

Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México

Esteban Puentes Rosas,¹ Octavio Gómez Dantés¹
y Francisco Garrido Latorre¹

Forma de citar

Puentes Rosas E, Gómez Dantés O, Garrido Latorre F. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. Rev Panam Salud Publica. 2006;19(6):394-402.

RESUMEN

Objetivo. Documentar que las diferencias en el trato recibido por los usuarios de los servicios de salud en México dependen principalmente del proveedor, independientemente de las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

Métodos. Los datos se obtuvieron mediante una encuesta aplicada a 18 018 usuarios que asistieron a 73 servicios de salud de 13 estados de México. Los usuarios debían calificar la forma en que la institución se había desempeñado en siete de los ocho dominios del trato adecuado de los usuarios (autonomía, confidencialidad, comunicación, trato respetuoso, condiciones de las instalaciones básicas, acceso a redes de apoyo social y capacidad de elección). En el cuestionario se presentaron viñetas para valorar las expectativas de los usuarios. Se aplicó un modelo probit ordinal compuesto con la percepción sobre la calidad de cada uno de los dominios del trato adecuado como variable dependiente y el sexo, la escolaridad, la edad, el tipo de proveedor y las expectativas de los usuarios como variables de control.

Resultados. El principal factor que determinó la percepción de los usuarios sobre el trato que recibieron en los servicios de salud en México fue el proveedor. Las instituciones de seguridad social mostraron el peor desempeño, mientras que los servicios del programa destinado a la población rural (IMSS Oportunidades) recibieron las mejores calificaciones. En general, el dominio mejor calificado fue el trato respetuoso, mientras que la menor calificación se asignó a la capacidad de elección del proveedor. Los hombres consideraron haber tenido mejor comunicación que las mujeres, mientras que el trato respetuoso, la comunicación y el apoyo social tuvieron una asociación significativa inversa con respecto al nivel educacional ($P < 0,05$).

Conclusiones. Se encontraron diferencias en la forma en que los diferentes proveedores públicos de servicios de salud de México tratan a sus usuarios, independientemente de las características socioeconómicas de estos. Los proveedores de las instituciones de seguridad social mostraron más deficiencias en este sentido. El trato respetuoso fue un dominio que presentó calificaciones altas en todos los proveedores. Se deben realizar modificaciones organizativas, ya que las deficiencias encontradas no están únicamente determinadas por el perfil del personal de salud, sino también por aspectos relacionados con la forma en que está estructurado el sistema de salud en México.

Palabras clave

Calidad de la atención de salud, investigación sobre servicios de salud, satisfacción del paciente, México.

¹ Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud, México, D.F., México. La correspondencia debe dirigirse a Esteban Puentes Rosas a: Secretaría de Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño, Reforma 450, México, D.F., 06600, México. Correo electrónico: epuentes@salud.gob.mx

El término “sistema de salud” abarca a todos los actores y recursos vinculados con el financiamiento, la regulación y la prestación de servicios de salud. Estos servicios, a su vez, com-

prenden todas las actividades cuyo objetivo fundamental es mejorar, fomentar o restaurar la salud de la población (1). Si bien estos son los objetivos que siempre han sido el fundamento de los

sistemas de salud, en años recientes la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto dos objetivos fundamentales más: el trato adecuado a los usuarios y la justicia financiera (1). El presente trabajo se enfoca en el primero de estos dos últimos objetivos.

El término “trato adecuado” se refiere a lo que sucede cuando los servicios de salud se diseñan y prestan tomando en consideración las expectativas y preferencias de los usuarios en aquellos aspectos de su relación con los servicios de salud que no son propiamente médicos (2).

Para facilitar su medición, el trato se ha desagregado en ocho dominios: a) autonomía: que el usuario participe en la toma de decisiones relacionadas con su salud; b) confidencialidad: que el usuario tenga el control de quién

