

Síntesis Ejecutiva

9

Trato Adecuado en México: Diferencias Estatales e Institucionales

La medición de los niveles del trato que el sistema ofrece a sus usuarios muestra que las áreas donde el desempeño es mejor son las relacionadas con la calidad de las instalaciones y con la comunicación entre usuarios y proveedores. Las áreas con desempeños más pobres son las que se relacionan con la posibilidad de participar en la toma de decisiones y con la capacidad para elegir la unidad o al médico tratante. La variable más estrechamente asociada al nivel de trato ofrecido a los usuarios es la institución donde se recibe la atención. En este sentido, las instituciones con las calificaciones más bajas son el IMSS y el ISSSTE y las que muestran mejor desempeño son los servicios privados y los servicios brindados por instituciones como PEMEX, y las Fuerzas Armadas.

Subsecretaría de Innovación y Calidad
Dirección General de Evaluación del Desempeño

Autores

Esteban Puentes Rosas

Tania Martínez Monroy

Octavio Gómez Dantés

Francisco Garrido Latorre

Antecedentes

En 2002 se publicó una síntesis ejecutiva con los primeros resultados de nivel nacional en materia de Trato Adecuado, los cuales habían sido generados con una encuesta en 5,000 hogares. Las calificaciones presentadas en ese documento mostraban algunas diferencias en la magnitud de logro en los diversos dominios de trato; la autonomía y la atención pronta presentaban comportamientos particularmente deficientes. Una de las principales limitaciones de esta información radicaba en la imposibilidad de hacer desagregaciones que permitieran ubicar, por ejemplo, el origen geográfico o institucional de las principales deficiencias del sistema de salud en esta materia.

Entre noviembre de 2002 y marzo de 2003 se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED 2002-2003), la cual recogió información de más de 38,000 hogares. Con este tamaño muestral por primera vez se pudieron calcular estimaciones del nivel de trato por entidad federativa, proveedor de servicios y algunas otras variables de carácter socio-demográfico. Mostrar estos resultados es el principal objetivo de la presente síntesis, haciendo énfasis en las diferencias observadas entre los distintos proveedores de servicios.

A manera de recordatorio enlistamos a continuación los ocho dominios que componen el concepto de Trato Adecuado: (i) autonomía, (ii) trato digno, (iii) comunicación, (iv) confidencialidad, (v) atención pronta, (vi) condiciones de las comodidades, (vii) capacidad de elección del proveedor y (viii) acceso a redes de apoyo social cuando se está hospitalizado.

Metodología

La encuesta analizada contenía preguntas relacionadas con los ocho dominios de Trato Adecuado dirigidas a quien hubiera utilizado servicios de salud ambulatorios en el último año o servicios hospitalarios en los últimos cinco años. Se consideró que los individuos que calificaban como bueno o muy bueno el desempeño en cada uno de los dominios del sistema aprobaban este dominio. Con fines de una primera fase descriptiva, se usó esta definición para estimar el porcentaje de aprobación para cada uno de los dominios. Estos porcentajes fueron desagregados por las diferentes variables de interés. Posteriormente, con una metodología diseñada por la OMS, se procedió a ajustar las calificaciones originales tomando en consideración las expectativas de los usuarios. Estas calificaciones, denominadas calificaciones ajustadas de aquí en adelante, también fueron estimadas para diversos niveles de las variables de interés. En el caso de la atención ambulatoria la información permite

calcular los resultados a nivel de la institución proveedora pero en la atención hospitalaria sólo se presentan resultados diferenciándolos por servicios públicos y privados.

Resultados

Características de la población entrevistada

La mediana de edad de los informantes fue de 37 años; 58% de ellos son mujeres; 46.5% tenían estudios máximos de primaria y 23% viven en el medio rural.

Entre los individuos encuestados, 56% reportaron no tener ningún tipo de seguro médico; 32% del total informaron estar asegurados en el IMSS, y 41% manifestaron recibir servicios médicos a través de alguno de los subsistemas de seguridad social (incluido el IMSS). Sólo 1.5% de los entrevistados manifestó tener algún tipo de seguro voluntario.

Utilización de servicios de salud

La atención ambulatoria se recibió principalmente en unidades privadas (38.5%), seguida de la Secretaría de Salud (28.4%) y el IMSS (25.1%). La utilización de servicios fue notablemente más intensa en las mujeres (63.4%) que entre los hombres (50.2%). Del total de usuarios de atención ambulatoria, 52% residen en áreas metropolitanas y 24.2% en comunidades rurales. Con relación a la atención hospitalaria, los porcentajes correspondientes fueron de 57% y 19%, respectivamente.

