - Bueno	-0,482	0,193	0,013	0,617	0,423	0,901
Funcionamiento aparatos del hospital - Malo/Muy malo	-0,546	0,751	0,467	0,579	0,133	2,524
Hospital Federal Referencia	-0,795	0,184	0,000	0,452	0,315	0,647
Hospital Regional Alta Especialidad	0,358	0,186	0,054	1,431	0,994	2,061
Adulto joven : Trato personal hospital- Bueno/Malo/Muy malo	-0,898	0,396	0,023	0,407	0,187	0,885
Adulto maduro : Trato personal hospital- Bueno/Malo/Muy malo	-0,859	0,379	0,023	0,424	0,202	0,890
Adulto mayor : Trato personal hospital- Bueno/Malo/Muy malo	-1,567	0,567	0,006	0,209	0,069	0,633

( $P = 0.054$ ). Es decir, solo los usuarios atendidos en los Hospitales Federales de Referencia tienen una probabilidad significativamente menor de sentirse muy satisfechos con la atención recibida.

El momio ajustado de que un usuario se sienta muy satisfecho con la atención recibida se reduce: 31% cuando no puede realizar todos sus quehaceres habituales de la casa ( $P = 0.016$ ); 39% cuando no esperaba que el padecimiento/embarazo le causara tristeza, enojo o

preocupación ( $P = 0.003$ ); y 29% por cada unidad de incremento en el índice de comunicación con el médico ( $P = 0.000$ ). Además, el momio de que un usuario se sienta muy satisfecho con la atención recibida se reduce 56% cuando considera que la seguridad para evitar accidentes en las instalaciones del hospital es buena en comparación con muy buena ( $P = 0.000$ ). Análogamente, el momio de que un individuo quede muy satisfecho con la atención recibida se reduce 73% cuando opinó que la

seguridad para evitar accidentes en las instalaciones del hospital es mala o muy mala en contraste con los que dijeron que la seguridad era muy buena ( $P = 0.149$ ). Es decir, la probabilidad de que un usuario se sienta muy satisfecho con la atención recibida disminuye significativamente entre peor sea la comunicación con el médico, conforme disminuye la seguridad para evitar accidentes en las instalaciones hospitalarias, cuando no puede realizar sus quehaceres habituales en la casa y cuando no esperaba que el padecimiento/embarazo le causara tristeza, enojo o preocupación.

Además, el momio de que un usuario se sienta muy satisfecho con la atención recibida se incrementa 39% cuando tres, cuatro o cinco médicos lo atendieron responsablemente y con compromiso en comparación con los usuarios que solo fueron atendidos por 1 médico con esas características ( $P = 0.061$ ). De manera similar, el momio de que un usuario se sienta muy satisfecho con la atención recibida casi se duplica cuando más de 5 médicos lo atendieron responsablemente y con compromiso en contraste con los usuarios que solo fueron atendidos por 1 médico con dichas características ( $P = 0.001$ ). Finalmente, el momio de que una persona se sienta muy satisfecha con la atención recibida se incrementa 52% ( $1/0.656$ ) cuando hubo cambios en la unión familiar causados por el padecimiento/embarazo ( $P = 0.007$ ).

En otras palabras, la probabilidad de que un usuario se sienta muy satisfecho con la atención recibida se incrementa significativamente entre mayor sea el número de médicos que lo atendieron responsablemente y con compromiso, y cuando hubo cambios en la unión familiar como consecuencia del padecimiento/embarazo. Con respecto a los individuos que reporta-

ron cambios en la unión familiar, el 42% dijo que su familia estaba más unida desde que presentó su padecimiento/embarazo y solo 6% indicó que estaba menos unida, tabla 3.16.

A continuación se interpreta la interacción entre el grupo etario y el trato que recibieron los usuarios por parte del personal del hospital. Con esta finalidad se consideraron únicamente a los usuarios de los Institutos Nacionales de Salud que ya habían acudido a ver al médico por lo menos una vez, que podían realizar los quehaceres habituales de la casa, que no esperaban afectaciones en su estado de ánimo, que lograron una excelente comunicación con el único médico que los atendió, que reportaron cambios en la unión familiar, que consideraron que la seguridad para evitar accidentes en las instalaciones del hospital fue buena y que consideraron que el funcionamiento de los aparatos y equipos del hospital fueron muy buenos. Entre los usuarios con estas características, los que recibieron un trato bueno, malo o muy malo por parte del personal del hospital, la probabilidad de que se sintieran muy satisfechos con la atención recibida fue de 42% si eran niños o adolescentes, 43% si eran adultos jóvenes, 46% si eran adultos maduros y 44% si eran adultos mayores.

Cuando el trato que recibieron los usuarios por parte del personal del hospital fue muy bueno, la probabilidad de que se sintieran muy satisfechos con la atención recibida fue 52% para los niños y adolescentes, 74% para los adultos jóvenes 75% para los adultos maduros y 85% para los adultos mayores. En resumen, cuando el trato otorgado por el personal del hospital fue muy bueno, la probabilidad de que los usuarios se sientan muy satisfechos con la atención recibida fue mayor a 50%; en caso contrario dicha probabilidad fue menor a 50%.

## GRUPOS DE USUARIOS DE ACUERDO A SUS EXPECTATIVAS VERSUS EXPERIENCIAS

En esta sección se explora una partición de la población de estudio en grupos, de acuerdo a la medida en que sus expectativas fueron alcanzadas por sus experiencias. Este análisis es de carácter exclusivamente exploratorio, pero nos ha permitido describir el perfil sociodemográfico de los usuarios que se encuentran conglomerados en los extremos de la escala de satisfacción. Esto es, aquellos que nunca responden a la pregunta sobre satisfacción con el valor de: “muy satisfecho” y de aquellos pacientes que respondieron en su mayoría (63%) a la pregunta sobre satisfacción, con el valor de “muy satisfecho”

Para realizar este análisis se crearon variables nominales con tres categorías que resumen el acercamiento entre las expectativas y las experiencias. La primera categoría corresponde a los usuarios cuyas expectativas corresponden con sus experiencias (etiqueta 0), la segunda corresponde a los usuarios que vieron superadas sus expectativas en un sentido positivo (etiqueta 1) y la tercera corresponde a aquellos usuarios que no alcanzaron sus expectativas (etiqueta -1). Las variables de acercamiento se calcularon para:

- V1. Las limitaciones que reportan los usuarios a raíz de su padecimiento o embarazo. Preguntas P30 y P32 del instrumento de medición.
- ¿Considera que su padecimiento/embarazo lo limita en algún sentido? ¿Esperaba que su padecimiento/embarazo lo limitara para valerle por sí mismo?
- V2. Los estudios realizados (sin considerar la atención médica de su doctor). Preguntas P35 y P34 del instrumento de medición.
- Sin considerar la atención médica de su doctor, ¿usted esperaba que le realizaran algún tipo de estudios?
- V3. Las consideraciones sobre la afectación de la economía familiar de su embarazo/padecimiento. Preguntas P44 y P46 del instrumento de medición.
- ¿Considera que su padecimiento/embarazo ha afectado su economía familiar? ¿Esperaba usted que hubiera cambios que afectaran la economía familiar debido a su padecimiento/embarazo?
- V4. El cobro por la atención médica. Preguntas P48 y P51 del instrumento de medición.
- ¿Le cobraron por la atención médica que recibió? ¿Esperaba que le cobraran por la atención médica que recibió?
- V5. Las consideraciones sobre los problemas que el embarazo/padecimiento le ha causado para realizar sus actividades en el trabajo, casa o escuela. Preguntas P54 y P56 del instrumento de medición.
- Hablando de su actual padecimiento/embarazo ¿considera que le ha causado problemas para realizar sus actividades en el trabajo, casa o escuela? ¿Esperaba que el padecimiento/embarazo le causara problemas para realizar sus actividades en el trabajo, casa o escuela?
- V6. Las consecuencias del padecimiento/embarazo que se refieren a dejar de hacer alguna actividad con sus familiares o amigos. Preguntas P58 y P59 del instrumento de medición.
- Como consecuencia de su padecimiento/embarazo ¿ha dejado de hacer alguna actividad con sus familiares o amigos? ¿Esperaba que su padecimiento/embarazo afectara sus relaciones con familiares o amigos?
- V7. El acceso al hospital que le dieron a la familia del usuario. Preguntas P65 y P67 del instrumento de medición.

- ♦ ¿Está usted conforme con el acceso al hospital que le dieron a su familia? ¿Usted esperaba que el hospital le permitiera el acceso adecuado a su familia cuando lo necesitaba?
- ♦ V8. El reporte del usuario sobre si se ha sentido triste, irritable o preocupado a causa de su padecimiento/embarazo. Preguntas P68 y P70 del instrumento de medición.
- ♦ ¿Se ha sentido triste, irritable o preocupado a causa de su padecimiento/embarazo? ¿Esperaba que su padecimiento/embarazo le causara tristeza, enojo o preocupación?
- ♦ V9. El reporte sobre si ha recibido ayuda profesional para manejar sus emociones. Preguntas P71 y P73 del instrumento de medición.
- ♦ ¿Ha recibido ayuda para manejar sus emociones? ¿Qué tipo de ayuda esperaba recibir para manejar sus emociones?
- ♦ V10. El tratamiento que le han recetado. Preguntas P74 y P76 del instrumento de medición.
- ♦ ¿Le han recetado algún tratamiento? ¿El tratamiento que le recetaron es el que esperaba?
- ♦ V11. El trato que recibió por parte del personal del hospital. Preguntas 78 y 79 del instrumento de medición.
- ♦ ¿En general el trato que recibió por parte del hospital fue muy bueno, bueno, malo o muy malo? ¿Qué tipo de trato esperaba del personal de salud muy bueno, bueno, malo o muy malo?

La asociación de estas variables de acercamiento con el nivel de satisfacción reportado por los usuarios es estadísticamente significativa con un nivel de error de aproximadamente 10% únicamente para las variables: V2 (estudios realizados, P-valor = 0.008), V4 (cobro por la atención médica, P-valor = 0.000), V7 (acceso de la familia, P-valor= 0.046), V8

(preocupaciones del estado de ánimo, P-valor = 0.104), V10 (tratamiento, p-valor = 0.000) y V11 (trato del personal del hospital, p-valor = 0.002). Es decir, únicamente para estas siete variables se tiene una diferencia significativa en la respuesta de satisfacción entre quienes alcanzan sus expectativas y quienes no.

Una vez identificadas aquellas variables de acercamiento que tienen una asociación significativa con la variable binaria de satisfacción, que se considera como variable dependiente, se toman como variables predictivas y se busca particionar a la población con base en un árbol de clasificación. El árbol se construyó utilizando la metodología QUEST<sup>5</sup>, que representa como nodos en un árbol a las reglas de predicción de la clase dependiente con base en los valores de las variables predictoras y se construye de manera recursiva. Los nodos terminales pueden definir grupos de interés, en este caso buscamos identificar nodos terminales que reflejan respuestas opuestas en relación a la satisfacción.

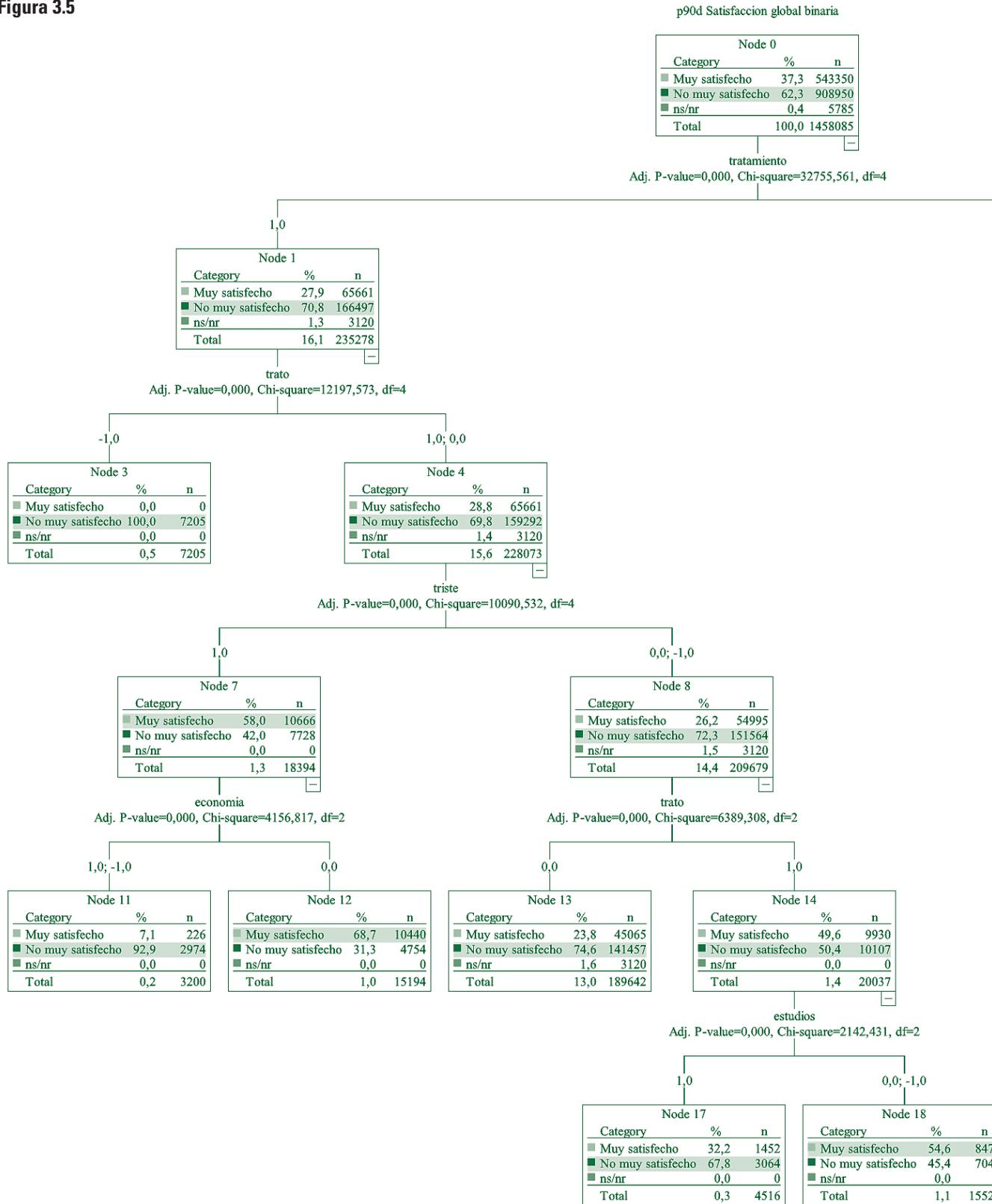
Las particiones del árbol se detienen cuando los modelos utilizados para generarlo ya no son significativos y se considera si las particiones de la población que induce un nivel del árbol dejan grupos con muy pocas observaciones o incluso ninguna observación en las categorías de la variable dependiente.<sup>6</sup>

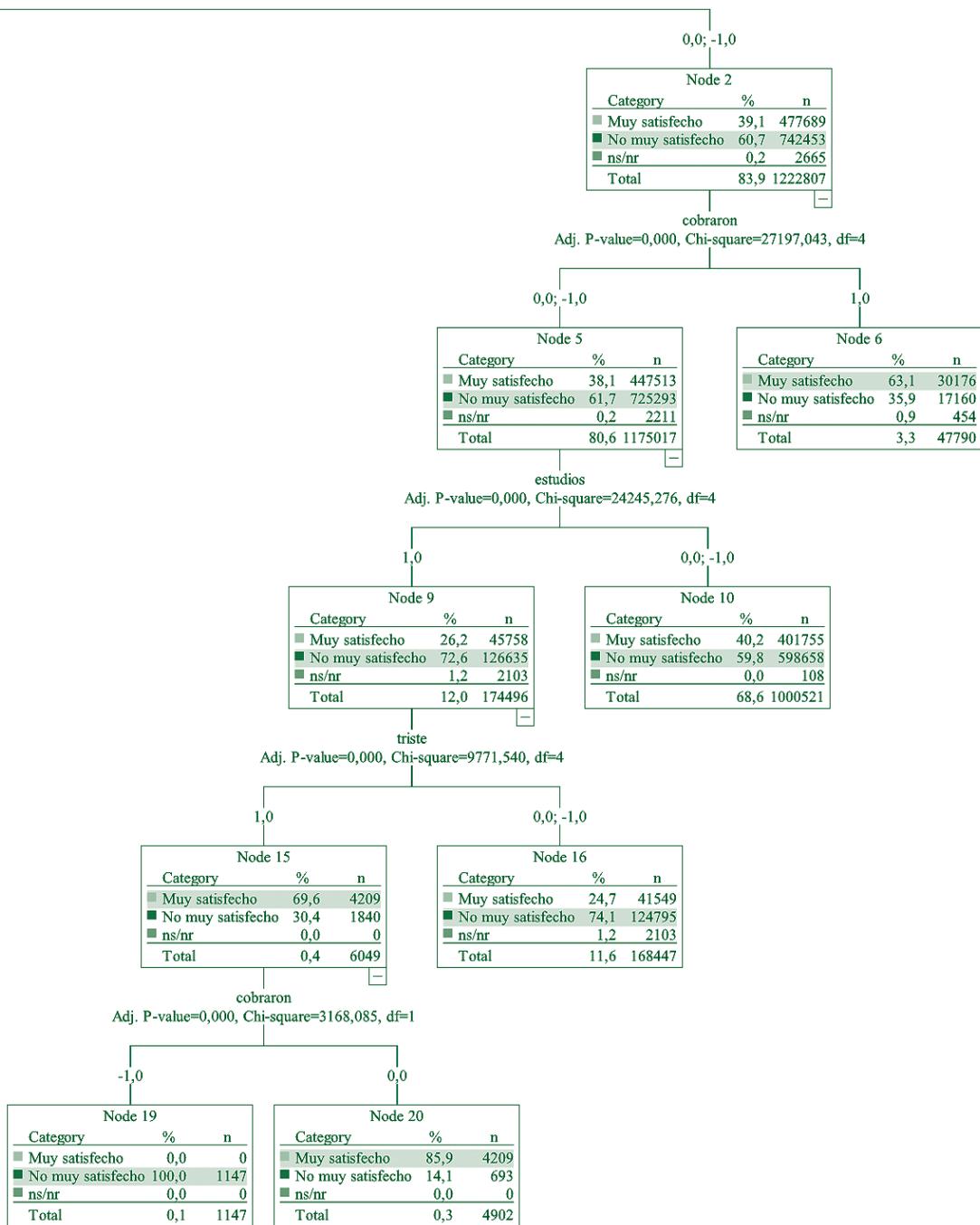
El árbol que se muestra en la figura 3.5, permite reconocer con base en dos nodos terminales a los grupos que consideramos de interés, en términos del nivel de satisfacción que

<sup>5</sup> Loh, W. y Shih, Y. (1997). *Split Selection Methods for Classification Trees*. Wisconsin-Madison; Statistica Sinica; 7, 845-840.