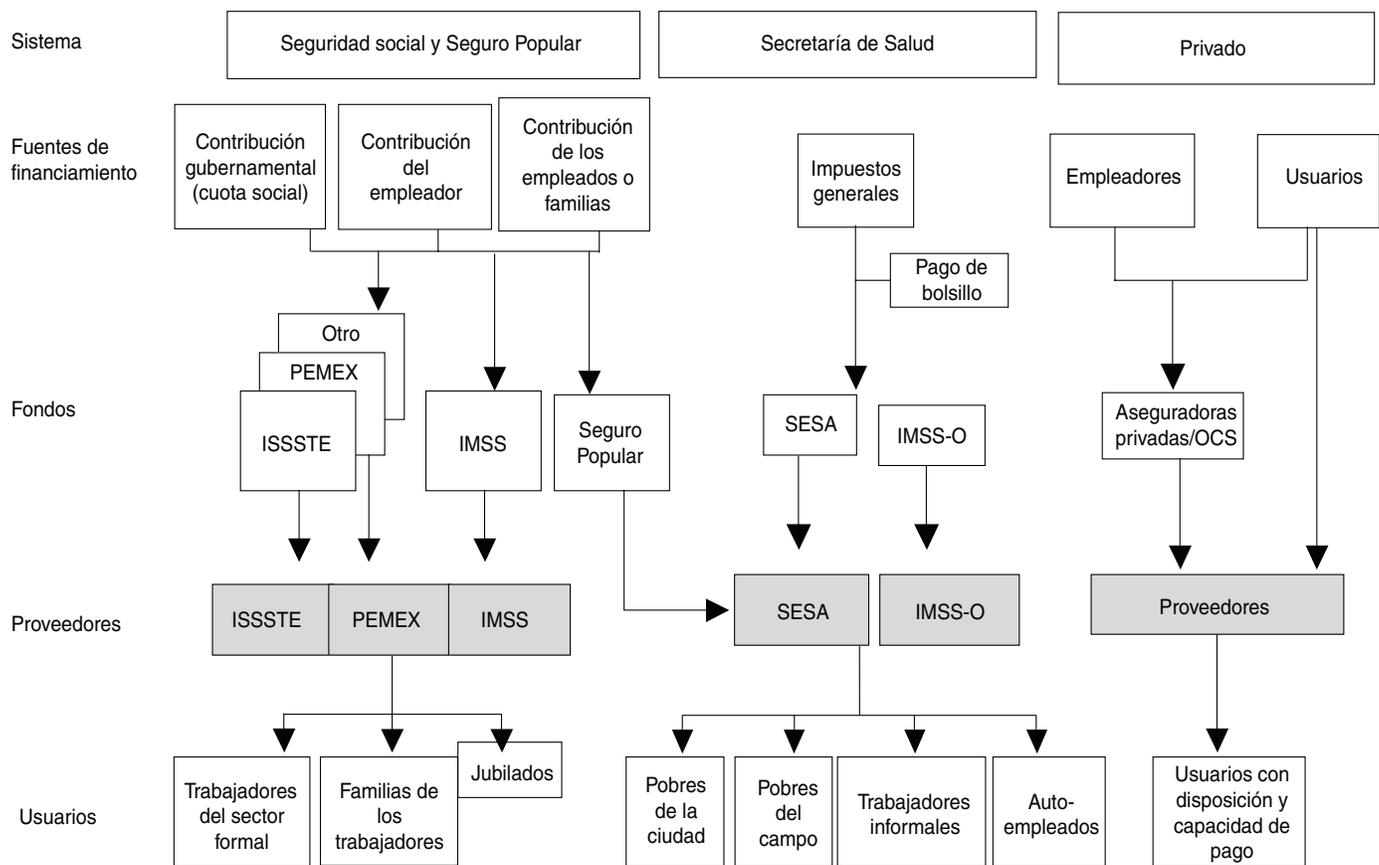
tiene acceso a la información sobre su salud; c) comunicación: que el usuario reciba toda la información que requiere sobre su estado de salud y tratamiento; d) trato respetuoso: que el usuario reciba un trato humano, goce plenamente de todos sus derechos y no reciba agravios a su dignidad; e) atención pronta: que el tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y la provisión del servicio no genere riesgos o molestias además de las que ocasionó la búsqueda de atención; f) condiciones de las instalaciones básicas: que las características físicas de la unidad de servicio, como limpieza, amplitud e iluminación, sean apropiadas; g) acceso a redes de apoyo social: que el usuario que recibe atención hospitalaria no pierda el contacto con su entorno social mientras está hospitalizado; y h) capa-

cidad de elección: que el usuario pueda seleccionar al proveedor primario del servicio. Estos dominios fueron identificados, seleccionados y definidos por grupos de expertos provenientes de diferentes contextos culturales convocados por la OMS con el fin explícito de integrar en el concepto de trato adecuado los aspectos más relevantes de la relación de los usuarios con el sistema de salud (3).

En este artículo se evalúa el grado en que los distintos proveedores públicos de servicios de salud de México cumplen con el objetivo de ofrecer un trato adecuado. El sistema mexicano de salud está constituido por tres grandes componentes (figura 1) (4):

- La seguridad social, que atiende a los trabajadores asalariados de los

FIGURA 1. Estructura del sistema de salud en México, 2005^a



^a IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; SESA: servicios administrados por la Secretaría de Salud del gobierno federal y las secretarías estatales; IMSS-O: servicios pertenecientes al Programa IMSS-Oportunidades; PEMEX: Petróleos Mexicanos; OCS: Organizaciones de Conservación de la Salud.

sectores público y privado de la economía. Las principales instituciones de seguridad social son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

- La Secretaría de Salud, que abarca las instituciones que prestan servicios a la población no asegurada, en su mayoría pobres del campo y de la ciudad. Las instituciones más importantes de este componente son los servicios administrados por la Secretaría de Salud (SESA) —ya sean del Gobierno Federal o de las secretarías de salud de los Estados— y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O).
- Sector privado, formado por muy diversos prestadores de servicios que por lo general trabajan en consultorios, clínicas, hospitales y unidades de medicina tradicional bajo un esquema lucrativo.

En 2004 se sumó al Sistema Nacional de Salud el Seguro Popular de Salud (SPS), que irá incorporando paulatinamente a la población no asegurada hasta alcanzar en el año 2010 la cobertura universal. Como se muestra en la figura 1, a diferencia de lo que sucede con las instituciones de seguridad social, el SPS no cuenta con unidades propias y sus afiliados se atienden en los SESA.

Se ha demostrado que los distintos proveedores públicos de servicios de salud tienen desempeños muy diferentes, tanto en sus resultados clínicos como en el trato que ofrecen a sus usuarios. En 2004 se publicó un trabajo sobre el trato adecuado en México en el que se documentó que el proveedor de servicios es el principal factor determinante de la calidad del trato que reciben los usuarios (5). Uno de los informes regulares elaborados por la Secretaría de Salud de México también expuso las importantes diferencias encontradas en la calidad técnica y en las relaciones interpersonales de los servicios públicos de salud que se ofrecen en el país (6). No obstante, esos trabajos se elaboraron a partir de la información obtenida en los hogares, lo que puede provocar

sesgos de memoria y dificulta la identificación de las personas que utilizaron los servicios de salud más recientemente. La finalidad de este trabajo fue documentar que las diferencias en el trato recibido por los usuarios de los servicios de salud en México dependen principalmente del proveedor, independientemente de las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

MATERIALES Y MÉTODOS

La información presentada en este trabajo se obtuvo mediante la Encuesta de Satisfacción y Trato Adecuado (ENSATA 2005), cuyo levantamiento se realizó en los meses de marzo y abril de 2005 en 13 estados de México (Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, México, Michoacán, Puebla, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz y Yucatán) (7). Esta encuesta forma parte de un estudio más amplio destinado a evaluar el SPS en todo el país y su financiamiento se obtuvo de los fondos que el Sistema de Protección Social en Salud destina para actividades de evaluación e información. El cuestionario utilizado contenía preguntas dirigidas a recabar información sobre el trato, la satisfacción, el abasto de medicamentos y la seguridad de los pacientes, entre otros aspectos.