Aprobación de los diversos componentes del Trato Adecuado

En el cuadro I se muestra el porcentaje de usuarios tanto en la atención ambulatoria como en la hospitalaria que aprobaron cada uno de los dominios del Trato Adecuado. Puede observarse que, en general, la aprobación es mayor en el caso de las mujeres, los individuos de mayor edad, los de menor escolaridad y los que habitan en zonas rurales.

En el caso de la atención ambulatoria, la proporción de individuos que aprueban el tiempo de espera (75.7%) es significativamente menor que la proporción que aprueba los otros elementos de la capacidad de respuesta. El dominio con mayor porcentaje de aprobación es la confidencialidad (88.9%), aunque el trato digno, la comunicación y las condiciones de las comodidades básicas presentan porcentajes similares.

En el caso de la atención hospitalaria, el porcentaje de aprobación más bajo correspondió a la capacidad de elección del proveedor de servicios (76.2%) y el más alto a la comunicación

(88%). Excepto en la atención pronta, en todos los dominios son mayores los porcentajes de aprobación en la atención ambulatoria que en la atención hospitalaria.

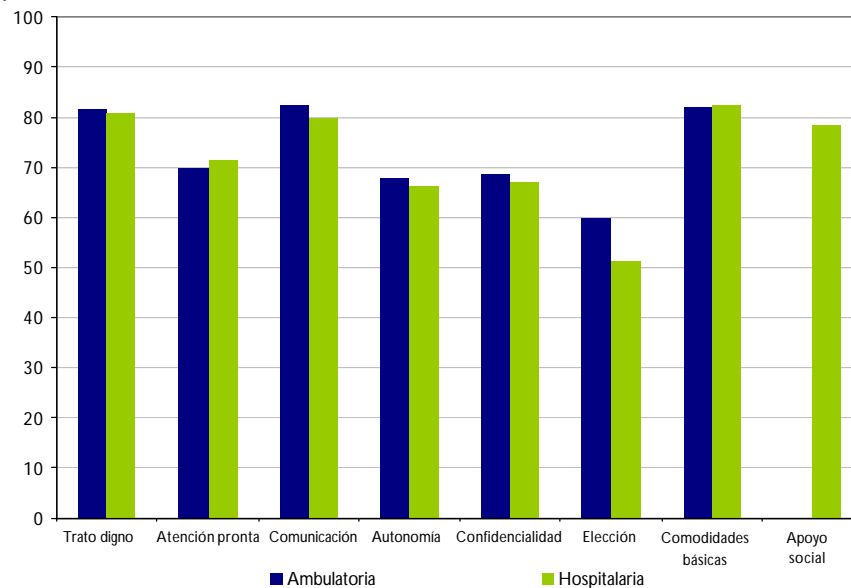
Cuadro I. Porcentajes de Aprobación para los Ocho Dominos de Trato Digno por Sexo, Escolaridad, Grupos de Edad y Estrato. México 2002.

		Trato digno		Atención pronta		Comunicación		Autonomía		Confidencialidad		Capacidad de elección		Condición de comodidades		Apoyo social
		Amb	Hosp	Amb	Hosp	Amb	Hosp	Amb	Hosp	Amb	Hosp	Amb	Hosp	Amb	Hosp	Hosp
Porcentaje nacional		88.4	87.2	75.7	81.6	88.4	88.0	85.7	83.2	88.9	86.3	82.9	76.2	88.2	86.2	84.6
Sexo	Mujeres	89.3	87.7	75.6	82.1	88.8	88.8	86.2	83.4	89.3	87.0	83.4	77.0	88.6	86.7	85.2
	Hombres	87.0	86.0	75.8	80.2	87.6	85.8	84.9	82.6	88.4	84.4	82.0	73.8	87.6	84.8	82.8
Escolaridad	Ninguna	89.7	88.1	77.7	82.7	89.3	87.6	86.0	82.4	89.4	86.5	83.8	76.9	89.5	90.8	88.6
	Básica	89.4	88.2	76.5	81.2	89.3	89.3	86.1	83.8	88.9	87.2	83.2	78.2	88.6	87.0	86.0
	Media	87.0	86.5	73.6	81.7	86.9	87.3	84.8	82.8	88.7	85.6	82.0	74.4	87.6	85.3	82.9
	Superior	88.4	84.9	78.1	82.6	88.7	85.7	87.1	83.5	89.7	85.7	83.8	75.3	86.9	81.8	81.3
Grupos de Edad	18 - 39	87.5	86.7	74.8	81.8	87.5	87.5	85.5	83.1	88.5	85.9	82.8	75.8	87.8	85.4	83.9
	40 - 59	89.8	87.5	76.8	81.2	89.4	88.0	86.2	82.4	89.1	87.3	83.7	76.9	88.3	86.8	84.9
	60 y más	89.5	89.7	76.6	81.4	90.0	90.6	85.4	85.4	90.3	87.4	81.7	77.2	89.6	89.7	87.4
Estrato	Rural	90.0	87.4	79.4	81.2	90.6	90.6	87.7	87.7	89.1	89.1	85.4	85.4	90.0	89.3	89.5
	Urbano	87.3	87.2	76.5	81.7	87.4	87.4	85.2	85.2	87.0	87.0	81.7	81.7	87.2	87.7	85.6
	A Metropolitana	88.2	87.2	73.5	81.8	87.8	87.8	85.0	85.0	89.8	89.8	82.2	82.2	87.8	84.5	82.3