<sup>6</sup> Trevor Hastie, Robert Tibshirani, Jerome Friedman. Springer. *The Elements of Statistical Learning: Data Mining, Inference, and Prediction*. Second Edition, February (2009).

Figura 3.5





reportan. El porcentaje de predicción correcta global es del 64% con un riesgo estimado de 0.360. Se identifican entonces tres conglomerados con comportamientos diferentes en relación a la satisfacción y a las variables de acuerdo entre las expectativas y las experiencias de los usuarios. De acuerdo a la etiqueta de pertenencia al conglomerado, se identifican las características sociodemográficas de cada grupo para tratar de distinguir las características específicas de los individuos en cada grupo y entender sus diferencias.

El primer grupo que está representado por el nodo 3, se trata del que en ningún caso reporta estar muy satisfecho. Este grupo ve superadas sus expectativas sobre el tratamiento que le han recetado, sin embargo, sus experiencias con respecto al trato que recibió por el personal del hospital quedaron por debajo de sus expectativas. Está formado por mujeres en su mayoría (95%), se trata de adultos jóvenes (40%) o adultos maduros (58%) que son usuarios con padecimientos crónicos (73%) y que fueron atendidos en el servicio de Consulta Externa (75%). En este grupo el 22% reportan un nivel de educación superior. Para estos usuarios es claro que reciben el tratamiento adecuado para su padecimiento, pero tienen expectativas altas sobre el trato del personal del hospital. Se trata de mujeres de edad adulta, que hemos establecido que son quienes con menos resistencia y mayor frecuencia buscan los servicios de salud al enfrentar un evento. Es por ello que cuando sus expectativas sobre el trato del personal no se alcanzan, su nivel de satisfacción no será reportado como muy satisfactorio.

El segundo grupo corresponde al nodo 6, se trata de quienes en su mayoría (63%) reportan estar muy satisfechos. Para estos usuarios, a pesar de que durante el tratamiento sus experiencias concordaron con sus expectativas o bien quedaron por debajo, en el caso del cobro por la atención médica, superaron sus expectativas. En este caso tenemos que se trata pacientes que reportan padecimientos de tipo crónico (39%) o agudo (27%) que fueron atendidos en las áreas de Consulta Externa (68%) y Urgencias (27%). Son pacientes que por grupo etareo se distribuyen como sigue: 34% niños y adolescentes, 14% adultos jóvenes, 37% adultos maduros y 15% adultos mayores. El 41% de estos usuarios reporta un nivel educativo de primaria incompleta o menos. En este caso podemos inferir que se trata de una clase social marginada para la cual la ocurrencia de un evento de salud inesperado repercute de tal forma, que las preocupaciones económicas de los usuarios juegan un papel preponderante. Al superar sus expectativas sobre el cobro de la atención médica, estos usuarios optan por la opción más alta de la escala de satisfacción.

El grupo restante engloba al resto de la población, en estos usuarios el 37% respondieron estar muy satisfechos. Se trata de usuarios que en general presentan concordancia entre sus expectativas y sus experiencias para las variables de tratamiento y trato, sin embargo, aquellos que no las alcanzan se mueven de la parte superior de la escala. También se encuentran en este grupo los usuarios que no alcanzaron sus expectativas sobre el cobro de la atención médica. Su perfil sociodemográfico es muy cercano al perfil global ya descrito para toda la población.

## LOS APRENDIZAJES: A MODO DE CIERRE PROVISIONAL

---

Los estudios relativos a la experiencia de los usuarios y su satisfacción con la atención médica generalmente se asocian con la calidad en el servicio. Esta investigación, enfocada desde las necesidades del paciente, pretendió indagar las expectativas y experiencias de usuarios y acompañantes que acudieron a los hospitales de tercer nivel de la Secretaría de Salud. Las encuestas para evaluar la experiencia de los pacientes con la atención a la salud, así como las entrevistas a profundidad, son mecanismos que permiten acercarse a las necesidades humanas, no solo para mejorar el Sistema de Salud, sino para lograr que la calidad de vida del paciente mejore. Las preguntas relativas a la satisfacción de los usuarios buscan conocer el bienestar subjetivo a partir de una experiencia cognitiva y afectiva en un evento de salud específico.

De esta manera, el objetivo de la investigación fue identificar los elementos que se asocian con el bienestar subjetivo (satisfacción) de los usuarios y acompañantes en un evento de atención a la salud, así como las expectativas y experiencias en su paso por el sistema de salud. Partimos de la idea de que la experiencia de la enfermedad y su atención están en el centro de los propósitos de la medicina alópata, esto es, aliviar el sufrimiento humano causado por factores bio-psico-sociales. No obstante, la eficiencia clínica por sí misma no es suficiente, ya que el efecto que tiene en la percepción del paciente es igualmente importante.<sup>1</sup> La posibilidad de vincular el episodio de atención a la salud con el contexto económico, social y cultural del paciente, permite integrar holísticamente

---

<sup>1</sup> Quiroga Q., L., E. y Antezana S. G., M.(2005). "La calidad de atención y la información son derechos del paciente". Bolivia: *Gaceta Médica Boliviana*; 28(1) 26-34. ISSN 1012-2966.

no solo su historia personal, sino social. La relación se invierte, en lugar de que la unidad médica sea el centro del análisis, es el paciente, el que le da significado a su tránsito por esta, en su trayectoria de vida. Lo que orienta la investigación es conocer qué elementos influyen en que las personas se sientan más o menos satisfechas en su paso por la unidad médica.

Los cuestionarios para indagar la satisfacción de los pacientes se han enfocado en el servicio prestado, y la mayoría de las calificaciones derivadas de estos instrumentos tienden a ser muy altas, mostrando poca sensibilidad para identificar problemas en aspectos concretos que afectan la calidad de la atención y aquellos relativos al bienestar del paciente. Combinar las encuestas, metodológicamente tratadas con recursos estadísticos, y las entrevistas a profundidad, que abordan detalles específicos del proceso y los eventos ocurridos en el curso del episodio de atención a la salud, es una estrategia valiosa, como se mostró en este estudio. La intención, al final, fue lograr un instrumento, culturalmente sensible, que incorpore la complejidad de los eventos de salud-enfermedad-atención y los aspectos en esta trayectoria que son importantes para los pacientes en dominios específicos.

## MODELOS CONCEPTUALES EN LA MEDICIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE

En los estudios de calidad de la atención la Organization of Economic Cooperation and Development (OECD)<sup>2</sup> ha identificado tres áreas

que de manera complementaria dan cuenta del mejoramiento en la prestación de los servicios de salud: 1) la eficiencia clínica; 2) la seguridad del paciente y 3) la experiencia del paciente.<sup>3</sup> Las dos primeras áreas utilizan diversas fuentes para medir la calidad, como los registros de mortalidad y morbilidad, incidentes críticos, datos administrativos, expedientes electrónicos e impresos, los insumos de los sistemas (profesionales de la salud, unidades médicas, tecnologías), el diseño de los sistemas de salud donde se establece la distribución de responsabilidades en la rendición de cuentas, el monitoreo a través de la implementación de estándares, guías, infraestructura y flujos de información y finalmente el mejoramiento al sistema que incluye la calidad, la seguridad y los incentivos al personal.

La tercer área, la que a nosotros nos interesa, utiliza como fuentes de medición las encuestas de satisfacción a los pacientes. La pregunta que surge entonces es ¿por qué se necesita información sobre la experiencia de los pacientes?, ¿qué tipo de datos se pueden obtener para que se incorporen mejoras en el sistema con el fin de incrementar el bienestar del paciente, el cuidado a su salud y con ello su calidad de vida?

La OECD desde hace más de un lustro, promovió la formación de un equipo de expertos denominado “Health Care Quality Indicators Project” (HCQI) con el fin de establecer sistemas nacionales para recolectar información longitudinal sobre la experiencia de los pacientes. Sus metas para mejorar la atención son: reducir la fragmentación del sistema, mejorar

<sup>2</sup> Klazienga, N. (2010). *Improving Value in Health Care: Measuring Quality*. USA: OECD Health Policy Studies. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/measuring-quality>.

<sup>3</sup> Martke, S.A y Epstein, *et.al.* (2006). “The OECD Health Quality Indicators Project: History and Background”. USA: *International Journal for Quality in Health Care*: 18(1):1-4.

la rendición de cuentas, involucrar al paciente en el cuidado de su salud, implementar estrategias de prevención, estimular la transparencia en los procesos e influir en la calidad de la atención.

Estos objetivos son congruentes con la definición del Institute of Medicine (IOM) sobre la calidad que se distingue por el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones, incrementan la posibilidad de que los resultados esperados sucedan y que sea consistente con el conocimiento profesional actual.<sup>4</sup>

El modelo conceptual que propone el HCQI es como sigue: en la parte superior coloca el status de salud y se pregunta ¿qué tan saludables son los ciudadanos de los países miembros de la OECD, considera entonces cuatro áreas: condiciones de salud, funcionamiento humano y calidad de vida, expectativas de vida y bienestar y, mortalidad. Además incorpora los determinantes de la salud que no dependen de la atención, basándose en el cuestionamiento: ¿existen diferencias entre los factores que no dependen de la atención pero que también determinan la salud entre los países miembros de la OECD?, y se identifican cuatro: conductas de salud y estilo de vida, recursos personales, condiciones socio-económicas y ambientales, entorno físico. Una vez identificadas estas dimensiones se ubica en el centro del esquema el desempeño del sistema de atención a la salud. Las preguntas que guían esta sección son: ¿cómo se desempeña el sistema de atención a la salud?, ¿cuál es el nivel de atención a través del rango de necesidades de atención de los pacientes?, ¿cuánto cuesta este desempeño? Las necesidades de atención a la salud se clasifican en cuatro tipos

o rangos: mantenerse saludable, curarse y recuperarse, vivir con limitaciones y discapacidades, y por último, lidiar con el final de la vida. En cada una de ellas se consideran los siguientes aspectos: calidad (efectividad, seguridad y respuestas a las necesidades centradas en el paciente), accesibilidad y costos expedidos. Todo el modelo está atravesado de manera horizontal por la eficiencia (macro y micro-económica) y vertical por la equidad. Finalmente en la parte inferior hay otra área relativa al diseño y el contexto del sistema de salud, y se interroga ¿cuáles son los aspectos importantes en el diseño y contexto que son específicos a cada sistema de salud y que pueden ser útiles para interpretar la calidad de la atención a la salud? Esto incluye aquello que determina el desempeño en cada país (capacidades, valores sociales, preferencias políticas, etc.), así como aspectos del sistema de salud relacionados con la prestación de servicios. La perspectiva del modelo de la OECD es amplia y transnacional, y solo incorpora la experiencia de los pacientes como un elemento más en el desempeño del sistema (*responsivness*).

Existen otras instituciones internacionales que en la última década han trabajado en la medición de la experiencia de los pacientes, y parten de modelos conceptuales más acotados que los de la OECD. En Europa, The Picker Institute Europe ha desarrollado y validado un cuestionario para recuperar la experiencia de los pacientes adultos hospitalizados.<sup>5</sup> El modelo está compuesto por ocho dimensiones de las cuales se desprenden los índices y los indicadores expresados en reactivos de opción múltiple

<sup>4</sup> Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. 2001: 6.

<sup>5</sup> Jenkinson, C. Coulter, A. y Bruster, S. (2002). "The Picker Patient Experience Questionnaire: Development and Validation Using Data From In-Patient Surveys in Five Countries". USA: *International Journal for Quality in Health Care*. 14(5):353-358.

(escalas de Likert). La primera dimensión tiene que ver con la información y educación, indaga cuestiones como: haber recibido o no suficiente información en unidades de emergencia y/o accidentes, retrasos no explicados en la admisión, poca claridad en las respuestas del médico a las preguntas del paciente, poca claridad en las respuestas de la enfermera a las preguntas del paciente, poca claridad en las explicaciones de los resultados de las pruebas médicas realizadas. La segunda dimensión se refiere a la coordinación del servicio, alude a: deficiencias en la organización de urgencias, deficiencias en el proceso de admisión, largos tiempos de espera, falta de asignación de un médico a cargo de la atención del paciente, información conflictiva dada por el equipo de salud, pruebas o procedimientos programados no realizados en el tiempo especificado. El confort físico es la tercera dimensión e investiga sobre la ausencia de ayuda para ir al baño, largos tiempos de espera desde que el paciente presiona el botón para solicitar ayuda, largos tiempos de espera para recibir medicamentos contra el dolor, poca atención del equipo de salud para controlar el dolor, la cantidad inadecuada de medicina para el dolor.

La cuarta dimensión se refiere al apoyo emocional y se cuestiona si el doctor omitió abordar cuestiones relativas a las ansiedades o miedos del paciente, desconfianza en los doctores, desconfianza en las enfermeras, no fue fácil encontrar alguien con quien hablar sobre las preocupaciones. En quinto lugar está el respeto por las preferencias del paciente, se indaga si los doctores a veces hablan como si no estuviera ahí, las enfermeras, percepción de no estar suficientemente involucrado en las decisiones relativas al tratamiento y cuidados, o no siempre ser tratado con respeto y dignidad. La sexta dimensión se refiere al involucramiento de la

familia y los amigos y pregunta por la falta de oportunidades para que la familia hable con los doctores, información insuficiente a la familia sobre la condición del paciente, información insuficiente a la familia necesaria para ayudar a su recuperación. En séptimo sitio está la continuidad y la transición, cuestiona si el propósito de los medicamentos no queda bien explicado, no se especificaron los efectos secundarios de las medicinas, no se explicaron las señales de alerta para observar en casa, no se le dijo cuándo podía volver a sus actividades normales. Finalmente la octava dimensión explora la impresión general sobre la experiencia considerando la cortesía del equipo de admisión, cortesía de los doctores, disponibilidad de los doctores, cortesía de las enfermeras, disponibilidad de las enfermeras, trabajo en equipo entre doctores y enfermeras, atención recibida en general, recomendación del hospital a amigos y familiares. Este instrumento tiene la ventaja de trascender fronteras nacionales y de ser lo suficientemente versátil para ser aplicado por correo postal, correo electrónico, teléfono, o cara a cara y de vincularse directamente con la experiencia de los pacientes. El cuestionario validado (PPE-15) ha sido incluido para ser utilizado en las encuestas nacionales de Gran Bretaña a cargo de los Servicios Nacionales de Salud del Departamento de Salud (SNSDS).<sup>6</sup>

Al revisar los trabajos que la Organización Mundial de la Salud (OMS) realiza sobre la satisfacción de los usuarios, encontramos que en temas de calidad de la atención centra su interés en la seguridad más que en la percepción del

<sup>6</sup> NHS National Quality Board. NHS Patient Experience Framework. (2011). [www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_132788.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_132788.pdf)

paciente.<sup>7</sup> No obstante, entre las instituciones internacionales preocupadas por la experiencia de los pacientes destaca The Commonwealth Fund (CMWF). Uno de los reportes más actuales (enero 2010), donde se plasma el modelo conceptual utilizado, es el que presenta los datos de la encuesta a pacientes clínicos en Nueva Orleans.<sup>8</sup> Aunque el objetivo del estudio es evaluar si las clínicas de atención primaria instaladas en los barrios destruidos después del huracán Katrina estaban dando respuesta a las necesidades de salud de la población, mayoritariamente pobre y vulnerable.

Para evaluar la calidad de la experiencia clínica de los pacientes, en el primer nivel de atención, la investigación midió cuatro componentes de la organización del sistema de atención centrado en el paciente. Estos son: 1) que haya en el hospital un clínico que comprenda la información importante sobre la historia médica del paciente, 2) que no haya dificultad para contactar al clínico por teléfono durante las horas laborales o en obtener atención o indicaciones médicas en fines de semana o durante la noche, y/o lograr que cuando está enfermo se le dé cita ese mismo día o al día siguiente; 3) que haya un clínico que ayude a coordinar u organizar la atención prestada por otros médicos, incluyendo su consejo para que el paciente decida a que especialista quiere ver, así como a interpretar información recibida por especialistas; y 4) que haya un clínico en la clínica que siempre escu-

che con atención, explique las cosas de manera en que el paciente las entienda, que dedique tiempo suficiente al enfermo, se involucre en las decisiones sobre el tratamiento y nunca deje preguntas no resueltas del paciente sobre el tratamiento. Utilizando estos indicadores se consideró la experiencia como excelente cuando los cuatro componentes fueron calificados en la opción más alta de respuesta. A diferencia del instrumento de Picker Institute, esta propuesta está situada, es decir con coordenadas temporales y espaciales específicas, y su intención está ligada a dar continuidad a un modelo de atención primaria que requiere fondos nacionales.