Las preguntas destinadas a la calificación del trato formaban parte de un cuestionario desarrollado, evaluado y aplicado por la OMS y que se había utilizado al menos en tres encuestas previas efectuadas en México (7). Las preguntas fueron de tipo ordinal, con cinco opciones de respuesta que iban de “muy malo” a “muy bueno” y básicamente consistían en pedir a los usuarios que calificaran la forma en que la institución se había desempeñado en siete de los ocho dominios de trato (autonomía, confidencialidad, comunicación, trato respetuoso, condiciones de las instalaciones básicas, acceso a redes de apoyo social y capacidad de elección). Adicionalmente, en el cuestionario se incluyó una serie de viñetas con el objetivo de valorar las expectativas de los usuarios. Las viñetas eran historias ficticias rela-

cionadas con cada uno de los dominios de trato —también desarrolladas y validadas por la OMS— que habían sido probadas en estudios previos efectuados en México. Las calificaciones que dieron los usuarios a las viñetas permitieron conocer cómo valoraban los diferentes niveles de desempeño en materia de trato. Se puede encontrar más información sobre el uso de las viñetas y los procedimientos estadísticos que permiten analizar esa información en la literatura específica sobre el tema (8–10).

El dominio “atención pronta” se evaluó mediante la medición del tiempo de espera, por lo que no se aplicó la metodología descrita y no se analiza en este documento. Por su parte, el dominio “condiciones de las instalaciones básicas” se evaluó mediante la percepción de la limpieza de las unidades, por lo que los resultados en este caso deben interpretarse solamente en ese sentido y no reflejan todos los elementos relacionados con ese dominio del trato.

Se entrevistó a 6 008 usuarios de 88 clínicas de atención ambulatoria y 12 010 de 73 hospitales, todos del IMSS, el ISSSTE, el IMSS-O o los SESA. Los estados donde se efectuó el levantamiento de la información se seleccionaron por conveniencia. El proceso de muestreo partió de la definición del tamaño total de la muestra, para lo cual se estimó un porcentaje de aprobación de los dominios de trato de 85% y un error máximo de 2%. Posteriormente, el tamaño total de la muestra se estratificó entre las instituciones de acuerdo con el volumen de servicios que brindaba cada una de ellas; los usuarios se seleccionaron de manera aleatoria mediante un muestreo sistemático por institución. El porcentaje de falta de respuesta fue menor de 3.

Para calcular el porcentaje de aprobación, se consideró que un dominio era aprobado cuando los usuarios calificaban el desempeño en esa área como bueno o muy bueno. Para determinar la significación estadística de las diferencias entre las proporciones se utilizó la prueba de la ji al cuadrado. Finalmente, se aplicó un modelo estadístico multifactorial denominado CHOPIT, derivado de los modelos probit ordinales, que permitió ajustar las respuestas

de los usuarios según las variables sociodemográficas (sexo, edad, escolaridad, tipo de proveedor de servicios de salud y expectativas de los usuarios) y la información obtenida de las viñetas. Esto último permitió hacer comparaciones más justas entre los diferentes proveedores de servicios públicos de salud (9). Para facilitar la interpretación, los resultados obtenidos con el modelo se transformaron en una escala de 0 a 100, definiendo para cada uno de los dominios dos valores que pudieran identificar claramente los desempeños máximo y mínimo. Estos valores se obtuvieron a partir del análisis de la propia distribución de la variable continua ajustada, de los puntos de corte y de los valores promedio de las viñetas. Una vez hecho esto, a cada valor observado se le restó el valor mínimo y el resultado se dividió entre el recorrido de la distribución de la variable y se multiplicó por 100.

Adicionalmente se realizaron análisis mediante regresión lineal a fin de identificar posibles asociaciones entre las siete variables de resultado estudiadas y algunas variables explicati-

vas. En todos los casos se calcularon intervalos de confianza de 95% para las estimaciones. Se aplicó un nivel de significación de 0,05.

RESULTADOS

En el cuadro 1 se exponen algunas de las principales características de la muestra estudiada. Como puede observarse, la mayor parte de los usuarios fueron mujeres. Se encontraron diferencias entre las instituciones estudiadas en cuanto a la escolaridad, la edad y el motivo de consulta ($P < 0,01$). En ese sentido, los usuarios del IMSS y el ISSSTE tuvieron un promedio de edad mayor, los del ISSSTE tuvieron el mayor nivel de escolaridad y una mayor proporción de los servicios brindados por el IMSS-O estuvieron relacionados con la atención del parto y del embarazo.

En general, los porcentajes de aprobación para los siete dominios de trato adecuado analizados en este trabajo fueron altos, con una tendencia a ser mayores en la atención ambulatoria

con respecto a la atención hospitalaria (cuadro 2).

La comparación entre los dominios mostró que la capacidad de elección y la limpieza de la unidad fueron los que tuvieron menor aprobación en todas las instituciones y que el trato respetuoso y la confidencialidad tuvieron niveles de aprobación particularmente altos. No obstante, este último dominio mostró cifras muy diferentes según el tipo de atención, con valores notablemente bajos en la atención hospitalaria, excepto entre los usuarios del IMSS-O (cuadro 2).