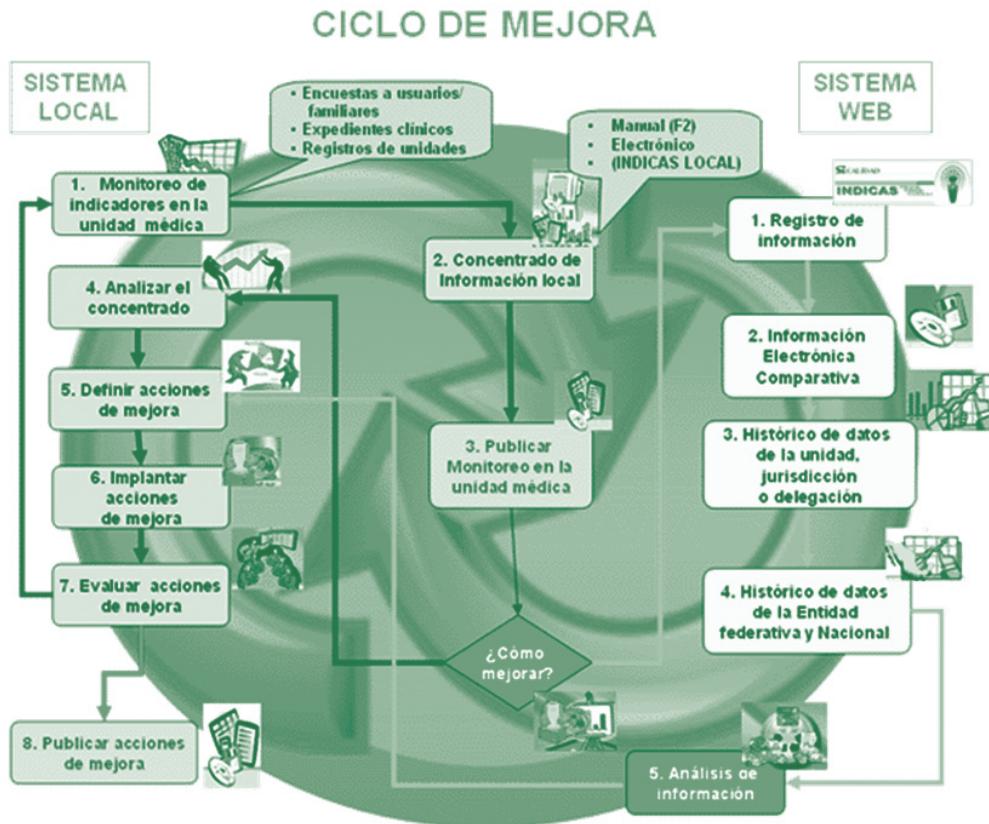
## INDICAS

En México existe un sistema de monitoreo nacional denominado INDICAS (Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud) enfocado desde la visión de la calidad del servicio y la eficiencia, que busca conocer la opinión de los usuarios para mejorar el funcionamiento de las unidades médicas. Su objetivo general es contar con un sistema integral de medición para el Sistema Nacional de Salud que integre evidencias de mejora de la calidad técnica, calidad percibida y calidad en la gestión, congruente con las necesidades de información y evaluación de líneas de acción del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). Sus objetivos particulares son: incorporar a las instituciones del sector salud al INDICAS, fomentar el registro de la información al sistema de forma consistente y completa, hacer del INDICAS un instrumento de apoyo en la toma de decisiones para mejora de los servicios de salud dentro de cada unidad médica, hacer uso y análisis de la información obtenida del sistema, así como retroalimentación por parte del

<sup>7</sup> WHO. Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. 2009. [www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)

<sup>8</sup> Doty, M. M. Abrams, MK. Mika, S. Rustgi, S. Lawlor, G. (2009). Coming out of Crisis: Patient Experience in Primary Care in New Orleans, Four Years Post-Katrina. Findings from The Commonwealth Fund. Survey of Clinic Patients in New Orleans. 2010. [www.commonwealthfund.org/.../Jan/Coming-Out-of-Crisis.aspx](http://www.commonwealthfund.org/.../Jan/Coming-Out-of-Crisis.aspx).

Figura 4.1



sistema. El llamado “ciclo de mejora” que aparece en su página web<sup>9</sup> muestra la forma en que el sistema local o unidad médica se vincula con el sistema virtual para proporcionar datos, analizarlos y retroalimentar los procesos de calidad (ver figura 4.1).

Los datos se pueden obtener en línea<sup>10</sup> con un sistema que estratifica la información por

períodos (cuatrimestre), institución (SSA, IMSS, IMSS Oportunidades, ISSSTE, PEMEX, Fuerzas Armadas, Gobierno del Estado, Universidades, Privados, otros) y distingue programas de salud gubernamentales. Geográficamente permite seleccionar la información a nivel nacional o por estados, en cada estado por jurisdicción de salud y finalmente por unidad médica. En la última sección vienen los índices: Global, Trato Digno de Primer Nivel, Trato Digno de Segundo Nivel de Urgencias, Organización de Servicios en Primer Nivel Urbano, Organización de Servicios en Primer Nivel Rural, Organización de Servicios Urgencias, Atención

<sup>9</sup> México. Secretaría de Salud Dirección General de Calidad y Educación en Salud. (consultado el 2 de abril de 2012) [www.calidad.salud.gob.mx/calidad/indicas2.html](http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/indicas2.html)

<sup>10</sup> México. Secretaría de Salud Dirección General de Calidad y Educación en Salud. (consultado el 2 de abril de 2012) <http://dgc.es.salud.gob.mx/INDICASII/consulta.php>

Médica Efectiva Primer Nivel, Atención Médica Efectiva Segundo Nivel e Índice de Enfermería en Segundo Nivel. A continuación se despliega el menú de indicadores y finalmente el de las variables que corresponde a las preguntas del cuestionario. Los hospitales de tercer nivel de atención los encontramos incluidos en los índices de segundo nivel.

En la siguiente tabla (tabla 4.1) se presentan los datos de los dos índices que se relacionan con la percepción de la atención y el trato de los usuarios y que resultan relevantes para este estudio, se identifican como: Trato Digno de Segundo Nivel de Urgencias con dos indicadores: satisfacción por la información proporcionada por el médico, y satisfacción por el trato recibido.

Al realizar la búsqueda se especificaron los siguientes criterios: período 2010-3 que co-

rresponde al período en que fueron recabados los datos del SIUSEX y los vuelve comparativos, por institución se escogió la SSA, por estado, el Distrito Federal donde están la mayoría de los HFR e IN. La información que arroja el sistema incluye: el porcentaje de usuarios satisfechos del indicador por estado (DF), el porcentaje de la variable a nivel nacional, el porcentaje de la variable a nivel estatal (DF), así como los datos desglosados por jurisdicción sanitaria. Al entrar al detalle de la información aparece el porcentaje de los hospitales evaluados en su conjunto y de cada unidad médica.

En la siguiente tabla (tabla 4.1) se comparan los resultados de los indicadores “satisfacción por la información proporcionada por el médico” en el segundo nivel de urgencias y “satisfacción por el trato recibido” y los resultados del SIUSEX, lo que constituye una forma de va-

**Tabla 4.1** Comparativo de “Atención y Trato” entre INDICAS y SIUSEX

	INDICAS*	SIUSEX**
Porcentaje de usuarios a los que el médico de consulta externa les permitió hablar sobre su estado de salud	92.1	88.5
Porcentaje de usuarios a los que el médico les explicó sobre su estado de salud	93.5	86.4
Porcentaje de usuarios a los que el médico les explicó sobre el tratamiento que deben seguir	92.1	85.3
Porcentaje de usuarios a los que el médico les explicó sobre los cuidados que deben seguir	89.8	84.1
Porcentaje de usuarios que consideran clara la información que les proporcionó el médico de consulta externa	88.7	88.1
Porcentaje de usuarios que consideran bueno el trato recibido en la unidad médica de consulta externa	88.2	97.3

\*Los datos de INDICAS fueron consultados por internet con los siguientes filtros: período 2010-3 pues coincide con la fecha en que se levantaron los datos del SIUSEX, institución: SSA donde están incluidos los HFR e IN, y lugar: D.F., donde se encuentran ubicados la mayoría de los hospitales considerados en nuestro estudio. El índice fue el de Trato Digno de Segundo Nivel de Urgencias y los indicadores seleccionados fueron el de Satisfacción por la información proporcionada por el médico y la Satisfacción por el trato recibido. Las opciones de respuesta de las preguntas 1, 2, 3 y 4 eran dicotómicas (sí/no). Las opciones de respuesta de la pregunta 5 eran muy clara/clara/regular/confusa, la cifra arrojada por el sistema corresponde a la suma de las opciones muy clara/clara. Las opciones de respuesta de la pregunta 6 eran muy bueno/bueno/regular/malo/muy malo/no contestó, la cifra que presenta el sistema corresponde a la suma de las opciones muy bueno/bueno.

\*\* El SIUSEX recupera el fraseo exacto de las preguntas del INDICAS, solo que las opciones de respuesta son distintas. En las preguntas 1, 2, 3, 4 y 5 las opciones de respuesta eran muchísimo/mucho/poco/nada/no sabe. La cifra que aquí se incluye es la suma de muchísimo/mucho. En el caso de la pregunta 6, las opciones eran muy bueno/bueno/malo/muy malo/ no sabe, igualmente el dato corresponde a la suma de muy bueno/bueno.

lidación externa a las encuestas realizadas por el INDICAS. Destaca en los datos que en las variables de la comunicación con el médico los datos de INDICAS y SIUSEX, aunque están por encima del 80% difieren hasta en 7 puntos. En el caso de la variable de trato, la diferencia es mucho mayor: en el SIUSEX la satisfacción con el trato recibido al sumar las opciones de respuesta muy bueno/bueno fue de 9 puntos más que en INDICAS. Esta diferencia puede deberse al tipo de opciones de respuesta, INDICAS contiene cinco opciones de respuesta incluyendo “regular”, el SIUSEX elimina ese punto medio y obliga al respondiente a definirse, por eso se infló el porcentaje.

### COMPARACIÓN DE MODELOS NACIONALES E INTERNACIONALES

Al mismo tiempo que se desarrollaban estos estudios, el equipo de la UNAM en México, en el marco del proyecto “La satisfacción/insatisfacción de los usuarios del sistema de salud con la atención desde sus expectativas y experiencias en México” apoyado por la CCINHRAE y el Conacyt trabajábamos en la revisión del tema y en la elaboración de un instrumento de medición de la experiencia del paciente. El modelo conceptual que proponemos (SIUSEX) para acercarnos a la experiencia del paciente, está basado en la noción del bienestar subjetivo y en la calidad de vida de los pacientes, más que en la calidad del servicio. Parte de la idea de vincular la satisfacción con las experiencias y las expectativas. Al analizar el mundo de vida del paciente, ubica el inicio del evento de atención a la salud cuando irrumpe la enfermedad. Considera al evento de salud en la trayectoria previa a la llegada al hospital de tercer nivel, conside-

rando las variables objetivas (personales y contextuales) en las que vive, así como el espacio subjetivo (personal, interpersonal) donde se incorporan los esquemas culturales, saberes, historias, significados sociales en que se inscriben la experiencia y el horizonte de expectativas de las personas que sufren por la enfermedad.

Al entrar en contacto con la institución (hospitales de tercer nivel) el usuario trae consigo preocupaciones (económicas, sociales, emocionales y sobre el tratamiento de su padecimiento) que influyen en su percepción sobre las normas y las dinámicas formales e informales de la institución, así como de la atención y el trato. Al momento de aplicar el instrumento (encuesta/entrevista), condensa las expectativas y las experiencias en un ejercicio mental retrospectivo para evaluar y responder. A eso lo hemos llamado “experiencia auténtica” pues implica la reconstrucción de expectativas pasadas y experiencias consumadas que expresan el bienestar subjetivo al indagar sobre la satisfacción.

Nuestra investigación explora el bienestar subjetivo a partir de las expectativas y experiencias de los pacientes y sus acompañantes, con dos estrategias metodológicas distintas pero complementarias. La cualitativa cuyo interés se orienta a reconstruir la trayectoria del evento de atención a la salud, desde que inician los síntomas, pasando por los intentos domésticos y locales por resolverlos, hasta la llegada al tercer nivel de atención en alguna de las unidades médicas de la Secretaría de Salud (Hospitales Federales de Referencia, Institutos Nacionales e Hospitales Regionales de Alta Especialidad). La intención es reconstruir la experiencia por medio de narrativas insertas en el mundo de vida del paciente en su intersección con el sistema de salud.

Por su parte, la estrategia metodológica cuantitativa, busca dimensionar, generalizar y proyectar los datos sobre satisfacción de los usuarios a partir de su experiencia en tres áreas hospitalarias: consulta externa, urgencias y hospitalización. El instrumento está compuesto por cuatro secciones: en la primera se explora la situación socio-demográfica y el nivel socio-económico de la población considerada (edad, sexo, escolaridad, ocupación, lugar de residencia...), en la segunda se exploran las prácticas y condición de salud del paciente (frecuencia con que asiste a la unidad médica, tiempos de espera, hábitos de higiene, conductas preventivas, limitaciones físicas y discapacidades, motivo de la consulta, y tipo de padecimiento, entre otras). En la tercera parte, se ubica lo que consideramos la aportación más importante a este tipo de cuestionarios y que se refiere a las preocupaciones del usuario, mismas que aluden a sus necesidades y al bienestar subjetivo (inquietudes económicas, de apoyo social, emocionales, y sobre el tratamiento médico). Las preguntas se elaboran considerando las expectativas y experiencias del paciente. El último apartado incluye preguntas sobre atención y trato en la unidad médica muchas de las cuales se utilizan en otros cuestionarios de satisfacción como INDICAS. La intención fue, al mismo tiempo que recabar información sobre las expectativas y experiencias, contrastar nuestros resultados con los suyos como una forma de validación externa. En esta sección se incorporan preguntas sobre el acceso a la unidad, la coordinación del equipo de salud entre diferentes instancias, las características del encuentro con el médico, seguridad, equidad y costo, así como el respeto, la dignidad y autonomía de las personas.

En la tabla 4.2, se presenta una comparación con las características de los modelos descritos.

## RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Los comentarios finales estarían incompletos si no incorporamos los hallazgos de nuestra investigación guiados por las preguntas que se enuncian en la introducción del libro. Algunos de los supuestos iniciales fueron corroborados, otros solo de manera parcial y otros más no pudieron ser comprobados. La primera pregunta tiene que ver con el objetivo de la investigación e indaga si existe relación entre la satisfacción y a) las condiciones de vida de los usuarios, b) las preocupaciones económicas, de apoyo social, emocionales y sobre el tratamiento prescrito, y c) la atención y el trato recibidos. Para responder a estas interrogantes se creó un modelo de regresión logística múltiple con las variables del cuestionario aplicado para observar las asociaciones estadísticamente significativas con la variable satisfacción. Los grupos de usuarios con mayor probabilidad de estar muy satisfechos según las características socio-demográficas fueron los adultos (jóvenes, maduros y mayores), si el trato que recibieron por parte del personal del hospital fue muy bueno. Los adultos también son los usuarios con menor probabilidad de estar muy satisfechos con la atención cuando el trato que recibieron por parte del personal del hospital fue malo o muy malo. La edad también estuvo relacionada con la satisfacción porque el modelo logístico incluyó la variable: grupo etario. Entre las variables socio-demográficas que no fueron estadísticamente significativas están: sexo, estado civil, escolaridad

**Tabla 4.2** Características de los modelos para medir la experiencia del paciente

Modelo	OECD (HCQI)	Picker Institute (PPE-15)	CMWF	INDICAS	SIUSEX
<b>Objetivo</b>	Medir la calidad de los sistemas de salud	Medir la respuesta del personal de salud a las necesidades del paciente	Evaluar el funcionamiento del modelo de salud de atención primaria implementado desde la experiencia de los usuarios	Medir la calidad del sistema (eficiencia, seguridad y satisfacción de los usuarios)	Evaluar la calidad de vida de los pacientes desde sus expectativas y experiencias con la atención a sus necesidades de salud
<b>Orientación</b>	Enfocado al sistema macro en su dimensión nacional y transnacional	Enfocado a evaluar el desempeño del personal de salud	Enfocado a evaluar la eficiencia y funcionamiento de un tipo de estructura organizativa para la atención primaria	Enfocado a evaluar la calidad del servicio y la eficiencia del sistema	Enfocado al bienestar subjetivo del paciente y su calidad de vida
<b>Alcance</b>	Macro: nacional y transnacional	Macro: nacional y transnacional	Meso: regional	Macro: nacional	Macro: nacional
<b>Metodología</b>	Cuantitativa	Primero cualitativa y luego cuantitativa	Cuantitativa	Cuantitativa	Mixta: cuantitativa y cualitativa
<b>Área en la calidad de la atención</b>	Eficiencia, seguridad y costos	Eficiencia y respuesta a las necesidades del paciente	Eficiencia y respuesta a las necesidades del paciente	Eficiencia, seguridad y costos	Necesidades del paciente
<b>Énfasis</b>	Costos y eficiencia del sistema	Comportamiento del personal de salud	Funcionamiento del modelo para atender las necesidades del usuario	Eficiencia y seguridad del sistema	Preocupaciones del usuario desde sus expectativas y experiencias y su calidad de vida
<b>Diseño del instrumento</b>	Transversal (momento de la encuesta). Pretende ser un sistema de monitoreo. Comparativo	Evento de hospitalización. Sistema de monitoreo. Comparativo	Transversal (momento de la encuesta). Descriptivo	Transversal (momento de la encuesta). Sistema de monitoreo. Comparativo	Evento de atención a la salud dentro y fuera de la unidad médica. Pretender ser un sistema de monitoreo. Comparativo
<b>Mediciones de validación y confiabilidad (de contenido y propiedades psicométricas)</b>	sí	sí	sí	sí	sí
<b>Relación con el entorno en el que se da la atención médica</b>	Toma en cuenta el entorno	Toma en cuenta el entorno marginalmente	Toma en cuenta el entorno marginalmente	No toma en cuenta el entorno	Toma en cuenta el entorno
<b>Aplicación</b>	Por varias vías (teléfono, correo postal, correo electrónico, cara a cara...)	Por varias vías (teléfono, correo postal, correo electrónico, cara a cara...)	Cara a cara en la unidad médica	Cara a cara en la unidad médica	Cara a cara en la unidad médica

dad, saber leer y escribir, ocupación, ingreso mensual, hablar una lengua indígena y la escolaridad de la madre. No obstante, al analizar otras preguntas que sí fueron estadísticamente significativas, indirectamente se puede apreciar que el sexo influye. Por ejemplo, la pregunta “¿Puede realizar los quehaceres de la casa?” (sí/no/no sabe), al contrastarla con la satisfacción resultó significativa. Considerando que la mayoría de la población que usa los servicios de salud del CINHRAE son mujeres, amas de casa de nivel socioeconómico bajo y escasa escolaridad, que se dedican al trabajo doméstico, en esta respuesta la variable sexo adquiere relevancia.

La probabilidad de sentirse muy satisfecho también aumenta cuando los usuarios son subsecuentes, es decir que asisten a la unidad médica más de una vez y, cuando son atendidos por más de un médico de manera responsable y comprometida. El subsecuente es un usuario adaptado al sistema y sabe por lo que tiene que pasar, pero lo importante es el trato del personal del hospital. Mientras el personal del hospital los trate bien y les resuelva el problema de salud, ellos se acomodan, más que las preocupaciones, lo relevante para la predicción es la comunicación efectiva con el médico, el trato del personal del hospital y el tipo de hospital al que acuden.

La experiencia de acudir por primera vez, se vivió por lo general como un sentimiento de extrañeza al desconocer las instalaciones y la dinámica hospitalaria, por lo que frente a la incertidumbre generada, se tomó en cuenta el trato recibido en esta primera visita. A partir de esta, se evaluaron los servicios recibidos e implicó, además, la iniciación en la tramitología administrativa que no les abandonó mientras se hallaron en los hospitales. Los pacientes sub-

secuentes aprovecharon su experiencia y conocimiento para crear estrategias informales de apropiación y acceso a los servicios. Fueron tejiendo relaciones al interior de la institución y sirvieron de consejeros a otros pacientes o acompañantes inexpertos. Poco a poco fueron desarrollando prácticas y estrategias de acción alternativa para dar continuidad a sus hábitos, costumbres y preferencias, y resolver sus necesidades en el contexto hospitalario. La adaptación al sistema de salud, permitió el acceso y la creación de todo tipo de estrategias alternativas, al margen de la norma para acelerar los procedimientos, como acceder a conocidos que trabajen dentro. Todos estos componentes circunstanciales, finalmente se convierten en dispositivos que aseguran la continuidad del funcionamiento e influyen en la satisfacción del usuario pautando las fronteras reales y simbólicas de la autonomía en el paso por la unidad médica.

De la segunda y tercera sección del cuestionario denominadas: “Experiencia con el hospital y actividades preventivas” y “Condición de salud del usuario”, hubo diversas variables que no fueron estadísticamente significativas en el modelo logístico múltiple, entre ellas: el tiempo de espera, las revisiones anuales o los estudios preventivos realizados y el uso de medicina alternativa. El motivo de la consulta, las enfermedades diagnosticadas, los cambios en los hábitos (alimentación, actividad física, higiene, adicciones), las limitaciones por la enfermedad para alimentarse, asearse, vestirse, trasladarse, trabajar/estudiar o problemas de la vista, la indicación de estudios médicos y el número de especialidades donde recibió atención, no fueron estadísticamente significativas. Esto refleja que lo que más valoran los usuarios (de primera vez y subsecuentes) es que todos los médicos

que los hayan atendido lo hayan hecho de manera responsable y con compromiso.

Para responder al inciso b) de la primera pregunta, se encontraron pocas asociaciones significativas entre la satisfacción con la atención y las “Preocupaciones del usuario”, solo dos preguntas relativas a experiencias y una pregunta referente a una expectativa. No se puede explicar la satisfacción, como pretendíamos, como un contraste entre experiencias y expectativas; lo que sí se puede apreciar es la diferencia de los porcentajes para tener una idea de cómo se comportan. La satisfacción está mediada por las experiencias y expectativas pero no por la diferencia entre ambas.

La probabilidad de que los usuarios estén muy satisfechos, se relaciona con que puedan realizar los quehaceres de su casa, con que su familia esté más unida que antes de la enfermedad y con la esperanza de que la enfermedad no afecte su estado de ánimo, causando tristeza, enojo o intranquilidad. En la población estudiada, las preocupaciones económicas por los costos de la enfermedad en el hospital, por medicamentos o por los gastos derivados de los traslados, alimentación, no están asociados significativamente con la satisfacción con la atención recibida. Sin embargo, no podemos descartar el hecho de que quizás en los pacientes atendidos en otros hospitales (por ejemplo en los privados), el costo que tienen los servicios de salud puede estar relacionado con su satisfacción. Tampoco las preocupaciones derivadas de las afectaciones a las actividades cotidianas en el ámbito laboral, doméstico o escolar, excluyendo la ya mencionada de poder realizar los quehaceres de la casa. Las relativas al apoyo social y familiar, que no fueron consideradas en el modelo, son las que indagaban sobre redes familiares y sociales y las del acceso de las visitas

al hospital. Sobre las variables de experiencia referentes al estado de ánimo, las relacionadas con necesidad de apoyo emocional no fueron estadísticamente significativas, ni las relativas al tratamiento médico.

A partir de los datos anteriores se puede interpretar que la probabilidad de que el usuario se sienta muy satisfecho depende de que pueda realizar sus actividades (quehaceres de su casa), tenga buen ánimo a pesar de la enfermedad y perciba que su familia está más unida. Como lo muestra el estudio cualitativo, el apoyo social y las redes sociales adquieren gran importancia para las familias del enfermo dentro y fuera del sistema de salud. El apoyo y las redes familiares les permiten allegarse de recursos económicos, solidaridad, soporte emocional, así como ayuda en lo laboral y escolar.

El tercer rubro de la primera pregunta busca establecer si existe asociación estadísticamente significativa entre la satisfacción con la atención y el trato percibidos. Aunque la mayoría de las preguntas en esta sección estaban formuladas en parejas de experiencias y expectativas, aquellas que se incluyeron en el modelo corresponden a las experiencias. Cabe observar que las preguntas de expectativas fueron contestadas por un menor número de usuarios que las de experiencias, suponemos que esto se debe a que las personas no siempre tienen claras sus expectativas previas a un evento de atención a la salud y por esto disminuye el índice de respuesta. Las variables con más de 10% de casos faltantes fueron ignoradas, para evitar trabajar con pocos casos y sesgar los resultados al analizar y hacer inferencias sobre un subconjunto de individuos menor al original. Como se mencionó en la introducción, al momento de contestar una pregunta, el individuo realiza un ejercicio reflexivo donde se sintetizan las expe-

riencias anteriores, el horizonte de expectativas (en un esquema de utopía invertida: salud-pérdida de la salud-atención-restauración) y la experiencia inmediata por la que se le pregunta, esta operación compleja no siempre es completa y, lo que aparece más difuso es la dimensión de las expectativas (futuro pasado). La satisfacción de largo plazo (felicidad) y la satisfacción momentánea (con sus componentes cognitivos y emocionales) se expresan en las respuestas que se dan en un entorno específico (unidad médica); en este contexto, las expectativas están aterrizadas, acotadas al evento de atención a la salud, al mismo tiempo que son reubicadas en una historia de vida, y eso es lo que se analiza.

Los dos reactivos de atención y trato que resultaron estadísticamente significativos fueron la pregunta: “¿en general el trato que recibió por parte del personal del hospital fue (muy bueno/bueno/malo/muy malo)?” y el índice de la comunicación con el médico. El análisis cualitativo permitió diferenciar entre HFR, INS e HRAE por la menor o mayor cercanía de los médicos especialistas con los pacientes, en esta escala de valores la menor percepción del “buen trato”, se manifestó en los HFR por la gran cantidad de población que se atiende cotidianamente, seguida por los INS que por sus características “filtraron” patologías muy particulares y atendieron menor cantidad de pacientes. Sobre el trato recibido, la mejor opinión se dio en los HRAE, primero por su alta especialización hacia padecimientos muy específicos y por su reciente construcción y funcionamiento. Ahí los pacientes percibieron un trato “muy personalizado”, ya que el volumen de la demanda de atención era muy baja al momento de las entrevistas, estas unidades funcionaban a menos de la mitad de su capacidad instalada. El

“buen trato” percibido durante la atención médica se tradujo en satisfacción y en una actitud positiva frente a la enfermedad y proceso de recuperación.

Tanto la interrogante del trato como las preguntas del índice de comunicación con el médico estaban incluidas en el Indicador de Trato Digno de INDICAS. La intención de hacerlo así fue contar con una herramienta comparativa que le diera validez externa a ambos cuestionarios (ver resultados en la tabla anterior, tabla 4.2). Los resultados de atención y trato denotan que el encuentro con el médico y las relaciones humanas que se establecen en el ámbito hospitalario son muy relevantes para que el usuario se sienta muy satisfecho con la atención recibida. A pesar de ello, los reactivos que no resultaron significativos en el modelo logístico múltiple fueron la resolución del problema de salud, el trato recibido en cada área del hospital (vigilancia, informes, trabajo social, caja, archivo clínico...), y el maltrato, falta de respeto o discriminación.

Finalmente, los rubros relativos a las instalaciones y su estado, así como la funcionalidad de los equipos de salud, fueron estadísticamente significativos al relacionarlos con la satisfacción. Una variable que consistentemente estuvo asociada a la satisfacción fue el tipo de unidad hospitalaria, en los HFR la satisfacción es menor que en los INS y los HRAE, independientemente de si fueron atendidos en la consulta externa, en urgencias o en hospitalización, o a qué especialidad corresponde.

En las entrevistas a profundidad, la percepción sobre las instalaciones de los tres tipos de unidades, destacaron las características particulares relacionadas con el tamaño, la normatividad institucional, la complejidad tecnológica, así como la atención y trato recibidos. Las con-

diciones materiales en general de los HFR, se percibieron como descuidadas (viejos y sucios), y en los casos donde se encontraron en renovación física hubo un ambiente caótico, con planeación improvisada. Dio imagen de poca “modernidad” con insuficientes espacios para proporcionar información y vías de ingreso complicadas. A eso se sumaron aspectos funcionales como problemas en el área de servicio social, falta de coordinación, dificultad para encontrar a los especialistas, falta de indicaciones en el acceso a los laboratorios y sitios donde se realizan estudios y análisis, etc. Estos factores corroboraron los hallazgos cuantitativos que indican la distancia entre las expectativas previas a la llegada y las experiencias.

Al igual que los HFR, los IN compartieron una imagen de condiciones materiales deficientes, instalaciones descuidadas, poca renovación, escaso mantenimiento, además de áreas saturadas con pacientes, con dinámicas informales como venta no autorizada de productos, cambios constantes de médicos debido a la rotación frecuente de médicos residentes, y falta de comunicación. La imagen y percepción que se tuvo de los HRAE, fue totalmente diferente a los HFR y los IN. Al ser de reciente apertura, máximo tres años, las condiciones materiales eran excelentes, con instalaciones modernas, mejor tecnología, servicios más eficientes, poca afluencia de usuarios lo que permite una participación más involucrada de los pacientes, mantenimiento e higiene cuidada, y mucha vigilancia por el personal encargado de la seguridad. Se puede afirmar que las condiciones materiales de las instalaciones y la imagen de modernidad constituyen un factor relevante en la satisfacción de los usuarios.

Acerca de la segunda y tercera preguntas que indagan sobre la distancia entre expectati-

vas y experiencias y su relación con la satisfacción, se exploró si las experiencias alcanzaron a las expectativas en los grupos de muy satisfechos y no muy satisfechos, para encontrar las características de los grupos en tres situaciones: cuando las experiencias rebasan las expectativas, cuando las experiencias coinciden con las expectativas y, cuando las experiencias no alcanzan las expectativas.

El primer grupo es el de los no muy satisfechos: sus experiencias con el trato recibido están por debajo de sus expectativas, a pesar de que ve superadas sus expectativas sobre el tratamiento indicado. El grupo está formado en su mayoría por mujeres adultas, con padecimientos crónicos atendidas en consulta externa. Resalta que una quinta parte de este grupo tiene educación superior.

El segundo grupo, aquel cuyas experiencias rebasan sus expectativas, en su mayoría (63%) se mostró muy satisfecho. Para ellos la experiencia con el tratamiento indicado coincidió con sus expectativas o estuvo por debajo. Sin embargo, el cobro por la atención médica no coincidió con sus expectativas, esto es, esperaban que les costara más de lo que gastaron, por lo que quedaron muy satisfechos. Las características de este grupo son: tipo de padecimiento crónico (39%) o agudo (27%), atendidos en las áreas de consulta externa (68%) y urgencias (27%), incluye niños, adolescentes y adultos, y su nivel educativo es de primaria incompleta o menos (41%), su nivel socioeconómico es bajo por lo que las preocupaciones económicas adquieren relevancia, de ahí que cuando la experiencia sobre el costo de la atención médica propasa las expectativas, el factor cobro influya en sentirse muy satisfechos.

El tercer grupo engloba al resto de la población, de la cual el 37% dijeron estar muy satis-

fechos, en ellos se encontró concordancia entre sus experiencias y expectativas para las variables tratamiento y trato, su perfil es similar al de la población de este estudio en su conjunto como se presenta en el capítulo 1.

Estos datos son reveladores pues permiten identificar por grupos la percepción de la satisfacción según las experiencias y expectativas de los usuarios. Resulta interesante que las mujeres adultas con padecimientos crónicos no están muy satisfechas con el trato, a pesar de estar de acuerdo con los tratamientos médicos. El evento de búsqueda de atención médica recurrente en pacientes femeninas con padecimientos crónicos se vive con tensión. En cambio, el grupo de escolaridad y nivel socioeconómico más bajo, independientemente del sexo, tipo de padecimiento y la edad, se encuentra muy satisfecho por contar con tratamiento médico a un costo menor del esperado.

Con relación a la alta valoración de los servicios de salud por parte de los sujetos que los utilizan, pregunta de investigación 3, es frecuente que en este tipo de estudios las cifras reportadas sean altas. Algunos de los factores que pueden estar influyendo en este fenómeno son: 1) que las encuestas cara a cara tienden a producir un mayor porcentaje de individuos satisfechos que las realizadas por otros medios (por teléfono o a través de internet).<sup>11</sup> 2) La desabilidad social, esto es, que las personas contestan de acuerdo a lo que creen que el entrevistador o la institución en la que se encuentra espera de ellos. 3) El temor a quedarse sin la atención médica que valoran; no quieren perder o poner en riesgo este servicio por falta

de opciones, 4) En el caso del Hospital General de México en donde hubo la obligación de firmar una carta de consentimiento informado, que incluía el nombre y la firma del encuestado más la de un testigo, la falta de anonimato pudo haber influido en las respuestas positivas sobre satisfacción. Este es un ejemplo de la necesidad de revisar la figura del consentimiento informado en investigaciones del área de la salud, donde la intervención biológica es inexistente, ya que puede alterar la producción y análisis de los datos obtenidos, el anonimato en este tipo de estudios se vuelve un requisito básico para asegurar la confianza del respondiente. 5) Al ser encuestas de salida, el estado de ánimo del paciente al ser entrevistado pudo haber influido también: si como hemos mencionado el encuentro con el médico es el punto culminante del evento, la sensación de logro después de la consulta, pudo haberse traducido en una expresión de mayor satisfacción momentánea. Esto corrobora que la representación social del especialista tiene un gran peso en la satisfacción de los usuarios. 6) Otros aspectos que pueden generar un alto porcentaje de individuos satisfechos o muy satisfechos se relacionan con la manera de formular las preguntas, el orden en que se acomodan los reactivos en el cuestionario, por ejemplo, en la encuesta se preguntó por su opinión sobre el trato que recibió por parte del personal del hospital en general obteniéndose un 97.3% de usuarios que dijeron que el trato fue muy bueno o bueno, a continuación se les preguntó de manera puntual por el trato que recibieron en cada área hospitalaria, después de hacerlos recapacitar se interrogó de nuevo por su satisfacción con la atención recibida, obteniéndose que el 91.5% de los usuarios refirieron estar muy satisfechos o satisfechos. 7) Otro factor se relaciona con los

<sup>11</sup> Holbrook, A.L. Green, M.C. y Krosnik, J.A. (2003). "Telephone Versus Face-to-Face Interviewing of National Probability Samples with Long Questionnaires". *Deerfield Illinois; Public Opinion Quarterly*; 67(79):79-125.

rangos de las opciones de respuesta y su adecuación a los esquemas mentales y representaciones sociales de quienes responden, es decir, la escala no es suficientemente sensible para la medición. 8) Finalmente, en la cultura mexicana hay una tendencia a calificar alto como se ve en este y otros estudios similares, en castigar poco, sobre todo cuando se pregunta por la satisfacción global, al preguntar por cuestiones concretas la calificación tiende a ser menor. Como se mencionó en la introducción, los pobres tienden a tener opiniones semejantes e incluso más benevolentes que los ricos, lo que constituye, en palabras de Lora una “paradoja de las aspiraciones”, en América Latina, los quintiles más bajos tienen más confianza en el sistema médico.

La cuarta pregunta se refiere al proceso de adecuación del sujeto en su encuentro con el sistema de salud y la manera en que elabora su experiencia para ligarla con la satisfacción y el bienestar subjetivo. Se trata más de un cuestionamiento cualitativo que cuantitativo y tiene que ver con la trayectoria de los usuarios por cada unidad médica, en particular en un evento de atención a la salud. Ante la aparición de los primeros síntomas o malestares se encontró una actitud diferenciada por género, relacionada con necesidades de atención de salud, percepciones de la enfermedad y conductas de búsqueda de atención. Los pacientes y los acompañantes, elaboraron imaginarios sobre los síntomas que conformaron sus enfermedades o padeceres, a partir de los cuales construyeron representaciones sociales; hicieron comprensible ese objeto llamado enfermedad, padecimiento con sus respectivos síntomas, a través de metáforas, símiles o imágenes. La enfermedad o el padecimiento, de acuerdo a sus características o gravedad, se instaló en la vida

social del individuo y de su familia. La coexistencia con la enfermedad se expresó de diversas maneras, ya fuera como un duelo, como un desastre en la vida laboral, como una nueva oportunidad dada por un ser divino y como afectación emocional.

La aparición y desarrollo de una enfermedad ya fuera aguda, grave, crónica o terminal, representó un serio problema para los individuos y la familia. Esta alteración se consideró como una crisis, debido a la desorganización que produjo y que terminó por impactar a cada uno de sus miembros. El conflicto fue percibido como un conjunto de cambios que afectaron tanto a nivel individual, como en el grupo familiar.