El análisis por instituciones mostró claramente que los servicios de seguridad social (IMSS e ISSSTE) presentaron niveles de aprobación inferiores a los de los SESA y los del programa destinado a las comunidades pobres (IMSS-O), particularmente en los dominios de comunicación y capacidad de elección del proveedor ($P < 0,05$). En cuanto al trato respetuoso y la confidencialidad, las diferencias fueron menores, aunque estadísticamente significativas a favor de los SESA ($P < 0,05$).

CUADRO 1. Características de la muestra, en porcentajes, según el proveedor y el tipo de atención, México, 2005^a

Características	Atención ambulatoria (n = 6 008)				Características	Atención hospitalaria (n = 12 010)			
	IMSS n = 2 251	ISSSTE n = 964	SESA n = 2 253	IMSS-O n = 540		IMSS n = 4 690	ISSSTE n = 1 308	SESA n = 5 014	IMSS-O n = 998
Sexo					Sexo				
Mujeres	67,5	69,7	74,3	75,9	Mujeres	72,7	72,1	75,9	78,6
Hombres	32,5	30,3	25,7	24,1	Hombres	27,3	27,9	24,1	21,4
Edad (años)					Edad (años)				
0-4	4,7	2,8	13,6	13,7	0-4	4,3	1,7	3,1	4,9
5-14	5,2	5,1	13,5	11,9	5-14	4,5	3,2	4,6	4,2
15-29	16,0	11,8	25,2	27,4	15-29	31,9	15,7	48,2	49,0
30-44	19,0	25,3	22,6	25,0	30-44	23,4	27,8	23,6	20,4
45-64	32,0	38,2	18,0	16,9	45-64	19,2	28,6	12,5	12,8
65 ó más	23,1	16,8	7,1	5,2	65 ó más	16,6	23,0	8,0	8,6
Escolaridad					Escolaridad				
Ninguna	17,5	10,7	30,2	31,1	Ninguna	15,0	8,6	17,2	22,7
Primaria	39,4	26,6	39,8	45,7	Primaria	32,7	27,8	42,2	42,6
Secundaria	18,2	14,3	20,3	18,1	Secundaria	23,0	14,0	25,9	22,3
Media	18,7	27,4	8,2	4,6	Media	21,3	26,8	11,9	10,0
Superior	6,2	21,1	1,5	0,4	Superior	8,0	22,8	2,8	2,4
Motivo de consulta					Motivo de consulta				
Infección respiratoria	13,1	16,9	21,1	18,5	Parto	26,9	17,2	42,6	44,0
Diabetes	15,2	9,9	9,1	9,1	Cirugía	18,8	31,4	15,2	14,5
Hipertensión	18,6	16,5	4,4	6,3	Diabetes	3,8	4,3	2,6	3,4
Lesiones	4,3	6,8	1,6	3,3	Lesiones	6,0	5,9	9,8	7,7
Control del embarazo	4,2	2,6	9,3	13,3	Problemas cardíacos	3,4	5,9	2,1	2,1

^a IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; SESA: servicios administrados por la Secretaría de Salud del gobierno federal y las secretarías estatales; IMSS-O: programa IMSS-Oportunidades.

CUADRO 2. Porcentajes de aprobación (y sus correspondientes intervalos de confianza de 95%) para siete dominios de trato adecuado, según el tipo de proveedor^a y el tipo de atención. México, 2005

Variables	IMSS		ISSSTE		SESA		IMSS-O	
	Ambulatoria (n = 2 251)	Hospitalaria (n = 4 690)	Ambulatoria (n = 964)	Hospitalaria (n = 1 308)	Ambulatoria (n = 2 253)	Hospitalaria (n = 5 014)	Ambulatoria (n = 540)	Hospitalaria (n = 998)
Autonomía	84,6 (83,1–86,1)	82,8 (81,7–83,9)	83,5 (81,1–85,9)	80,7 (78,6–82,9)	87,9 (86,6–89,3)	80,0 (78,9–81,1)	88,3 (85,6–91,0)	85,4 (83,2–87,6)
Comunicación	87,4 (86,0–88,8)	83,2 (82,1–84,3)	89,5 (87,6–91,5)	87,6 (85,8–89,4)	95,1 (94,2–96,0)	84,0 (82,9–85,0)	95,7 (94,0–97,4)	94,3 (92,8–95,7)
Trato respetuoso	94,5 (93,5–95,4)	94,3 (93,6–95,0)	95,8 (94,6–97,1)	96,0 (95,0–97,1)	97,8 (97,2–98,4)	95,1 (94,5–95,7)	97,6 (96,3–98,9)	98,1 (97,2–98,9)
Confidencialidad	96,4 (95,7–97,2)	85,5 (84,5–86,5)	96,4 (95,2–97,6)	88,4 (86,6–90,1)	98,0 (97,4–98,6)	81,3 (80,2–82,4)	96,8 (95,4–98,3)	94,7 (93,3–96,1)
Capacidad de elección	74,8 (73,0–76,6)	75,7 (74,5–76,9)	77,2 (74,5–79,8)	76,4 (74,1–78,7)	88,4 (87,1–89,7)	78,5 (77,4–79,7)	82,7 (79,5–85,9)	84,0 (81,7–86,2)
Limpieza en la unidad	74,1 (72,2–75,9)	71,2 (69,9–72,5)	76,8 (74,1–79,4)	67,0 (64,5–69,6)	77,2 (75,5–78,9)	84,9 (84,0–86,0)	94,2 (92,3–96,2)	91,7 (90,0–93,4)
Redes de apoyo social	NA ^b	80,2 (79,0–81,3)	NA	79,3 (77,1–81,5)	NA	78,0 (76,9–79,2)	NA	95,0 (93,6–96,3)

^a IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; SESA: servicios administrados por la Secretaría de Salud del gobierno federal y las secretarías estatales; IMSS-O: servicios pertenecientes al programa IMSS-Oportunidades.

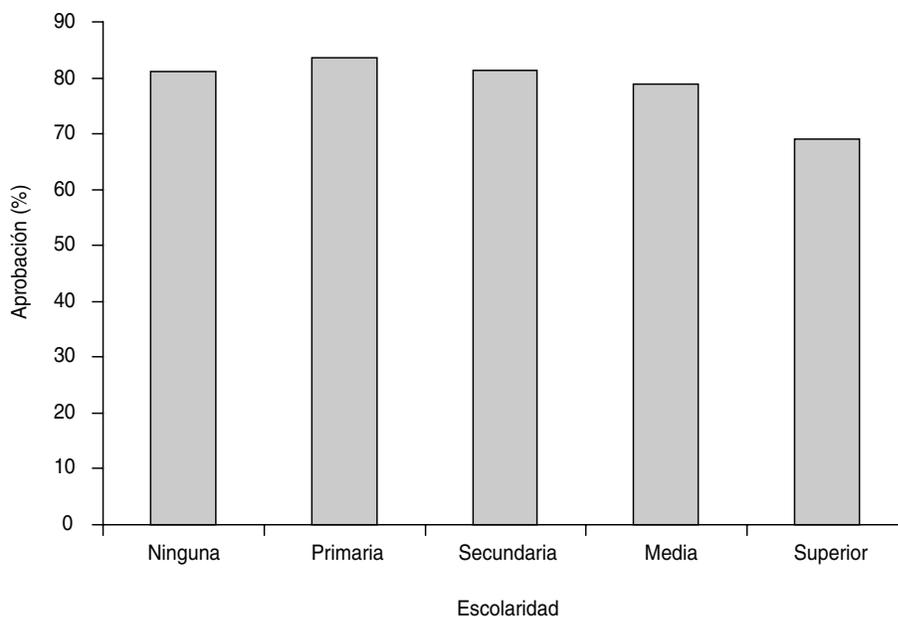
^b NA: no se aplica. El acceso a redes de apoyo social evalúa si los pacientes pierden el contacto con sus redes sociales cuando están hospitalizados, por lo que no se aplica en la atención ambulatoria.

Debido a que los niveles de aprobación están asociados con variables que no se distribuyeron homogéneamente entre las diversas instituciones, se realizó el ajuste de los resultados brutos. El análisis realizado demostró que el porcentaje de aprobación fue 15 puntos porcentuales menor entre los usuarios con educación superior que entre los que solo tenían educación primaria (figura 2). Por otro lado, el porcentaje de usuarios con educación superior fue mucho menor en el IMSS-O y los SESA que en el ISSSTE y el IMSS.

El análisis multifactorial demostró que las calificaciones correspondientes a la atención ambulatoria fueron mejores que las que se otorgaron durante los cuidados hospitalarios, excepto para los dominios de confidencialidad en el IMSS-O, de limpieza en los SESA y de trato respetuoso en el ISSSTE y el IMSS-O, en los que las puntuaciones durante la atención hospitalaria fueron superiores a las obtenidas durante la atención ambulatoria ($P < 0,05$).

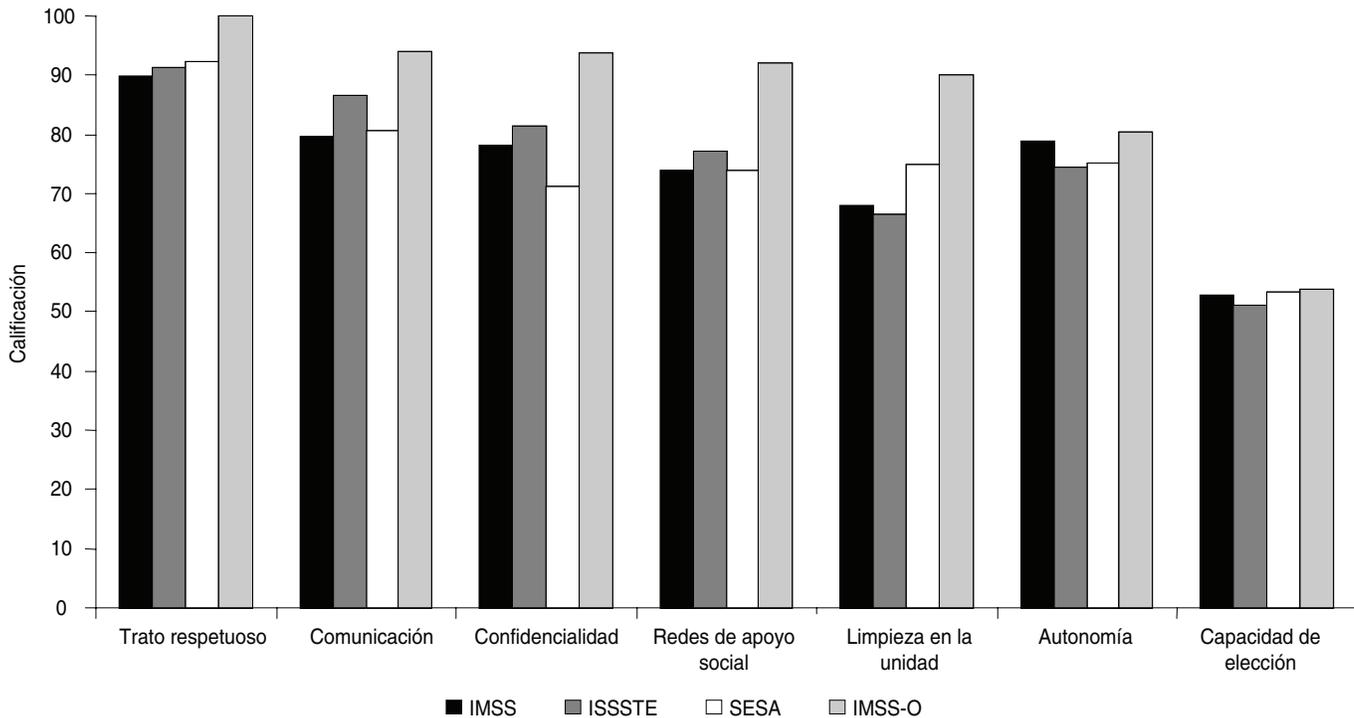
Otro efecto del ajuste fue la disminución de la variabilidad de las estimaciones, lo que indica que parte de las diferencias en las cifras brutas estaba relacionada con las variables uti-