Al agudizarse y evolucionar los primeros síntomas o malestares, los afectados acudieron a unidades de primer y segundo niveles de atención, tanto de instituciones públicas (Unidades de Medicina Familiar del IMSS, Clínicas de Medicina Familiar del ISSSTE, consultorios urbanos o rurales de la Secretaría de Salud) como privadas (consultorios y hospitales), ubicadas generalmente cerca de sus domicilios. A medida que se agravaron, se fueron alejando geográficamente, para buscar opciones en lugares más lejanos.

Este acercamiento inicial con el sistema de salud mexicano, previo a la llegada a los HFR, IN o HRAE, se caracterizó, la mayoría de las veces, por la repetida concurrencia a instancias sanitarias que produjeron un cúmulo de diagnósticos y tratamientos equivocados que a su vez generaron gastos que no contribuyeron a restaurar la salud, pero terminaron por afectar las menguadas economías familiares. Es de notar que, como se pudo apreciar en los testimonios de los/las entrevistados/as, las decisiones sobre los problemas de salud se tomaron al in-

terior de las familias, teniendo las mujeres una gran importancia, dada su cercanía con el cuidado de hijos, padres y/o pareja. Esto corrobora la relevancia del género femenino en los eventos del cuidado a la salud y la atención que el sistema de salud debe poner en sus percepciones y preocupaciones relativas a ellas mismas o sus familiares.

Ante las dificultades de usuarios y acompañantes con el sistema de salud de primer y segundo nivel, al comprender que sus problemas de salud no se habían solucionado y necesitaban otro tipo de atención por la mayor complejidad de su padecimiento., decidieron buscar una opción especializada, en alguna institución pública de salud, que fuera de prestigio y sobre todo accesible a su cualidad de población no derechohabiente. Estas instituciones fueron del sector público, representadas por la Secretaría de Salud y sus hospitales. Los detonantes que llevaron a los usuarios a viajar a los 19 hospitales fueron el dolor, en general, y en particular para los hombres, la incapacidad para continuar trabajando.

Después de atravesar los trámites de ingreso, una vez dentro, los pacientes se distinguieron en dos modalidades: los que acudieron por “primera vez”, que se iniciaban en el transcurrir de la atención médica, en un servicio o una especialidad; y los “subsecuentes”, que continuaban su proceso de atención médica acudiendo a sus citas con uno o varios médicos (en promedio, los usuarios fueron atendidos en el hospital por seis médicos), se realizaron estudios y visitaron servicios más especializados a los que fueron derivados.

Ingresar como paciente de primera vez o subsecuente, se relacionó con apropiarse del espacio hospitalario, ya fuera física o emocionalmente. En general, la información brindada

a los usuarios resultó clave en el trascurso de su incorporación, si le fue útil para entender su padecimiento y tratarlo, el acoplamiento al sistema fue más fluido. En el caso de la apropiación física de los espacios hospitalarios se encontró una diferencia entre los pacientes subsecuentes que tenían cierta familiaridad basada en experiencias previas y los de primera vez que apenas se aproximaban a las diversas áreas del complejo sistema de atención médica.

Ya fuera que los pacientes ingresaran por primera vez, que llevaran poco tiempo en la unidad hospitalaria, o fueran subsecuentes, percibieron que acercarse al “especialista” o las acciones que generó, como enviarlos a otras especialidades o subespecialidades, indicar la realización de estudios, pruebas de laboratorio, referencias o recomendaciones, les permitió por un lado, acercarse a una posible solución del problema de salud y por otro, sentirse satisfechos con la atención recibida. Como se evidenció en los resultados del estudio cuantitativo, en los testimonios obtenidos a través de las entrevistas cualitativas, el contacto más importante para los usuarios fue el del personal médico, más que el del resto del personal administrativo. Sobre todo destacó el rol de los especialistas pues representaron diagnósticos acertados, tratamientos adecuados y solución a problemas. El personal de salud (enfermeras, trabajadores sociales, camilleros, administrativos, etc.,) mereció menos comentarios, sin embargo, también se valoró que las interacciones con los pacientes fueran cálidas y respetuosas. Frente a la amenaza que representó la enfermedad, se apreció positivamente cualquier tipo de interés personalizado, porque aminoró la angustia.

La investigación reveló que el proceso adaptativo se inició, para los usuarios, tiempo

atrás, cuando aparecieron las primeras señales de que algo fuera de lugar ocurría en sus cuerpos. Cuando ingresaron a los servicios de los diversos hospitales y fueron entrevistados, se hizo visible el proceso de adaptación a las modalidades organizativas sistémicas, así como la apropiación de los espacios físicos y sociales. No obstante, la vinclación con su mundo de vida, las preocupaciones cotidianas y los hábitos culturales siguieron presentes en el proceso de atención médica. La negociación explícita e implícita entre los modos de vida del paciente y las reglas del sistema formaron parte de la dinámica del padecer. En el caso de los hospitalizados, los acompañantes fueron un vínculo fundamental entre el exterior y el interior del hospital, y desempeñaron el papel de intermediarios.

La quinta pregunta se refiere a las preocupaciones, reflexiones e interpretaciones de los pacientes con respecto a la experiencia de enfermar, se busca identificar estructuras mentales y esquemas culturales compartidos en torno a lo que hemos denominado la utopía inversa que va de la salud a la pérdida de la salud, seguida de la búsqueda de la atención para la restauración de la misma y el bienestar subjetivo<sup>12</sup>.

Desde que irrumpe la enfermedad e inician los síntomas en el trascurso de la vida cotidiana, la enfermedad puede significar desde una molestia a la que no se le da importancia, hasta una ruptura drástica que impide continuar con las actividades normales. En el ajuste a la nueva situación, surgen las preocupaciones y los cálculos para utilizar los recursos disponibles en el

entorno del sujeto que enferma. Las experiencias previas, el presente inesperado y la esperanza en la restauración, guían las decisiones que implican un ejercicio pragmático y reflexivo a la vez para actuar con ese fin.

El horizonte de expectativa reitera el espacio de experiencia, al tener como utopía la vuelta al estado de salud anterior a la irrupción del padecimiento, el dolor y el sufrimiento. Ante la incertidumbre, los sujetos evalúan los recursos materiales, simbólicos, sociales y emocionales para afrontar la situación y reaccionan durante el evento de atención médica. En la preocupación se está a la expectativa, a la espera de que algo suceda, sin que necesariamente medie la acción, existe aún la esperanza de conseguir algo, como recuperar la salud, en el contexto de las posibilidades razonables de que pueda suceder y con una gran dosis de incertidumbre sobre la manera en que esto sea o no realidad.

En el momento de la entrevista, el diagnóstico sobre la enfermedad por la cual concurrió el paciente, adquiere una gran importancia porque el enfermo entiende lo que tiene y se le indica el tratamiento a seguir. Es el punto culminante entre la incertidumbre, experimentada como crisis, y el posible control del fenómeno disruptivo. Tener o no ese conocimiento, reubica al paciente en su relación con el entorno.

Muchos pacientes presentaron, además del motivo por el que acudían ese día, otras enfermedades ya diagnosticadas. Algunas tenían menos de seis meses y otras, más de cinco años. Las experiencias se incrustaron en un pasado lejano (dependiendo del tipo de malestar) y recorrieron un arduo camino que ayudó a forjar expectativas sobre elementos como trato, relación con los médicos, diagnóstico y solución de problemas. Muchas personas viven con estos padecimientos y los incorporan en su queha-

<sup>12</sup> Menéndez, E. (2004). Modelos de Atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En Spinelli H. (comp.): Salud Colectiva. Cultura, Instituciones y Subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas. Buenos Aires.

cer diario, de ahí que adquirieran significados sociales en sus relaciones cara a cara y en la organización de las actividades cotidianas. Los padecimientos pueden implicar limitaciones físicas, pero también pueden ser utilizados estratégicamente en las relaciones familiares y sociales por el paciente. El código de conducta del enfermo y de quien lo cuida está inmerso en una ética cultural que fija sus alcances y limitaciones en entornos sociales específicos. En los testimonios, hallamos un mundo paralelo e inexplorado fuera de las instancias sanitarias que está presente en la vida de los enfermos en su tránsito por la unidad médica. Las organizaciones sociales como los hospitales, históricamente estandarizan los comportamientos con los que funcionan, dejando fuera de su influencia y control el mundo social de los pacientes, las preocupaciones económicas, laborales, domésticas, y/o escolares, así como las relacionadas con el estado de ánimo y su impacto en la dinámica de la familia.

La sexta pregunta de investigación planteada en la introducción se refiere a las normas institucionales y las prácticas de los sujetos en esos entramados institucionalizados. La idea es entender cómo se interiorizan las opciones y posibilidades de acción, en los intercambios subjetivos, tanto formales como informales, que se producen en el episodio de atención a la salud, por ejemplo, en las consultas con el médico, en los cuidados de pacientes hospitalizados, en los trámites administrativos, etc.

Con relación a las normas de ingreso, los pacientes acudieron a consulta externa, urgencias y hospitalización de INS, HFR y HRAE donde se distribuyeron de acuerdo a su estado de salud. Posterior a la llegada a estas unidades, siguió una fase de tránsito hacia la atención especializada. Los filtros de ingreso son dispositi-

vos que seleccionan los casos de acuerdo a la gravedad e interés científico. Los HFR tienen una política de no rechazo que implica la atención generalizada a quienes acuden a solicitar atención médica independientemente del padecimiento, esto provoca que la afluencia de personas sea mayor. Los IN tienen un filtro, las personas que acuden a solicitar atención, pasan a la pre-consulta donde se valora su enfermedad y se decide si presentan o no el perfil de los enfermos y padecimientos que se tratan en ese hospital, cuando es así se les abre el expediente, y cuando no, son canalizados a otras unidades médicas. Ese mecanismo de control permite una afluencia más regulada de pacientes. En cambio los HRAE son hospitales a los que solo llegan los enfermos referidos de otras unidades médicas, lo que constituye la única vía de entrada. En términos de accesibilidad, son los más restringidos, lo que limita el número de pacientes atendidos y eleva la calidad de la atención. Hubo también un grupo de personas que solicitaron el servicio y no fueron atendidos (por no tener cita, no seguir los trámites indicados, etc.) que mostraron frustración ante la negativa de contar con atención médica.

Los usuarios ingresaron a las diversas áreas hospitalarias, donde se distribuyeron mayoritariamente en consulta externa, seguida por urgencias y en menor proporción en hospitalización, la proporción se mantuvo en los tres tipos de hospitales. En los testimonios se identificaron básicamente dos tipos de ingresos: entrada por urgencias o por pre-consulta que significó maneras distintas de vivirlos. Los que entraron por pre-consulta, hicieron una ruta más larga en el recorrido, porque pasaron por el área de trabajo social para llegar a la consulta externa, transitando por algunas especialida-

des, incluso algunos llegaron al área de hospitalización.

Ya fuera que los usuarios acudieran por primera vez o de manera subsecuente, el hecho de que se presentaran en las áreas indicadas de los hospitales con o sin acompañante hacía la diferencia. Concurrir a los servicios con acompañante se consideró de gran apoyo emocional y una influencia positiva para el cuidado, no obstante, cuando el usuario debió pasar mucho tiempo dentro del hospital fue una experiencia negativa. Acudir sin acompañantes al hospital conllevó varios problemas, ya que la organización sanitaria los requería para ayudar con el cuidado del paciente y la realización de trámites administrativos, que fueron fundamentales para continuar e informar del desarrollo de la enfermedad, y de los cuidados que debían observar en casa.

La información obtenida, permite inferir que el grupo de usuarios encuestados y/o entrevistados durante su andar por los hospitales, se adecuó al sistema de salud, entendido como una estricta normatividad que funcionaba y maniobraba “puertas adentro” de los inmuebles. Las mediciones realizadas por las instancias creadas para tal fin (INDICAS, programas estatales y locales de calidad, las mediciones internacionales) detallan cómo los ítems de los cuestionarios utilizados, hacen referencia, en la mayoría de los casos a los hechos tangibles y visibles “dentro” de los hospitales. Al preguntar sobre la satisfacción muestran en última instancia la capacidad de adaptación de los usuarios a la forma en que está diseñada y opera la organización nosocomial.

Lo que consideramos que **aporta** este estudio es una nueva perspectiva que coloca en el centro el bienestar subjetivo del paciente y no el funcionamiento del sistema. No obstante, el es-

tudio tuvo varias limitaciones: la restricción en el número de casos encuestados por cuestiones de presupuesto y normas universitarias en el uso de los recursos; en el análisis de los datos no se logró discriminar con mayor claridad las altas calificaciones, características de este tipo de estudios para visibilizar las áreas en las que los usuarios estaban menos satisfechos; consideramos además que pudo haber sesgo en las respuestas al ser aplicado en la unidad médica justo después del encuentro con el médico, cuando tuvieron éxito en el proceso emprendido, lo que pudo motivar a los respondientes a calificar mejor los servicios; otro sesgo que explica las respuestas altamente positivas se relaciona con el miedo a poner en riesgo el servicio otorgado; en el caso del HGM, como se mencionó, la firma del consentimiento informado atentó contra el anonimato deseable en este tipo de estudios, lo que pudo modificar las respuestas de los informantes; el bajo nivel socioeconómico y la escasa escolaridad de los usuarios también pudo haber influido en la alta valoración de la atención, así como los bajos costos del servicio.

En suma, hay muchos factores que pudieron haber afectado los resultados, sin embargo, el rigor de las metodologías empleadas, tanto la cuantitativa como la cualitativa, permiten adelantar nuevas pistas e ideas en los estudios de satisfacción desde la perspectiva del bienestar subjetivo de los usuarios. A pesar de las limitaciones señaladas, los datos presentados son consistentes en lo cualitativo y cuantitativo, existe coherencia en los análisis y resulta claro lo que es importante para que el usuario se sienta muy satisfecho y lo que no lo es.

Los procesos asociados a la atención de la salud de personas, grupos y poblaciones es complejo y multidimensional, implica temas

como el de la calidad de vida, conductas higiénicas y estilos de vida, condiciones ambientales y nivel socio-económico, así como preocupaciones socioculturales y emocionales que constituyen bienes relacionales fundamentales para los usuarios. El desempeño de los sistemas de atención a la salud deberían considerar las necesidades de los pacientes, además de la calidad entendida como eficiencia y seguridad del sistema en términos del cálculo costo-beneficio. Mantenerse saludable, curarse, vivir con padecimientos crónicos y limitaciones, o llegar al final de la vida, se inscribe en una dialéctica de expectativas y experiencias donde los profesionales de la salud tienen un papel relevante.

Aunque las relaciones interpersonales se dan en el seno de grandes sistemas sanitarios organizados con diseños administrativos complejos para la atención, en última instancia, la dimensión humana de aliviar el sufrimiento del otro, es lo que le da sentido al acto médico, y eso no debiera perderse de vista. No obstante, estamos conscientes de que la perspectiva del usuario es una entre muchas y un estudio completo de los actores en el espacio hospitalario (médicos, personal de salud, administradores, etc.) sería necesaria para una evaluación inte-

gral del sistema, considerando a quienes lo necesitan, quienes otorgan la atención y quienes lo organizan distribuyendo los recursos.

La satisfacción en distintos momentos de la vida, como sería un evento de atención a la salud, y la felicidad, son apreciaciones personales y subjetivas del bienestar de los individuos y resultan relevantes en las trayectorias de vida de las personas y sus comunidades. Los sistemas de salud en la actualidad enfrentan grandes desafíos, demandas complejas de atención, incrementos en las peticiones, restricción de recursos, sin embargo, cuidar la calidad de vida de los pacientes y crear tramas sociales para mantener a las poblaciones saludables es la meta de cualquier sistema moderno de salud. La mala calidad de la atención afecta la satisfacción de los usuarios, no disipa sus preocupaciones e incrementa las necesidades económicas, sociales y emocionales de las personas. Hay aún mucho por hacer, no obstante, en la medida en que podamos leer e interpretar la realidad desde la perspectiva de quienes participan en ella, podremos coadyuvar en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, de su horizonte de expectativas y sus experiencias, que concatenadas se traducen en la percepción de estar bien consigo mismas y con el mundo que las rodea.



# ANEXOS

---







Mendoza Blanco & Asociados, S.C.