FIGURA 2. Porcentaje de aprobación de la capacidad de elección según la escolaridad de los usuarios. México, 2005



lizadas en el ajuste y con las expectativas de los usuarios. Esto llevó a que las diferencias fueran estadísticamente significativas en la mayoría de los dominios. De acuerdo con estos

resultados, el principal factor determinante del trato recibido fue el tipo de institución, independientemente de las características socioeconómicas de los usuarios. Las menores cali-

FIGURA 3. Calificaciones (en una escala de 0 a 100) ajustadas para siete dominios de trato, según el proveedor de servicios de salud en la atención hospitalaria^a, México, 2005

^a IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; SESA: servicios administrados por la Secretaría de Salud del gobierno federal y las secretarías estatales; IMSS-O: servicios pertenecientes al programa IMSS-Oportunidades.

ficaciones se observaron en las instituciones de la seguridad social, con excepción de los dominios de confidencialidad y autonomía en la atención hospitalaria, en los que superaron a los SESA ($P < 0,05$). Debe destacarse el alto nivel de desempeño que, de acuerdo con estos resultados, presentaron los servicios del IMSS-O en materia de trato adecuado.

La figura 3 permite hacer una comparación entre los diferentes dominios del trato adecuado en la atención hospitalaria. Como se puede observar, los dominios con mejores calificaciones en general fueron el trato respetuoso y la comunicación, aunque esta última no resultó tan bien calificada en el IMSS (< 80 puntos). Los dominios con peor desempeño fueron la capacidad de elección y la limpieza de la unidad, con la excepción del IMSS-O, que recibió una calificación de 90,1 puntos. Este patrón por dominios fue similar en todos los proveedores, aunque la

confidencialidad recibió calificaciones particularmente bajas en los SESA.

El IMSS recibió una buena calificación en el dominio de trato respetuoso durante la atención ambulatoria (92 puntos) y su menor calificación fue en la capacidad de elección del proveedor en el ámbito hospitalario (52,9 puntos). El ISSSTE obtuvo su mejor calificación en el trato respetuoso durante la atención hospitalaria (91,2 puntos), mientras que su peor desempeño también se presentó en la capacidad de elección durante la atención hospitalaria (51 puntos). El trato respetuoso también fue el mejor dominio en el IMSS-O y los SESA. En los SESA, la menor calificación correspondió a la confidencialidad (71,2 puntos), mientras que en el IMSS-O correspondió a la capacidad de elección, ambas en el ámbito hospitalario (53,9 puntos).

Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas ($P < 0,05$) entre la comunicación y el sexo de los usuarios,

ya que según los resultados, los hombres consideraron haber tenido mejor comunicación que las mujeres. También se observó que el trato respetuoso, la comunicación y el apoyo social tuvieron una asociación significativa inversa con respecto al nivel educacional ($P < 0,05$).

El modelo utilizado para el análisis permitió conocer las expectativas de los usuarios en las diferentes instituciones. La principal variable asociada con las expectativas fue el tipo de institución y se comprobó que las expectativas de los usuarios del IMSS fueron mayores ($P < 0,05$) que las de los usuarios de otras instituciones en la mayoría de los dominios donde se encontraron diferencias significativas. Por el contrario, los usuarios del IMSS-O presentaron las menores expectativas. La única otra variable que mostró algún tipo de asociación con las expectativas que los usuarios tenían con respecto al trato recibido fue la escolaridad, aun-

que su asociación se evidenció solo en los dominios de comunicación y de capacidad de elección.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que el principal factor que determinó la percepción de los usuarios sobre el trato que recibieron en los servicios de salud en México fue el proveedor. La muestra más clara de esta relación es la pérdida de significación estadística de algunas asociaciones o su cambio de sentido cuando en el modelo multifactorial se incorporó la variable de la institución. En el caso de la autonomía, por ejemplo, se encontró una asociación inversa con la educación. Sin embargo, esta asociación se tornó positiva y estadísticamente significativa cuando se incorporó la institución como variable de control.

Las prácticas dentro de cada una de las instituciones proveedoras de servicios de salud que se han analizado en este trabajo están determinadas en gran medida por estrategias institucionales vigentes desde hace mucho tiempo, cuando el concepto de usuario no era habitual y se atendía a “pacientes”, término que resalta el carácter pasivo de este y la naturaleza asimétrica de su relación con el personal de salud (11). En ese contexto, los dominios de autonomía y comunicación son los que permiten evaluar mejor si al usuario se le proporciona toda la información necesaria y requerida y si se le permite ejercer su libertad para participar en las decisiones que se toman con respecto a su salud.

En este trabajo, la comunicación en la atención ambulatoria obtuvo calificaciones de 80 puntos o más en todos los casos y de más de 90 en los SESA y el IMSS-O. La autonomía en la atención ambulatoria, por su parte, solo recibió calificaciones por debajo de 80 puntos en los servicios del ISSSTE. En la atención hospitalaria (figura 3), la autonomía se ubicó en general entre los dominios con menor calificación, solo superada por la capacidad de elección. En el caso de la autonomía, se observó que las calificaciones entre

instituciones fueron bastante homogéneas, por lo que puede suponerse que la oportunidad de participar en las decisiones está más determinada por el perfil de los médicos y por el modelo médico predominante que por factores atribuibles a las estructuras organizativas de las distintas instancias proveedoras de servicios de salud.