Satisfacción Insatisfacción Usuarios Servicios de Salud desde sus Expectativas y Experiencias (SIUSEX)

<b>22. Durante el tratamiento actual que ha recibido en este hospital, ¿ha firmado algún documento para participar en investigaciones médicas o protocolos de investigación?</b>				( ) ( ) ( )
1. Sí 2. No 99. No sabe				
<b>23. De los tipos de medicina alternativa que le voy a mencionar, dígame si los utiliza.</b>				
1. Homeopatía	1. Sí	2. No	99. No sabe	( ) ( ) ( )
2. Acupuntura	1. Sí	2. No	99. No sabe	( ) ( ) ( )
3. Comadrona/Partera	1. Sí	2. No	99. No sabe	( ) ( ) ( )
4. Herbolaria, Hierberos	1. Sí	2. No	99. No sabe	( ) ( ) ( )
5. Sobador	1. Sí	2. No	99. No sabe	( ) ( ) ( )
6. Huesero	1. Sí	2. No	99. No sabe	( ) ( ) ( )
7. Curandero	1. Sí	2. No	99. No sabe	( ) ( ) ( )
8. ¿Alguna otra?	1. Sí	2. No	99. No sabe	( ) ( ) ( )
	¿Cuál?			( ) ( ) ( )
<b>III. Condición de Salud del Usuario</b>				
<b>24. ¿Cuál es el motivo por el que vino hoy al hospital?</b>				( ) ( ) ( )
R1.				
<b>25. Incluyendo su actual padecimiento/embarazo, ¿qué enfermedades tiene diagnosticadas?</b>	<b>26. ¿Desde cuándo presenta este padecimiento?</b>	<b>27. ¿Sigue algún tratamiento?</b>	<b>28. ¿Existen antecedentes en la familia de este padecimiento?</b>	
1. _____ ( ) ( )	días meses años	1. Sí 2. No 99. No sabe ( ) ( )	1. Sí 2. No 97. No aplica 99. No sabe ( ) ( )	
2. _____ ( ) ( )	días meses años	1. Sí 2. No 99. No sabe ( ) ( )	1. Sí 2. No 97. No aplica 99. No sabe ( ) ( )	
3. _____ ( ) ( )	días meses años	1. Sí 2. No 99. No sabe ( ) ( )	1. Sí 2. No 97. No aplica 99. No sabe ( ) ( )	
4. _____ ( ) ( )	días meses años	1. Sí 2. No 99. No sabe ( ) ( )	1. Sí 2. No 97. No aplica 99. No sabe ( ) ( )	
5. _____ ( ) ( )	días meses años	1. Sí 2. No 99. No sabe ( ) ( )	1. Sí 2. No 97. No aplica 99. No sabe ( ) ( )	
6. _____ ( ) ( )	días meses años	1. Sí 2. No 99. No sabe ( ) ( )	1. Sí 2. No 97. No aplica 99. No sabe ( ) ( )	
7. _____ ( ) ( )	días meses años	1. Sí 2. No 99. No sabe ( ) ( )	1. Sí 2. No 97. No aplica 99. No sabe ( ) ( )	
<b>29. Como consecuencia del padecimiento/embarazo por el que vino hoy al hospital, dígame si está mejor, igual o peor su ...</b>				
a. Alimentación	1. Mejor	2. Igual	3. Peor	99. No sabe ( ) ( ) ( )
b. Actividad Física (ejercicio)	1. Mejor	2. Igual	3. Peor	99. No sabe ( ) ( ) ( )
c. Higiene	1. Mejor	2. Igual	3. Peor	99. No sabe ( ) ( ) ( )
d. Hábitos dañinos (adiciones, excesos, etc.)	1. Mejor	2. Igual	3. Peor	97. No aplica 99. No sabe ( ) ( ) ( )
<b>30. ¿Considera que su padecimiento/embarazo lo limita en algún sentido?</b>				
1. Sí 2. No (Pasará a P32) 99. No sabe (Pasará a P32)				
<b>31. Para cada uno de los aspectos que le voy a mencionar, dígame por favor si considera que su padecimiento/embarazo lo limita para valerse por sí mismo.</b>				
1. Alimentarse	1. Sí	2. No	99. No sabe	( ) ( ) ( )
2. Asearse	1. Sí	2. No	99. No sabe	( ) ( ) ( )
3. Trasladarse	1. Sí	2. No	99. No sabe	( ) ( ) ( )
4. Vestirse	1. Sí	2. No	99. No sabe	( ) ( ) ( )
5. Trabajar/estudiar/labores domésticas	1. Sí	2. No	99. No sabe	( ) ( ) ( )
6. Problemas de la vista	1. Sí	2. No	99. No sabe	( ) ( ) ( )
7. Cargar objetos pesados	1. Sí	2. No	99. No sabe	( ) ( ) ( )
8. ¿Alguna otra?	1. Sí	2. No	99. No sabe	( ) ( ) ( )
	¿Cuál?			( ) ( ) ( )
<b>32. ¿Esperaba que su padecimiento/embarazo lo limitara para valerse por sí mismo?</b>				( ) ( ) ( )
1. Sí 2. No 99. No sabe (Pasará a P34)				
<b>33. ¿Por qué?</b>				( ) ( ) ( )
R1.				
<b>34. Sin considerar la atención médica de su doctor, ¿usted esperaba que le realizaran algún tipo de estudios?</b>				( ) ( ) ( )
1. Sí 2. No 99. No sabe				
<b>35. Sin considerar la atención médica de su doctor, ¿le han realizado estudios con relación a su padecimiento/embarazo actual?</b>				( ) ( ) ( )
1. Sí 2. No (Pasará a P38) 99. No sé (Pasará a P38)				
<b>36. ¿Qué tan satisfecho lo dejaron los estudios que le realizaron?</b>				( ) ( ) ( )
1. Muy satisfecho 2. Satisfecho 3. Poco satisfecho 4. Nada satisfecho 99. No sabe (Pasará a P38)				
<b>37. ¿Por qué?</b>				( ) ( ) ( )
R1.				
<b>38. ¿Ha estado hospitalizado en el último año?</b>				( ) ( ) ( )
1. Sí 2. No 99. No sabe				
<b>39. Con relación al tratamiento de su padecimiento/embarazo actual en este hospital, ¿por cuántas diferentes especialidades ha sido atendido?</b>				( ) ( ) ( )
99. No sabe				
<b>40. ¿Y en cuántas diferentes especialidades esperaba ser atendido?</b>				( ) ( ) ( )
99. No sabe				
<b>41. En este hospital y con relación a su padecimiento/embarazo, ¿cuántos médicos lo han atendido?</b>				( ) ( ) ( )
R1.				
<b>42. En este hospital y con relación a su padecimiento/embarazo, ¿cuántos médicos considera que le han atendido responsablemente y con compromiso?</b>				( ) ( ) ( )
<b>43. ¿Y cuántos esperaba que se responsabilizaran y comprometieran con su padecimiento/embarazo?</b>				( ) ( ) ( )



Mendoza Blanco & Asociados, S.C.



Satisfacción Insatisfacción Usuarios Servicios de Salud desde sus Expectativas y Experiencias (SIUSEX)

IV. Preocupaciones del Usuario			
<i>(En esta sección vamos a centrarnos en las preocupaciones del paciente durante su padecimiento/ embarazo)</i>			
<b>Preocupaciones Económicas</b>			
44. ¿Considera que su padecimiento/embarazo ha afectado su economía familiar? ( ) ( ) ( )			
1. Sí 2. No (Pasará a P46) 99. No sabe (Pasará a P46)			
45. De los siguientes aspectos que le voy a mencionar, dígame por favor si afectaron su economía familiar debido a su padecimiento/embarazo.			
1. Lo limité para trabajar	1. Sí	2. No	99. No sabe ( ) ( ) ( )
2. Dejé de trabajar	1. Sí	2. No	99. No sabe ( ) ( ) ( )
3. Gasté en medicamentos	1. Sí	2. No	99. No sabe ( ) ( ) ( )
4. Gasté en estudios	1. Sí	2. No	99. No sabe ( ) ( ) ( )
5. Gasté en consultas	1. Sí	2. No	99. No sabe ( ) ( ) ( )
6. Gasté en traslados y alimentación fuera de casa	1. Sí	2. No	99. No sabe ( ) ( ) ( )
46. ¿Esperaba usted que hubiera cambios que afectarían la economía familiar debido a su padecimiento/embarazo? ( ) ( ) ( )			
1. Sí 2. No 99. No sabe (Pasará a P48)			
47. ¿Por qué? ( ) ( ) ( )			
R1.			
48. ¿Le cobraron por la atención médica que recibió? ( ) ( ) ( )			
1. Sí 2. No (Pasará a P51) 99. No sabe (Pasará a P51)			
49. Incluyendo el transporte, alimentos, medicinas, etc., ¿qué tanto considera que el gasto total afectó la economía familiar: muchísimo, mucho, poco o nada? ( ) ( ) ( )			
1. Muchísimo 2. Mucho 4. Poco 5. Nada 99. No sabe			
50. Lo que pagó por el tratamiento de su padecimiento/embarazo ¿fue menos, igual o más de lo que esperaba? ( ) ( ) ( )			
1. Fue menos 2. Fue igual 3. Fue más 99. No sabe			
51. ¿Esperaba que le cobraran por la atención médica que recibió? ( ) ( ) ( )			
1. Sí 2. No 99. No sabe			
52. ¿Compré medicamentos y/o material médico para su atención? ( ) ( ) ( )			
1. Sí 2. No (Pasará a P54) 99. No sabe (Pasará a P54)			
53. Lo que gastó en medicamentos y/o material médico, ¿fue menos, igual o más de lo que esperaba? ( ) ( ) ( )			
1. Fue menos 2. Fue igual 3. Fue más 99. No sabe			
<b>Preocupaciones Relacionadas con las Actividades Laborales, Domésticas y/o Escolares</b>			
54. Hablando de su actual padecimiento/embarazo ¿considera que le ha causado problemas para realizar sus actividades en el trabajo, casa o escuela? ( ) ( ) ( )			
1. Sí 2. No 99. No sabe			
55. Ahora le voy a preguntar sobre consecuencias que su padecimiento/embarazo pueden tener en el trabajo, casa o escuela.			
a. ¿Puede realizar todos sus quehaceres habituales de la casa?	1. Sí	2. No	99. No sabe ( ) ( ) ( )
b. ¿Ha tenido atrasos en sus actividades?	1. Sí	2. No	99. No sabe ( ) ( ) ( )
c. ¿Ha buscado un reemplazo para sus actividades?	1. Sí	2. No	99. No sabe ( ) ( ) ( )
d. Desde que inició su actual padecimiento/embarazo, ¿ha estado trabajando o estudiando?	1. Sí	2. No (Pasará a P56)	99. No sabe (Pasará a P56) ( ) ( ) ( )
e. ¿Ha tenido despidos o expulsiones en el trabajo o escuela?	1. Sí	2. No	99. No sabe ( ) ( ) ( )
f. ¿Ha tenido retardos en el trabajo o escuela?	1. Sí	2. No	99. No sabe ( ) ( ) ( )
g. ¿Ha tenido faltas constantes en el trabajo o escuela?	1. Sí	2. No	99. No sabe ( ) ( ) ( )
56. ¿Esperaba usted que el padecimiento/embarazo le causara problemas para realizar sus actividades en el trabajo, la casa o la escuela? ( ) ( ) ( )			
1. Sí 2. No (Pasará a P58) 99. No sabe (Pasará a P58)			
57. ¿Cuáles? ( ) ( ) ( )			
R1.			
<b>Preocupaciones Relacionadas con las Redes Familiares y Sociales</b>			
58. Como consecuencia de su padecimiento/embarazo ¿ha dejado de hacer alguna actividad con sus familiares o amigos? ( ) ( ) ( )			
1. Sí 2. No 99. No sabe			
59. ¿Esperaba que su padecimiento/embarazo afectara sus relaciones con familiares o amigos? ( ) ( ) ( )			
1. Sí 2. No (Pasará a P61) 99. No sabe (Pasará a P61)			
60. ¿De qué manera? ( ) ( ) ( )			
R1.			
61. ¿Su familia está más, igual o menos unida desde que presentó su padecimiento/embarazo? ( ) ( ) ( )			
1. Más 2. Igual 3. Menos 99. No sabe (Pasará a P63)			
62. ¿Por qué? ( ) ( ) ( )			
R1.			
63. ¿Usted esperaba que hubiera cambios en la unión de la familia debido a su padecimiento/embarazo? ( ) ( ) ( )			
1. Sí 2. No 99. No sabe (Pasará a P65)			
64. ¿Por qué? ( ) ( ) ( )			
R1.			
65. ¿Está usted conforme con el acceso al hospital que le dieron a su familia? ( ) ( ) ( )			
1. Sí 2. No 99. No sabe (Pasará a P67)			
66. ¿Por qué? ( ) ( ) ( )			
R1.			
67. ¿Usted esperaba que el hospital le permitiera el acceso adecuado a su familia cuando lo necesitaba? ( ) ( ) ( )			
1. Sí 2. No 99. No sabe			



Mendoza Blanco & Asociados, S.C.



Satisfacción Insatisfacción Usuarios Servicios de Salud desde sus Expectativas y Experiencias (SIUSEX)

Preocupaciones Relacionadas con el Estado de Ánimo							
<b>68.</b> ¿Se ha sentido triste, irritable o preocupado a causa de su padecimiento/embarazo? ( ) ( ) ( )							
1. Sí      2. No ( <i>Pasar a P70</i> )      99. No sabe ( <i>Pasar a P70</i> )							
<b>69.</b> De los aspectos que le voy a mencionar, ¿cuáles considera que son causa de su estado de ánimo?							
1. ¿Está limitado en sus actividades?	1. Sí	2. No	99. No sabe	( )	( )	( )	
2. ¿Siente malestar como dolor, fatiga, mareos, etc.?	1. Sí	2. No	99. No sabe	( )	( )	( )	
3. ¿Piensa que está en riesgo su vida?	1. Sí	2. No	99. No sabe	( )	( )	( )	
4. ¿Le preocupa la familia?	1. Sí	2. No	99. No sabe	( )	( )	( )	
5. ¿Se siente solo, devaluado o abandonado?	1. Sí	2. No	99. No sabe	( )	( )	( )	
6) ¿Tiene problemas económicos?	1. Sí	2. No	99. No sabe	( )	( )	( )	
7. ¿Siente inseguridad ante el futuro?	1. Sí	2. No	99. No sabe	( )	( )	( )	
<b>70.</b> ¿Esperaba que su padecimiento/embarazo le causara tristeza, enojo o preocupación? ( ) ( ) ( )							
1. Sí      2. No      99. No sabe							
<b>71.</b> ¿Ha recibido ayuda para manejar sus emociones? ( ) ( ) ( )							
1. Sí      2. No ( <i>Pasar a P73</i> )      99. No sabe ( <i>Pasar a P73</i> )							
<b>72.</b> De las siguientes posibles ayudas para manejar sus emociones, dígame por favor, si la ha recibido.							
1. Religiosa o espiritual	1. Sí	2. No	99. No sabe	( )	( )	( )	
2. Familiar	1. Sí	2. No	99. No sabe	( )	( )	( )	
3. Medicamentos	1. Sí	2. No	99. No sabe	( )	( )	( )	
4. Profesional (Psicológica, Tanatológica...)	1. Sí	2. No	99. No sabe	( )	( )	( )	
<b>73.</b> ¿Qué tipos de ayuda esperaba recibir para manejar sus emociones?							
1. Religiosa o espiritual	1. Sí	2. No	99. No sabe	( )	( )	( )	
2. Familiar	1. Sí	2. No	99. No sabe	( )	( )	( )	
3. Medicamentos	1. Sí	2. No	99. No sabe	( )	( )	( )	
4. Profesional (Psicológica, Tanatológica...)	1. Sí	2. No	99. No sabe	( )	( )	( )	
Preocupaciones Relacionadas con el Tratamiento Médico							
<b>74.</b> ¿Le han recetado algún tratamiento? ( ) ( ) ( )							
1. Sí      2. No ( <i>Pasar a P77</i> )      99. No sabe ( <i>Pasar a P77</i> )							
<b>75.</b> ¿Qué tratamiento le recetaron? ( ) ( ) ( )							
R1. _____							
<b>76.</b> ¿El tratamiento que le recetaron es el que esperaba? ( ) ( ) ( )							
1. Sí      2. No      99. No sabe							
<b>77.</b> ¿Toma o se aplica sus medicamentos como se lo indicaron siempre, a veces o nunca? ( ) ( ) ( )							
1. Siempre      2. A veces      3. Nunca      99. No sabe							
V. Atención y Trato al Usuario							
<b>78.</b> ¿En general el trato que recibió por parte del personal del hospital fue muy bueno, bueno, malo o muy malo? ( ) ( ) ( )							
1. Muy bueno      2. Bueno      3. Malo      4. Muy malo      99. No sabe							
<b>79.</b> ¿Qué tipo de trato esperaba del personal de salud muy bueno, bueno, malo o muy malo? ( ) ( ) ( )							
1. Muy bueno      2. Bueno      3. Malo      4. Muy malo      99. No sabe							
<b>80.</b> Para cada uno de los aspectos que le voy a mencionar y de acuerdo con las respuestas que le muestro en esta tarjeta, indíqueme por favor... ( <i>Mostrar Tarjeta 3</i> ).							
1) ¿Qué tanto el médico le permitió hablar sobre su estado de salud?	1. Muchísimo    2. Mucho    3. Poco    4. Nada    99. No sabe			( )	( )	( )	
2) ¿Qué tanto el médico le explicó sobre su estado de salud?	1. Muchísimo    2. Mucho    3. Poco    4. Nada    99. No sabe			( )	( )	( )	
3) ¿Qué tanto el médico le explicó el tratamiento que debe seguir?	1. Muchísimo    2. Mucho    3. Poco    4. Nada    99. No sabe			( )	( )	( )	
4) ¿Qué tanto el médico le explicó los cuidados que debe seguir?	1. Muchísimo    2. Mucho    3. Poco    4. Nada    99. No sabe			( )	( )	( )	
5) ¿Qué tanto la información que le dio el médico le fue clara?	1. Muchísimo    2. Mucho    3. Poco    4. Nada    99. No sabe			( )	( )	( )	
6) ¿Qué tanto el personal de salud le preguntó si estaba usted de acuerdo con lo que le iban a hacer?	1. Muchísimo    2. Mucho    3. Poco    4. Nada    99. No sabe			( )	( )	( )	
7) ¿Qué tanto coincide la forma en que se comunicó el médico con lo que usted esperaba?	1. Muchísimo    2. Mucho    3. Poco    4. Nada    99. No sabe			( )	( )	( )	
8) ¿Qué tanto le resolvieron el problema de salud por el que acudió al hospital?	1. Muchísimo    2. Mucho    3. Poco    4. Nada    99. No sabe			( )	( )	( )	
9) ¿Qué tanto coincide la forma en que le resolvieron su problema con lo que usted esperaba?	1. Muchísimo    2. Mucho    3. Poco    4. Nada    99. No sabe			( )	( )	( )	
<b>81.</b> Si tuvo contacto con el personal del hospital que le voy a mencionar y de las respuestas que le muestro en esta tarjeta, indíqueme cómo lo trataron... ( <i>Mostrar Tarjeta 4</i> ).							
a. Vigilancia	1. Muy Bien	2. Bien	3. Mal	4. Muy mal	97. No aplica	99. No sabe	( ) ( ) ( )
b. Infirmes	1. Muy Bien	2. Bien	3. Mal	4. Muy mal	97. No aplica	99. No sabe	( ) ( ) ( )
c. Trabajo Social	1. Muy Bien	2. Bien	3. Mal	4. Muy mal	97. No aplica	99. No sabe	( ) ( ) ( )
d. Caja	1. Muy Bien	2. Bien	3. Mal	4. Muy mal	97. No aplica	99. No sabe	( ) ( ) ( )
e. Archivo Clínico	1. Muy Bien	2. Bien	3. Mal	4. Muy mal	97. No aplica	99. No sabe	( ) ( ) ( )
f. Enfermería	1. Muy Bien	2. Bien	3. Mal	4. Muy mal	97. No aplica	99. No sabe	( ) ( ) ( )
g. Médico	1. Muy Bien	2. Bien	3. Mal	4. Muy mal	97. No aplica	99. No sabe	( ) ( ) ( )
h. Camilleros	1. Muy Bien	2. Bien	3. Mal	4. Muy mal	97. No aplica	99. No sabe	( ) ( ) ( )
i. Laboratorios	1. Muy Bien	2. Bien	3. Mal	4. Muy mal	97. No aplica	99. No sabe	( ) ( ) ( )
j. Rayos X	1. Muy Bien	2. Bien	3. Mal	4. Muy mal	97. No aplica	99. No sabe	( ) ( ) ( )
k. Limpieza	1. Muy Bien	2. Bien	3. Mal	4. Muy mal	97. No aplica	99. No sabe	( ) ( ) ( )



Mendoza Blanco & Asociados, S.C.



Satisfacción Insatisfacción Usuarios Servicios de Salud desde sus Expectativas y Experiencias (SIUSEX)

<b>82. Indique si vivió alguna de las siguientes situaciones por parte del personal del hospital.</b>						
1. Maltrato físico	1. Si	2. No	99. No sabe	( ) ( )		
2. Maltrato emocional y/o psicológico	1. Si	2. No	99. No sabe	( ) ( )		
3. Trato desigual	1. Si	2. No	99. No sabe	( ) ( )		
4. Impuntualidad	1. Si	2. No	99. No sabe	( ) ( )		
5. Actitud grosera/ descortesía	1. Si	2. No	99. No sabe	( ) ( )		
6. Prepotencia	1. Si	2. No	99. No sabe	( ) ( )		
7. Corrupción	1. Si	2. No	99. No sabe	( ) ( )		
8. Falta de información	1. Si	2. No	99. No sabe	( ) ( )		
9. Maltrato a familiares y/o acompañantes	1. Si	2. No	99. No sabe	( ) ( )		
10. Falta de respeto a su intimidad	1. Si	2. No	99. No sabe	( ) ( )		
11. Desorganización del personal de salud	1. Si	2. No	99. No sabe	( ) ( )		
12. ¿Alguna otra?	1. Si	2. No	99. No sabe	( ) ( )		
¿Cuál?						
83. ¿La seguridad para evitar accidentes en las instalaciones del hospital es muy buena, buena, mala o muy mala?	1. Muy buena	2. Buena	3. Mala	4. Muy mala	99. No sabe	( ) ( )
84. ¿El funcionamiento de los aparatos y equipos del hospital es muy bueno, bueno, malo o muy malo?	1. Muy bueno	2. Bueno	3. Malo	4. Muy malo	99. No sabe	( ) ( )
<b>Si el paciente no estuvo internado u hospitalizado, pasar a P87</b>						
85. ¿Los alimentos que le dieron durante su estancia en el hospital son muy buenos, buenos, malos o muy malos?	1. Muy buenos	2. Buenos	3. Malos	4. Muy malos	99. No sabe	( ) ( )
86. ¿Cómo califica los recursos del hospital como son las camas, cobijas, sábanas, toallas, almohadas, batas, jabón, papel higiénico, etc.: muy buenos, buenos, malos o muy malos?	1. Muy buenos	2. Buenos	3. Malos	4. Muy malos	99. No sabe	( ) ( )
87. ¿La limpieza del hospital es muy buena, buena, mala o muy mala?	1. Muy buena	2. Buena	3. Mala	4. Muy mala	99. No sabe	( ) ( )
88. ¿El estado de las instalaciones hospitalarias es muy bueno, bueno, malo o muy malo?	1. Muy bueno	2. Bueno	3. Malo	4. Muy malo	99. No sabe	( ) ( )
89. ¿Las instalaciones y los recursos con los que cuenta el hospital son mejor, igual o peor de lo que esperaba?	1. Mejor	2. Igual	3. Peor	99. No sabe		( ) ( )
90. ¿Cómo se siente en general con la atención recibida en este hospital: muy satisfecho, satisfecho, poco satisfecho, nada satisfecho?	1. Muy Satisfecho	2. Satisfecho	3. Poco satisfecho	4. Nada satisfecho	99. No sabe	( ) ( )
91. ¿Por qué?						( ) ( )
R1.						
<b>VI. Ficha de Identificación</b>						
92. Hospital donde se aplicó						( ) ( )
93. La persona que respondió el cuestionario es ...						( )
1. El paciente						( ) ( )
2. Un familiar	Parentesco:					
3. Un acompañante	Relación:					
94. Área a la que acudió el usuario:	1. Consulta externa	2. Hospitalización	3. Urgencias	4. Otra. ¿Cuál?	( ) ( )	
95. ¿En qué especialidad le dieron atención?						( ) ( )
R1.						
Le agradecemos mucho su disposición y tiempo para contestar estas preguntas. La información que nos dio es muy valiosa para la investigación y se reflejará en una mejor calidad de la atención para la salud.						
<b>VII. Datos de Ubicación</b>						
Yo entrevistador _____, número _____ declaro que seguí todas las indicaciones metodológicas para la selección de la muestra y que toda la información contenida en este cuestionario es verídica. Acepto que si existe algún dato falso en él, la empresa Mendoza Blanco tome las medidas legales pertinentes.						
FIRMA DEL ENTREVISTADOR		FECHA DE ENTREVISTA		HORA		
Yo supervisor _____, número _____ declaro que seguí todas las indicaciones metodológicas para la selección de la muestra y que toda la información contenida en este cuestionario fue verificada bajo el criterio de:						
<input type="radio"/> Supervisión Directa <input type="radio"/> Supervisión de Regreso <input type="radio"/> Supervisión Telefónica <input type="radio"/> Validación						
Acepto que si hay alguna anomalía en la supervisión de este cuestionario, la empresa Mendoza Blanco & Asociados S.C. tome las medidas legales pertinentes.						
FIRMA DEL SUPERVISOR		FECHA DE SUPERVISIÓN				



### “LA SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD CON LA ATENCIÓN DESDE SUS EXPECTATIVAS Y EXPERIENCIAS EN MÉXICO.”

#### GUÍA DE ENTREVISTA CON CONTEXTO ETNOGRÁFICO

Folio  
 Fecha de aplicación  
 Hospital  
 Área o departamento  
 Entrevistado (paciente/familiar)  
 Hora de inicio/ término  
 Entrevistador


- I. RAPPORT
- II. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS
  - Nombre sin apellidos
  - Edad
  - Estado civil
  - Hijos
  - Lugar de procedencia
- III. INICIO DEL PADECIMIENTO
  - 1. ¿Cuál es su padecimiento?
  - 2. ¿Hace cuánto se lo diagnosticaron?
  - 3. ¿Cuáles fueron sus primeros síntomas, hace cuánto le aparecieron?
- IV. DINÁMICA DE ATENCIÓN
  - ♦ TRAYECTORIA PREVIA AL INSTITUTO (REDES SOCIALES, REMEDIOS CASEROS)
    - 4. ¿Cuál fue su primera reacción cuando aparecieron los síntomas?
    - 5. ¿Qué pensó que tenía?
    - 6. ¿Cuáles cree que fueron las causas por las que se enfermó?
    - 7. ¿Qué hizo para sentirse mejor, cómo se atendió, a quién recurrió?
  - ♦ BÚSQUEDA DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL (RECURRENCIA A MÉDICOS)
    - 8. ¿Acudió a algún centro de salud o con algún médico privado antes del instituto?

9. ¿Le dieron algún diagnóstico?
10. ¿Lo remitieron a alguna otra institución?

♦ EXPERIENCIA CON EL INSTITUTO

11. ¿Cómo fue que llegó al instituto?\*
12. ¿Cuánto tiempo pasó para ser paciente del instituto desde que lo diagnosticaron?
13. ¿Quiénes lo atendieron, describa paso a paso lo que vivió desde que llegó al hospital hasta este momento?
14. ¿Ha tenido algún problema con el servicio o la atención, cómo lo ha solucionado (propinas, redes sociales dentro del instituto, reclamos)?

♦ EVALUACIÓN Y EXPECTATIVAS

15. El instituto ¿qué tanto ha resuelto su problema de salud hasta el día de hoy?
16. ¿Qué opina de la calidad del servicio del instituto (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, laboratorio, camilleros, administración)?
17. ¿Qué opina del trato que se da a los pacientes, es igual para todos (NSE)?
18. Las dos cosas que le agradan del instituto (servicio, instalaciones)
19. Las dos cosas que más le desagradan del instituto.
20. ¿Qué espera del instituto en cuanto a la atención de su padecimiento?

♦ FAMILIA-ATENCIÓN-PACIENTE

21. ¿Con quién toma las decisiones sobre su salud cuando se siente mal?
22. ¿Qué tanto se ha afectado su vida diaria a partir de su padecimiento?
23. ¿Qué tanto lo apoya su familia, amigos o conocidos, quiénes lo apoyan y de qué manera?
24. ¿Complementa su tratamiento con otro tipo de especialistas, por qué (acupuntura, homeopatía, masajes, dietas, complementos alimenticios, herbolaria, etcétera)?

**\*SI NO FUE ATENDIDO PASE A LA PREGUNTA 25**

25. ¿Qué razones le dieron para no atenderlo?
26. ¿Es la primera vez que le niegan el servicio en el instituto?
27. ¿Considera que el trato en el hospital es igual para todos?
28. ¿Cómo va a solucionar su problema?
29. ¿Recurriría nuevamente a algún instituto de salud pública?

## GUÍA DE OBSERVACIÓN ETNOGRÁFICA

Objetivo: Describir el contexto de la atención a los pacientes en los institutos de salud pública.

### I. CONTEXTO INSTITUCIONAL

- ♦ Las áreas del instituto donde se encuentre el paciente (sala de espera, cuarto de hospitalización, área de urgencias)

- Cantidad de personas hay, qué tan suficiente es el espacio, dinámicas de usuarios y personal.
- Presencia de pacientes, familiares y personas ajenas al instituto (vendedores, gente que pide dinero).

## II. LA DINÁMICA DE ATENCIÓN

- Cuál es la lógica de la atención a los pacientes
- Qué hacen mientras esperan a que los atiendan
- Cuáles son las pláticas entre los usuarios en cuanto al servicio y la salud (remedios, recetas, quejas, influencias dentro del instituto)
- Cuáles son las relaciones y actitudes que se establecen entre pacientes, pacientes-médicos, pacientes-enfermeras, pacientes-administrativos, etc.
- Cuánto tiempo pasan los pacientes para ser atendidos (consulta externa, rondines de enfermeras y médicos en hospitalización y atención en urgencias)



- ACP (2005). "Ethics and Time, Time Perception, and the Patient Physician Relationship". American College of Physicians. Ethics and Human Rights Committee. Position Paper.
- Acuña, L. Bruner, C. (1999). "Estructura factorial del cuestionario de Apoyo Social de Sarason", *Revista Mexicana de Psicología*; 16(2), 267-279 Levine; Bashm y Sarason en México.
- Aduna, A. (1998). "Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios. Estudio experimental". México: Tesis de Maestría: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Agrest, A. (2008). Reflexiones sobre el espíritu crítico en medicina. Argentina: *Archivos Argentinos Pediatría*. 106(3): 193-195. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752008000300001&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752008000300001&lng=es).
- Ahluwalia, I. Dodds, J. & Baligh, M. (1998). "Social Support and Coping Behaviors of Low-income Families Experiencing Food Insufficiency in North Carolina". Carolina: *Health Education & Behavior*. 25(5), 599-612.
- Álvarez D. (2005). "Evaluación del apoyo familiar conocimientos sobre la diabetes mellitus, dieta, su adherencia y su relación con el control glicémico en pacientes diabéticos". México: IMMS: Tesis de especialidad de Medicina Familiar.
- Álvarez-Gayou, J.L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós Educador.
- Bárcena, A. (coord.) (2010). *La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir*. Documento de la CEPAL, ONU. Disponible en: [http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/39710/100604\\_2010-114-SES.33-3\\_La\\_hora\\_de\\_la\\_igualdad\\_doc\\_completo.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/39710/100604_2010-114-SES.33-3_La_hora_de_la_igualdad_doc_completo.pdf)
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Becchetti, L. Pelloni, A. y Rossetti, F. (2008). "Relational Goods, Sociability, and Happiness". *Kylos*. 61(39): 343.
- Becker, G. (1997). *Disrupted Lives: How People Create Meaning in a Chaotic World*. University of California Press. Berkley and Los Angeles. 193-4.
- Benjamin, W. (1970). *El programa de una filosofía futura*, Caracas, Venezuela: Monte Ávila Editores. 7-19
- Bourdieu, P. (1987). *Cosas dichas*, París: Les Editions de Minuit.
- Braddock, CH. Snyder, L. (2005). *Ethics and Time, Time Perception, and the Patient-Physician Relationship*. Philadelphia: American College of Physicians: Position Paper.
- Braudel, F. (1970). *La historia y las ciencias sociales*. Madrid: Alianza Editorial: 67.

- Briones, G. (1988). *Métodos y técnicas avanzadas de investigación aplicadas a la educación y las ciencias sociales*. Santiago: Programa Interdisciplinario de Investigaciones en Educación.
- Bruner, E. M. (1986). "Ethnography as Narrative". En V. M. Turner and E. M. Bruner (eds.) *The Anthropology of Experience*. University of Illinois Press. Urbana. 139-55.
- Bustos, A. (2011). "Niveles de marginación: una estrategia multivariada de clasificación. Realidad, datos y espacio". *Revista Internacional de Estadística y Geografía*. México: INEGI. 2(1): 173.
- Carr, A. (2004). *Positive Psychology: The Science of Happiness and Human Strengths*. London: Brunner-Routledge: 26.
- Carrasco, C. (1994). *El trabajo doméstico y la reproducción social*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- CEPAL. (1991). *Magnitud de la pobreza en la América Latina en los años 80*. Santiago de Chile. Estudios e Informes de la CEPAL, Naciones Unidas.
- Chanfrault D. M.F. (1995). *Mitos y estructuras narrativas en la historia de vida: la expresión de las relaciones sociales en el medio rural*. Barcelona: Historia y Fuente Oral: 9: 47-62.
- Conrad, P. (1987). "The Experience of Illness: Recent and New Directions". En: Conrad P. y Roth J. (eds.) *The Experience And Management of Chronic Illness*. Research in the Sociology of Health Care. Jai Press Inc. Connecticut: 6: 1-31.
- Csikszentmihalyi, M. (1988). *Optimal Experience: Psychological Studies of Flow in Consciousness*. UK: Cambridge University Press. 27.
- Cummins, R. (1997). *Comprehensive Quality Scale-life Adult*. Australia: Deakin University.
- Dewey, J. (2004). *Experiencia y educación*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Di Silvestre.(1992). "Participación comunitaria en salud: la experiencia de los grupos de salud de la zona oeste". Chile: *Revista de Sociología de la Universidad de Chile*; 6(7): 107-123.
- Díaz-Guerrero, R. (1986). *El ecosistema sociocultural y la calidad de vida*. México: Trillas.
- Diener E. y Fujita F. (1995). *Methodological Pitfalls and Solutions in Satisfaction Research*. En: Sirgy M.J. y Coskun Samli (eds.) *New Dimensions in Marketing/Quality-of-life Research*. USA: Quorum Books Greenwood Publishing Group, Inc.
- Diener, E. y Diener R.B. (2008). *Happiness: Unlocking the Mysteries of Psychological Wealth*. Malden MA: Blackwell Publishing.
- Diener, E. y Larsen, R.J. (1993). *The Experience of Emotional Well-being*. En: Lewis, M. y Haviland J.M (eds.). New York: Guilford. Handbook of Emotions.
- Dilthey, W. (1978). "La conciencia histórica y la concepción del mundo". En: *Teoría de la concepción del mundo* (obras de Wilhelm Dilthey. VIII). México: Fondo de Cultura Económica. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Secretaría de Salud (consultado el 2 de abril de 2012) <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/consulta.php>
- Doty, M. M. Abrams, MK. Mika, S. Rustgi, S. Lawlor, G. (2009). *Coming Out of Crisis: Patient Experience in Primary Care in New Orleans, Four Years Post-Katrina. Findings from The Commonwealth Fund*. Survey of Clinic Patients in New Orleans. 2010. [www.commonwealthfund.org/.../Jan/Coming-Out-of-Crisis.aspx](http://www.commonwealthfund.org/.../Jan/Coming-Out-of-Crisis.aspx).
- Duverger, M. (1972). *Métodos de las ciencias sociales*. Barcelona; Ariel S. A, Gustafson, N. (1998) "Content Analysis in the History class". *The Social Studies*, 89 (1): 39-44.; Pérez, G. (1994) *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Tomo II. *Técnicas de análisis de datos*. Madrid: La Muralla S.A.
- Easterlin, R.A. (1974). "Does Economic Growth Improve the Human Lot?" en: David P.A y Reder M.W. (eds.) *Nations and Households in Economic Growth. Essays in Honor of Moses Abramovitz*. New York: Academic Press.
- Easterlin, R.A. (2003). *Explaining Happiness*. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. USA: PNAS. 100 (19): 23.
- Espinosa A. J. M. (2005). "La enfermedad y familia". *Medicina de Familia*, 5(3): 38-47.
- Fernández del Valle, J., Bravo, A. (2000). "Estructura y dimensiones de apoyo de la red social en los