Con relación a la comunicación, las calificaciones obtenidas por los SESA y el IMSS-O fueron muy superiores a las de los proveedores de la seguridad social (IMSS e ISSSTE). Entre las razones que pueden explicar este hecho se destaca la grave saturación de los servicios en algunas clínicas del IMSS e ISSSTE, que impide dedicarle el tiempo suficiente a cada usuario. Para tener una idea de la magnitud de esta saturación baste mencionar que según las cifras más recientes, en el IMSS se ofrecen hasta 30 consultas diarias por consultorio, cifra dos veces superior a la de los SESA (6).

Estudios anteriores identificaron problemas en el trato brindado en las clínicas y los hospitales de la seguridad social (12). Sin embargo, con la metodología empleada en esas investigaciones no era posible determinar el papel que desempeñaban las expectativas de los usuarios en esos resultados. Como se demostró en este trabajo, los usuarios de las grandes instituciones de seguridad social suelen tener mayor nivel educacional y, por lo tanto, conocen mejor sus derechos. Al controlar los resultados según las características socioeconómicas de los usuarios, se confirmó que los del IMSS suelen tener mayores expectativas con respecto al trato que deben recibir. Con la metodología empleada en este trabajo se controló el efecto de dichas expectativas, por lo que se puede afirmar que, efectivamente, los servicios médicos de la seguridad social ofrecen un trato de menor calidad.

Algunos autores le han asignado al trato la clasificación de “componente interpersonal de la calidad” para diferenciarlo de la calidad técnica en la atención médica (13). Otros autores, como Blumenthal, consideran que el trato es parte del proceso de atención, apoyándose en el marco propuesto

por Donabedian, según el cual la calidad se descompone en las dimensiones de estructura, proceso y resultado (14). Ambas clasificaciones dificultan definir correctamente el lugar que le corresponde al trato adecuado, ya que algunos dominios de este concepto —como la calidad de las instalaciones básicas— pueden ubicarse mejor en la dimensión de estructura y otros, como la capacidad de elección, no pueden ubicarse ni en el componente interpersonal ni en el técnico. La desagregación del concepto de trato adecuado en ocho dominios permitió valorar más objetivamente los diferentes elementos que intervienen en los servicios de salud y es una propuesta más viable para evaluar la calidad de las relaciones entre los usuarios y los proveedores en los aspectos que no son médicos. Los índices agregados de trato no permiten identificar las áreas que requieren mayor atención.

Es un hecho que el trato influye decisivamente en la calidad de los servicios brindados por los diferentes proveedores. Lo habitual es analizar la percepción de los usuarios con respecto a la calidad de los servicios recibidos mediante encuestas de satisfacción. Sin embargo, estas encuestas no permiten identificar cuál de los elementos que intervienen en la relación entre los usuarios y los proveedores determina la satisfacción o la insatisfacción. Esto se debe a que es el resultado de la interacción de múltiples variables asociadas tanto con el trato recibido como con la efectividad de las intervenciones médicas (15). Además, el grado de satisfacción suele estar fuertemente influido por las expectativas y por el perfil social de los usuarios (16). Los presentes resultados avalan esa afirmación, ya que las personas con mayor nivel educacional tendieron a asignar menores calificaciones. Además, en las encuestas aplicadas en el ámbito clínico se suelen observar mayores calificaciones, ya que los usuarios temen ser víctimas de algún tipo de represalia si critican el servicio recibido. Además, la evaluación del trato mediante el informe de los usuarios puede generar sesgos ocasionados por una interpretación diferente de los cuestionarios aplicados.

Sin perder de vista las consideraciones anteriores, se puede afirmar que en el presente trabajo se superó la mayoría de esas limitaciones, ya que el procedimiento empleado permitió delimitar claramente las áreas con desempeño pobre y las que funcionaban adecuadamente. Además, el ajuste de los resultados según las expectativas de los usuarios permitió comparar más objetivamente el desempeño de los diferentes proveedores públicos de servicios de salud.

El estudio del desempeño en materia de trato no solo tiene implicaciones prácticas para la reorganización de los servicios de salud, sino que también plantea problemas éticos, ya que estudios previos concluyeron que los proveedores privados ofrecían mejor trato a sus usuarios, lo que implicaba que se daba un trato adecuado solamente a quien lo podía pagar, mientras que los usuarios que se veían obligados a aten-

derse en las instituciones públicas de salud recibían un trato inferior (5, 17).

En resumen, los resultados mostrados permiten arribar a algunas conclusiones. En primer lugar, se encontraron diferencias importantes en la forma en que los diferentes proveedores públicos de servicios de salud de México tratan a sus usuarios, independientemente de las características socioeconómicas de los usuarios. Para sorpresa de muchos, fueron los proveedores de las instituciones de la seguridad social los que mostraron deficiencias en este sentido. Una segunda conclusión es que el trato respetuoso fue un dominio que obtuvo calificaciones altas en el caso de todos los proveedores. Finalmente, algunos dominios con desempeño deficiente —como la comunicación en las instituciones de seguridad social o la capacidad de elección en el caso de todos los proveedores— deben mejorarse me-

dante modificaciones organizativas, ya que no se ven únicamente determinados por el perfil del personal de salud, sino también por la forma en que está estructurado el sistema de salud en México.

Tomando en cuenta que el trato adecuado es un importante factor determinante de bienestar y de satisfacción y que los usuarios satisfechos suelen tener más incentivos para buscar atención cuando la requieren y para adherirse a los tratamientos prescritos, mejorar el trato que se ofrece en los servicios de salud en México es una asignatura pendiente que no puede postergarse. En este sentido, la información presentada aquí puede ayudar a mejorar la equidad en el sistema mexicano de salud y contribuir a modificar o eliminar algunos factores que dificultan la utilización adecuada de esos servicios y que pueden afectar a la salud de la población a largo plazo.

REFERENCIAS

- Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull WHO*. 2000;78(6):717-31.
- Valentine N, De Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CJ, Evans DB. Health system responsiveness: concepts, domains and operationalization. En: Murray CJ, Evans DB, eds. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva: World Health Organization; 2003. Pp. 573-96.
- World Health Organization. Technical consultation on concepts and methods for measuring the responsiveness of health systems. En: Murray CJ, Evans DB, eds. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva: World Health Organization; 2003. Pp. 115-23.
- Gómez-Dantés O. Health reform and policies for the poor in Mexico. En: Lloyd-Sherlock P, ed. *Healthcare reform and poverty in Latin America*. London: Institute of Latin America Studies, University of London; 2000. Pp. 129-42.
- Puentes-Rosas E, Ruelas E, Martínez-Monroy T, Garrido-Latorre F. Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios. *Salud Publica Mex*. 2005;47(supl 1):s12-21.
- Estados Unidos Mexicanos, Secretaría de Salud. *Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas*. México, D.F.: Secretaría de Salud; 2005.
- Estados Unidos Mexicanos, Secretaría de Salud. *Encuesta de Satisfacción y Trato Adecuado*. México 2005. Disponible en <http://evaluacion.salud.gob.mx/publicaciones/tratoadecuado.pdf>. Acceso el 7 de junio de 2006.
- Salomon J, Tandon A, Murray CJ. Comparability of self-rated health: cross sectional multicountry survey using anchoring vignettes. *BMJ*. 2004;328(7434):258.
- King G, Murray CJL, Salomon JA, Tandon A. Enhancing the validity and cross-population comparability of measurement in survey research. *Am Polit Sci Rev*. 2004;97(4):1-17.
- Salomon J, Tandon A, Murray CJ. Unpacking health perceptions using anchoring vignettes. En: Murray CJ, Evans DB, eds. *Health system performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva: World Health Organization; 2003. Pp. 401-8.
- Charles C, Gafni A, Whelen T. Shared decision making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*. 1997;44:681-92.
- Ramírez-Sánchez T, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex*. 1998;40:3-12.
- Haas-Wilson D. The relationship between the dimensions of health care quality and price: the case of eye care. *Med Care*. 1994;32: 175-82.
- Blumenthal D. Part 1: Quality of care—what is it? *N Engl J Med*. 1996;335:891-3.
- Avis M, Bond M, Arthur A. Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatient clinics. *Soc Sci Med*. 1997; 44(1):85-92.
- Murphy-Cullen CL, Larsen LC. Interaction between the socio-demographic variables of physicians and their patients: its impact upon patient satisfaction. *Soc Sci Med*. 1984;19: 163-6.
- Organisation for Economic Cooperation and Development. *OECD reviews of health systems—Mexico*. Paris: OECD; 2005.

Manuscrito recibido el 13 de febrero de 2006 Aceptado para publicación, tras revisión, el 18 de mayo de 2006.

The treatment received by public health services users in Mexico

ABSTRACT

Objective. To document the fact that differences in the treatment received by health services users in Mexico are mainly dependent on the type of provider, regardless of the users' socioeconomic status.

Methods. The data were obtained by means of a survey of 18 018 users who visited 73 health services in 13 states within Mexico. They were asked to grade the way the institution had performed in seven of the eight domains that define appropriate user treatment (autonomy, confidentiality, communication, respectful manner, condition of basic facilities, access to social assistance networks, and free user choice). The questionnaire included some vignettes to help determine user expectations. A composite ordinal probit model was applied; the perception of quality in connection with each of the appropriate treatment domains was the independent variable, whereas gender, educational level, age, type of provider, and user expectations were used as control variables.

Results. The type of provider was the main factor that determined users' perceptions regarding the treatment they received when visiting health services in Mexico. Institutions belonging to the social security system performed the worst, while the services provided under the program targeting the rural population (IMSS Oportunidades) received the highest scores. Overall, the domain that was most highly ranked was respectful manner, whereas the lowest score was given to the ability to choose the provider. Men felt they had been able to communicate better than women, while respectful manner, communication, and social support showed a significant negative association with educational level ($P < 0.05$).

Conclusions. Differences were noted in the way different public health service providers in Mexico treat their users, regardless of the latter's socioeconomic status. Social security system providers showed the greatest deficiencies in this respect. Respectful manner was the domain that received the highest scores in the case of all providers. Organizational changes need to be made, since the shortcomings detected are not solely determined by factors related to health personnel, but also by certain aspects of the way the health system is structured in Mexico.

Key words Quality of health care, health services research, patient satisfaction, Mexico.

International Conference on Priorities in Health Care

Dates: 20–22 September 2006
Location: Metro Toronto Convention Centre
 Toronto, Ontario, Canada

The theme of the 6th International Conference on Priorities in Health Care is "shaping priority-setting around real-life innovative practices." The conference is intended for health professionals, administrators, economists, policymakers, philosophers, ethicists, and scholars from around the world.

The conference sessions will deal with five major topics: (1) methods, approaches, and knowledge transfer in real-world priority-setting; (2) priority-setting for new technologies; (3) priority-setting in mixed public and private systems; (4) values in priority-setting; and (5) priority-setting and the interaction between micro and meso levels.

The fee for the conference is Can\$ 675 (about US\$ 602) for members of the International Society on Priorities in Health Care, and Can\$ 850 (about US\$ 758) for nonmembers.

Information:

Carolyn Farrell
 Joint Centre for Bioethics
 88 College Street
 Toronto, ON
 Canada M5G 1L4
 Telephone: 416-946-0088
 Fax: 416-978-1911
 E-mail: carolyn.farrell@utoronto.ca
 Web site: <http://www.healthcarepriorities.org>