- adolescentes". Barcelona: *Anuario de Psicología*; 31(2), 87-105.
- Fernández, M. A. (2004). "El impacto de la enfermedad en la familia", México: *Revista Facultad Medicina UNAM*, 47 (6): 251-254.
- Finkler, K. Correa, M. (1996). "Factors Influencing Patients Percibed Recovery in México". Gran Bretaña: *Social Science & Medicine*, EL Seiver: 42(2): 199-207.
- Gadamer, H. G. (1977). *Verdad y método*. Salamanca: Sígueme
- Gadamer, H.G. (2002). *Acotaciones hermenéuticas*. Madrid: Editorial Trota.
- García, M. (2005). *Cuidados de salud, género y desigualdad*. Granada: Publicaciones de la Escuela Andaluza de Salud Pública; 5(3): 23-42.
- Geertz, C. (1991). *Descripción Densa. Interpretación de las Culturas*. México: Gedisa: 34.
- Gennette, G. (1982). *Figures of Literary Discourse*. New York: Columbia University Press.
- Goffman, E. (1970). *Estigma*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gómez, E. (1990). *Perfil epidemiológico de salud de las mujeres en la región de las Américas*. Washington DC: OPS.
- González, R. Ruiz, M. (2006). "Frecuencia del uso de medicina alternativa en pacientes quirúrgicos". México: *Cirujano General*; 28(4): 238-241.
- Green, B. Rodgers, A. (2001). "Determinants of Social Support Among Low-income Mothers: A Longitudinal Analysis". New York; *American Journal of Comunitary Psychology*; 29(3), 419-442.
- Guibert, R. (1999). "Influencia en la salud del rol de género". Cuba: *Revista Cubana Medicina General Integral*; 15(1):7-13.
- Hamui S., L. (2011). *Trastornos genéticos, narrativas y entorno socio-cultural: los judíos en la ciudad de México*. México: Dirección General de Publicaciones UNAM.
- Hansen, F. J. Fallon, A. F. Novotny, S. L. (1991). "The Relationship Between Social Network Structure and Marital Satisfaction in Distressed and Non Distressed Copules: A Pilot Study". San Diego, California, *Family Therapy: The Journal of the California Graduate School of Family Psychology*; 18(2), 101-111.
- Hastie T., Tibshirani R., Friedman J. (2009). *The Elements of Statistical Learning: Data Mining, Inference and Prediction*. Second Edition, Springer.
- Hatch, L. (1995). "Gray Clouds and Silver Linings: Women's Resources in Later Life". En: Freeman J., ed. *Women: a Feminist Perspective*. California: Mayfield Publishing Co. 180-199.
- Heeringa, S. G. West, B. T. y Berglund, P. A. (2010). *Applied survey data analysis* Boca Raton, Florida: Chapman & Hall/CRC.
- Heller, A. (1993). *Teoría de la Historia*. México: Distribuciones Fontamara: 259
- Hernández, R. (1994). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill
- Herrera, S. P. M. (1997). "Familia funcional y disfuncional: un indicador de salud". Cuba: *Revista Cubana Medicina General Integral*; 13 (6):591-5.
- Herrera, S. P. M. (2000). "Rol de género y funcionamiento familiar", *Revista Cubana Medicina General Integral*; 16(6):568-73.
- Holbrook, A.L. Green, M.C. y Krosnik, J.A. (2003). "Telephone Versus Face-to-Face Interviewing of National Probability Samples With Long Questionnaires". Deerfield Illinois; *Public Opinion Quarterly*; 67(79):79-125.
- Hosmer, D. W. y Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression*, 2a. ed. New York: John Wiley & Sons.
- Husserl, E. (1964). *The Phenomenology of Internal Time-Consciousness*. Bloomington: Indiana University Press, Bloomington.
- Imaz, E. (1946). *El pensamiento de Dilthey*. México: Fondo de Cultura Económica.
- INEGI. Censo de Población y Vivienda (2010). Disponible en: <http://www.censo2010.mx>.
- Infante, C. C. (2006). *Quejas médicas. Insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica*. México: ETM.
- Jenkinson, C. Coulter, A. y Bruster, S. (2002). "The Picker Patient Experience Questionnaire: Development and Validation Using Data from Inpatient Surveys in Five Countries". USA:

- International Journal for Quality in Health Care*: 14(5):353-358.
- Jofré, A. V., Mendoza, S. (2005). "Toma de decisiones en mujeres cuidadoras informales". Chile: *Ciencias y Enfermería*; 11(1):37-49.
- Kant, I. (1787). *Crítica a la razón pura*, Alemania: Faksimile bei Commons.
- Kasser, T. (2002). *The High Price of Materialism*. Cambridge (Mass): MIT Press.
- Klazienga, N. (2010). *Improving Value in Health Care: Measuring Quality*. USA: OECD Health Policy Studies. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/measuringquality>.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Korn, E. L. y Graubard, B. I. (1999). *Analysis of Health Surveys*, New York: Wiley.
- Kornblit, A. (2000). *La salud y la enfermedad: Aspectos biológicos y psicosociales*, 4ta. edición. Buenos Aires, Argentina: Aique Grupo Editor S.A.
- Koselleck, R. (1993). *Futuro pasado. Para una semántica de los tiempos históricos*. Barcelona: Paidós.
- Kubler, R. G. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Kuthy, M.I. (1993). "El paciente terminal y su familia". México: *Revista del Residente de Psiquiatría*. Instituto Mexicano de Psiquiatría; 4(2): 22-25.
- LaCoursiere, S. Tish, M. y McCorkle, R. (2005). "Cancer Patients' Self-Reported Attitudes About the Internet". Toronto. Canada; *Journal of Medical Internet Research*; 7(3): 22.
- Larrosa, B. J. (2003). "La experiencia y sus lenguajes, Conferencia dictada en serie de Encuentros y Seminarios". Barcelona: Departamento de Teoría e Historia de la Educación.
- Lemos, S. (1996). "Evaluación psicológica de riesgos para la salud". In: G. Buena-Casal, V. Caballo, J. Sierra. *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (Cap. 37). España: Siglo XXI.
- León, M. Páez D, y Día, B. (2003). "Representaciones de la enfermedad. Estudios psicosociales y antropológicos". Venezuela: *Boletín de Psicología*; 77: 39-70.
- Libertad, M. A. (2003). "Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad", Cuba; *Revista Cubana Salud Pública*; 29(3):275-81.
- Lifshitz, A. (2003). "La relación médico-paciente en una sociedad en transformación". México: *Acta Médica Grupo. Ángeles*; 1(1):59-65.
- Lindon, A. (1999). "Narrativas autobiográficas, memoria y mitos: una aproximación a la acción social". México: *Economía, sociedad y territorio*; II(6): 295-310.
- Loh, W. y Shih, Y. (1997). "Split Selection Methods for classification trees". Wisconsin – Madison; *Statistica Sinica*; 7,845-840.
- Lora, E. (coord.) (2008). *Calidad de vida más allá de los hechos*. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Fondo de Cultura Económica.
- . (2011) "Cómo los indicadores subjetivos pueden contribuir a la medición del progreso de las sociedades". En: Rojas, M. (coord.). *La medición del Progreso y el bienestar: propuestas desde América Latina*. Foro Consultivo Científico y Tecnológico. Conacyt. 2011: 43.
- Mariano, R. (2011). "El bienestar subjetivo: su contribución a la apreciación y la consecución del progreso y el bienestar humano". México: *Revista Internacional de Estadística y Geografía*. 2(1): 64-77.
- Markman, M. (2003). "Alternative and Complementary Medicine: Safety Concerns in Patients With Malignant disease". *Journal of Clinical Oncology*; 25(2): 40-68.
- Martínez de la Escalera, A.M. (2009). "Micropolíticas: inscripción y debate". En Gómez Sollano, M. y Hamui, L. (Coords.) *Saberes de integración y educación. Aportaciones teóricas al debate*. México: UNAM.
- Mattingly, C. y Garro, L. C. (1994). *Introduction: Narrative Representations of Illness and Healing*. USA: Social Science and Medicine. El Seiver.
- Mattingly, C. (2000). "Emergent Narratives". En: Mattingly C. y L.C. Garro (eds.) *Narrative and Cultural Construction of Illness and Healing*. Los Angeles: University of California Press.

- Mattke, S.A y Epstein, et.al. (2006). "The OECD Health Quality Indicators Project: History and Background. USA": *International Journal for Quality in Health Care*; 18(1):1-4.
- Mead, G.H. (1972). *The Philosophy of the Act*. Chicago: University of Chicago Press.
- "La medición del progreso y el bienestar. Propuestas desde América Latina". Foro Consultivo Científico y Tecnológico. México
- Menéndez, E. (1985). "El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos". Argentina: *Desarrollo Económico*; 24(96) 1985: 15-25.
- Menéndez, E. (2004). "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". En Spinelli H. (comp.). *Salud colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires, Lugar.
- Menéndez, E. (1997). *El punto de vista del actor*, México: CIESAS, 1997; 69: 237-270.
- Meneses, A. y Gomes A. (2009). "Sentimientos, sentidos y significados en pacientes de hospitales públicos en el noreste de Brasil", Bogotá, Colombia: *Revista Secretria de Salud Pública*. México, 11(05): 754-765.
- México. Secretaría de Salud. (2002). *Desempeño de los sistemas de salud. Gastos catastróficos por motivos de salud*. Secretaria de Salud. México: Salud-México.170-171.
- . [Revisado: 9 de mayo de 2011] <http://portal.salud.gob.mx/contenidos/institutos/institutos.html>
- . [Revisado: 9 de mayo de 2011] <http://portal.salud.gob.mx/contenidos/hospitales/regionales.html>
- . ¿Qué es el Seguro Popular? [Revisado: 9 de mayo de 2011] Disponible en : <http://www.ssa-sin.gob.mx/SEGUROPOPULAR/Index.htm>
- Millán, R. (2011). "El bienestar como el nuevo "objeto" de progreso. Cinco reflexiones". En Rojas, M. (coord.) *La medición del progreso y del bienestar. propuestas desde América Latina*. Foro Consultivo Científico y Tecnológico. México, 2011: 19-28.
- Moctezuma, B. (2000). *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*. México, Cámara de Diputados-UNAM:162.
- Montilla, F. (2006). *El paciente y la familia ante la enfermedad*, España: Asociación Española de Enfermos de Hepatitis C, Conferencia en Valencia, 28 de junio.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Editorial Huelmul S.A.
- Mudrovic, M.I. El valor heurístico de un análisis formal del concepto de tradición. Argentina: <http://foroiberoideas.cervantesvirtual.com/resenias/data/43.pdf>
- Muñoz, C. F. et al. (2002). "La familia en la enfermedad terminal". *Medicina de Familia*; 3(3):190-199.
- Narro, R. J.; Rodríguez, D. J.; Viesca, T. C. y Abreu, H. L. F. (2004) Retos y reflexiones. México: *Gaceta Médica*. Ética y salud [online]: vol.140, n.6 [citado 2012-08-22], pp. 661-666 . Disponible en: <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-38132004000600017&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000600017&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0016-3813.
- Negrete, P. R. (2011). "El indicador de la polémica recurrente: la tasa de desocupación y el mercado laboral en México. Realidad, datos y espacio". México: *Revista Internacional de Estadística y Geografía*.
- Neira, R. J. A. (2001). "Ciencias sociales y salud pre-textos para el debate". Valdivia, Chile: *Revista Austral de Ciencias Sociales*. Universidad Austral de Chile. 5: 127-138.
- Neisser, U. (1994). "Self-narratives: True and false", en: Neisser U. y Fivush R. (eds.) *The Remembered Self*, editado por U. Neisser and R. Fivush. Cambridge: Cambridge University Press
- NHS National Quality Board. NHS Patient Experience Framework. 2011. [www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_132788.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_132788.pdf)
- OECD. (2011). *Compendian of OECD Well Being Indicators*. Paris: Autor. <http://www.oecd.org/dataoecd/4/31/47917288.pdf>

- Pablo C. (2003). "Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable". Chile: *Revista Psicoperspectivas*; vol.2:53-82
- Palacios, A. y Bariffi, F. (2007). *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. España : Grupo Editorial Cinca, S.A.
- Palomar, L. J. y Cienfuegos, Y.I. (2007). "Pobreza y apoyo social: un estudio comparativo en tres niveles socioeconómicos". *Interamerican Journal of Psychology*; 41(2)177 – 188.
- Parsons, T. (1964). *Social Structure and Personality*. New York: Free Press of Glencoe.
- Putnam, K. (2000). *Bowling Alone*. New York Touchstone Book: 48.
- Quiroga Q., L., E. y Antezana S. G., M.(2005): "La calidad de atención y la información son derechos del paciente". Bolivia: *Gaceta Médica Boliviana*; 28(1) 26-34. ISSN 1012-2966.
- Real Academia Española. (2011). *Diccionario de la lengua española*. (22 edición). *Realidad, Datos y Espacio. Revista Internacional de Estadística y Geografía*. (2011). México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2(1).
- Reyes, N. Cienfuegos, Y. Díaz-Loving, R. y Sánchez, R. (en prensa). "Definición y medición del apoyo social en la pareja".
- Ricoeur, P. (1996). *Tiempo y narración*. Vol. III. México: Siglo XXI.
- Ritzer, G. (1993). "Interaccionismo simbólico". *Teoría Sociológica Contemporánea*. 3ª ed. México: McGraw Hill.
- Rizzolatti, G. Fogassi L. y Gallese, V. (2006). "Mirrors in the Mind". USA: *Scientific American*; 18(1): 87-107.
- Rohlf, I. Borrell, C. y Fonseca, M.C. (2000). "Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos". España: *Gaceta Sanitaria*; 14 (3): 60-71.
- Rohlf, I. De Andrés, J. Artazcoz, L. Ribalta, M. y Borrell, C. (1997). "Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres", Barcelona: *Medicina Clínica*; 108: 566-571.
- Rojas, M. (2011). "El bienestar subjetivo: su contribución a la apreciación y la consecución del progreso y el bienestar humano". *Realidad, datos y espacio. Revista Internacional de Estadística y Geografía*. México: INEGI. 2(1): 64-77
- Rojas, M. (2011). "Introducción". *La Medición del Progreso y del Bienestar. Propuestas desde América Latina*. México: Foro Consultivo Científico y Tecnológico: 13
- Ruelas, E. Querol, J. (1994). *Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud*. México: Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia. Fundación Mexicana para la Salud. 6.
- Sacchi, M. Hausberger, M. y Pereyra, A. (2007). "Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud en familias pobres de la ciudad de Salta". Buenos Aires: *Revista Salud Colectiva*; 3(3): 271-283
- Safari, Etno-Consulting. (2010) *La satisfacción/ insatisfacción de los usuarios de los sistemas de salud desde su expectativas y experiencias en México*. Presentación ejecutiva.
- "La salud de hombres y mujeres ¿cuestión de sexo o género?". (2006). Servicios de salud. *Periódico mural del Departamento de Salud Pública*. Año 3 N° 1, agosto de 2006, FM. UNAM, en <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/periodico/shm/servicio.html>, consulta: 10 de agosto de 2012.
- Schwartz, H. y Jacobs, J. (1995). *Sociología cualitativa. Método para la reconstrucción de la realidad*. México: Trillas; 392-426.
- Schwartz, N. y Strack, F. (1991). "Evaluating one's Life: A Judgment Model of Subjective well-being", en Strack, F. Argyle M. y Schwart N. (eds.) *Subjective Well-being: An Interdisciplinary Perspective*. UK: Pergamon Press. Oxford. 27 - 48
- Scott, J.W. (2001). "Experiencia". Guadalajara, México, *La Ventana*; 13: 43-73
- Sen, A. (1985). *Commodities and Capabilities*. Oxford: Oxford University Press. 173
- Sodi, C. M. (2005). "La fragmentación de lo humano. Historia de la dicotomía cuerpo-alma". México: Tesis de maestría en Antropología Física. ENAH: 8.

- Solomon, Z. Mikulincer, M. y Avitzur, E. (1988). "Coping, Locus of Control, Social Support, and Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: A Prospective Study". *Journal of Personality and Social Psychology*; 55(2), 279-285.
- Spínola, T. (2007). "La percepción de un hospitalizado acerca de sus derechos y deberes". *Revista Enfermería UERJ*;13(1): 38-43.
- Stiglitz, J.E. Sen, A. y Fitoussi, J.P. (2009). *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*. Francia.
- Strack, F. Schwartz, N. Chassein, B. Kern, D. y Wagner, D. (1990). "Salience of Comparison Standards and the Activation of Social Norms: Consequences for Judgments of Happiness and their Communication. British". *Journal of Social Psychology*; 29: 303-314.
- Strauss, A. L. (1987). *Qualitative Analysis for Social Research*. Cambridge University Press. Cambridge, Mass: 43.
- Sustainability and Equity. A Better Future for All. Informe sobre Desarrollo Humano, PNUD. 2011. <http://hdr.undp.org/es/informes/mundial/idh2011/>
- Torres, L. T. M. (2002). "Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales". Guadalajara. México. Dossier. *Revista de la Universidad de Guadalajara*; 23: 4. <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug23/art4dossier23.html>
- Trevor Hastie, Robert Tibshirani, Jerome Friedman. Springer. *The Elements of Statistical Learning: Data Mining, Inference, and Prediction*. Second Edition, February (2009).
- United Nations Development Programme. (2010). *Human Development Report. The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development*. United Nations. New York.
- Van, Praag, B. M. S. y Ferrer-i-Carbonell. (2008). *Happiness Quantified: A Satisfaction Calculus Approach*, Oxford: Oxford University Press; 62.
- Veenhoven, R. (1997). "The Utility of Happiness". *Social Indicators Research*; 20: 333-354.
- . (2000). "The Four Qualities of Life: Ordering Concepts and Measures of the Good Life". *Journal of Happiness Studies*; 1: 1-39.
- . (2003). "Arts-of-Living". *Journal of Happiness Studies*; 4: 373-384.
- . (2007). "Measures of Gross National Happiness". Documento presentado en la *Conference on Measurability and Policy Relevance of Happiness*, OCDE, Roma. Citado en Lora, E. op.cit. 2011: 54.
- World Health Organization. (2009). *Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
- Wills, E. (2011). "El reto de construir socialmente el bienestar de las personas y de las sociedades", en: Rojas, M. (coord.) *La medición del progreso y del bienestar. Propuestas desde América Latina*. México: Foro Consultivo, Científico y Tecnológico.
- Windsor, T.D., Anstey, K. y Rodgers, B. (2008). "Volunteering and Psychological Well-being Among Older Adults: How Much Is Too Much". *The Gerontologist*; 48(1):59-70.
- Yardley, J.K. y Rice, R.W. (1991). "The Relationship between Mood and Subjective Well-being". *Social Indicators Research*; 24: 101-111.

*Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México:  
Un estudio de satisfacción con la atención médica*

Se terminó el día 25 de febrero de 2013. Su edición estuvo al cuidado de Formas e Imágenes, S. A. de C. V., Av. Universidad 1953, edificio 2, L. E, Copilco El Bajo, Coyoacán, 04340. Diseño de interiores: Leticia Pérez Solís. Diseño de forros: Virginia Segovia López.