Trato Adecuado

Las calificaciones ajustadas por expectativas para cada uno de los dominios, tanto en la atención ambulatoria como en la atención hospitalaria se muestran en el cuadro II y en la figura 1.

Figura 1. Calificaciones ajustadas para los dominios de trato adecuado a nivel nacional y por tipo de atención. México 2002.



Puede observarse que los valores ajustados disminuyen con relación a los porcentajes de aprobación mostrados en el cuadro anterior. Los dominios que obtienen calificaciones más bajas son la capacidad de elección, particularmente en la atención hospitalaria, la confidencialidad y la autonomía. La comunicación, el trato digno y las condiciones de las comodidades, por su parte, obtienen calificaciones por arriba de 80 en una escala 0-100.

Las calificaciones por sexo son consistentemente más altas en las mujeres, aunque en el caso de la atención ambulatoria las diferencias sólo son estadísticamente significativas para los dominios de trato digno, autonomía y confidencialidad. En la atención hospitalaria las diferencias entre sexos son significativas en trato digno, atención pronta, autonomía, confidencialidad, apoyo social y, de manera destacada, capacidad de elección.

En el caso de la edad la tendencia es más clara en la atención hospitalaria, el desempeño es mejor en todos los dominios conforme se incrementa la edad y todas las diferencias son estadísticamente significativas. En la atención ambulatoria, por su parte, el patrón es similar y las diferencias también son significativas con excepción de la comunicación, la capacidad de elección y las condiciones de las comodidades básicas.

Cuadro II. Calificaciones Ajustadas para los Ocho Dominios de Trato Digno por Sexo, Escolaridad, Grupos de Edad y Estrato. México 2002.

		Trato digno		Atención pronta		Comunicación		Autonomía		Confidencialidad		Capacidad de elección		Condición de comodidades		Apoyo social
		Amb	Hosp	Amb	Hosp	Amb	Hosp	Amb	Hosp	Amb	Hosp	Amb	Hosp	Amb	Hosp	Hosp
Porcentaje Nacional		81.7	80.9	70.1	71.5	82.4	80.1	67.9	66.5	68.7	67.0	60.0	51.5	82.0	82.4	78.5
Sexo	Mujeres	82.2*	81.2*	70.2	71.8*	82.4	80.2	68.2*	66.9*	69.1*	67.2*	60.2	57.1*	82.2	82.3	78.8*
	Hombres	80.9*	80.3*	69.9	70.5*	82.3	80.0	67.5*	65.4*	68.1*	66.2*	59.8	54.8*	81.8	80.3	77.6*
Escolaridad	Ninguna	82.3*	81.4	70.8	72.5	82.9	81.1	68.4*	67.2	68.9	68.6	60.6	57.9	82.2	84.9*	81.1*
	Básica	81.8	80.7	70.0	71.4	82.2	80.0	67.9	66.3	68.5	67.1	59.9	56.4	81.8	82.7	78.7
	Media	81.1	80.7	69.8	71.1	82.1	79.8	67.7	66.2	68.6	66.4	59.8	56.0	82.0	81.5	77.6
	Superior	81.8	82.9*	70.9	72.7	83.2	81.5	68.5	68.3	69.9*	67.9	60.8	58.0	83.3*	82.6	79.7
Grupos de Edad	18 - 39	81.1*	80.5*	69.7*	71.1*	82.0*	79.7*	67.6*	65.9*	68.3*	66.4*	59.7*	56.1*	81.8*	81.8*	77.7*
	40 - 59	82.2*	81.3*	70.4*	71.8*	82.6	80.5*	68.1*	66.8*	69.0*	67.6*	60.3	57.0*	82.2	83.1*	79.3*
	60 y más	83.2*	83.2*	71.1*	73.5*	83.1	82.2*	68.6*	68.9*	69.7*	69.9*	60.8	59.4*	82.7	85.6*	82.5*
Estrato	Rural	81.9	80.7	70.4	71.4	82.5	80.1	68.0	66.3	68.5	67.0	60.2	56.5	81.9	82.7	78.6
	Urbano	81.7	80.6	70.1	71.2	82.3	79.9	67.9	66.1	68.6	66.7	60.0	56.2	82.0	82.2	78.1
	A Metropolitana	81.6	81.2	70.0	71.6	82.3	80.3	67.9	66.7	68.8	67.1	60.0	56.7	82.1	82.4	78.6

* Diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$)

Las diferencias más importantes se observan entre las instituciones proveedoras de servicios de salud (Cuadro III). En la atención ambulatoria las calificaciones más bajas se observan en el IMSS y en el ISSSTE. Las calificaciones más altas fueron asignadas de manera consistente a los servicios privados y a los servicios correspondientes a PEMEX, Marina y SEDENA. Los servicios de la Secretaría de Salud ocupan una posición intermedia en el desempeño

en materia de Trato Adecuado. En la atención hospitalaria, cuyas calificaciones se muestran en la parte baja del Cuadro III, los servicios privados presentan calificaciones significativa y notablemente más altas que las asignadas a los servicios de carácter público. Aquí habría que tener presente, sin embargo, la enorme heterogeneidad de los servicios privados, que incluyen hospitales de excelencia y unidades con serios problemas de calidad.

Cuadro III. Calificaciones Ajustadas para los Ocho Dominios de Atención Ambulatoria y Hospitalaria según Tipo de Institución. México2002.

Institución	Trato digno	Autonomía	Confidencialidad	Comunicación	Atención pronta	Condiciones de las comodidades	Capacidad de elección	Apoyo Social
Atención Ambulatoria								
IMSS	76.3	63.6	64.2	76.3	63.7	76.5	53.6	-
ISSSTE	78.6	63.4	66.9	78.1	64.8	79.0	55.3	-
* Otra Seguridad Social	83.2	71.2	72.4	84.2	71.3	86.2	61.6	-
SSA	80.8	67.1	67.2	81.0	69.2	80.1	58.6	-
IMSS-Oportunidades	77.2	65.5	66.8	78.8	66.3	78.9	56.9	-
Privados	86.4	71.9	72.8	88.0	75.7	87.3	65.9	-
Atención Hospitalaria								
Público	78.7	64.2	64.8	78.0	69.2	80.0	53.6	75.0
Privado	87.9	73.4	73.6	86.8	78.3	90.0	65.8	89.4

* Otra Seguridad Social se incluye PEMEX, Marina y Sedena.

En el nivel estatal, las mejores calificaciones en atención ambulatoria corresponden a Puebla (73.87), Estado de México (73.86) y Chiapas (73.85), mientras que las más bajas corresponden a Coahuila (71.29), Sonora (71.56) y Baja California Sur (71.57). Las diferencias entre las entidades con calificaciones más bajas y las que tienen las más altas son estadísticamente significativas ($p < 0.05$). En el caso de la atención hospitalaria los mejores desempeños se observan en Nuevo León (74.48), Guanajuato (74.16) y Michoacán (73.68). Las calificaciones más bajas se observan en Coahuila (71.66), Sonora (71.72) y Campeche (71.77).

Discusión

Mejorar el nivel de trato que ofrece el sistema produce una mejoría en el bienestar de la población, independientemente del nivel de salud de ésta y de las interacciones de tipo clínico que sucedan entre los usuarios y los prestadores de servicios.

Ha sido frecuentemente argumentado que las calificaciones otorgadas al trato recibido están fuertemente condicionadas por las expectativas individuales de los sujetos entrevistados. Si se mide el trato utilizando información sobre las expectativas de la población, se puede evaluar el desempeño del sistema desde una perspectiva normativa,

evitando la influencia de las perspectivas individuales en las comparaciones internacionales y subnacionales. Por el contrario, no controlar el efecto que tienen estas expectativas en el nivel de aprobación de los elementos estudiados, puede hacer que se obtengan resultados poco confiables, toda vez que desempeños más deficientes pueden ser satisfactorios para individuos con un bajo nivel de expectativas. Nuestros análisis muestran que variables como el nivel de escolaridad y el tipo de institución donde se recibió la atención médica –variables ligadas tanto a condiciones socioeconómicas como a experiencias previas- pueden condicionar las expectativas de los usuarios. A manera de ejemplo podemos mencionar que al evaluar la atención pronta se pudo observar que el sexo y el nivel de escolaridad condicionaban el nivel de expectativas de manera significativa, con valores que sugieren que las mujeres tienen expectativas más altas que los hombres y que los individuos más educados son calificadores más exigentes que los que tienen menor grado de escolaridad. En general la variable más fuertemente asociada a las expectativas con respecto a cualquiera de los dominios fue el nivel de escolaridad.

Con relación al proveedor de servicios y continuando con el ejemplo de la evaluación de la atención pronta, se observó que los usuarios del ISSSTE y de otras instituciones de seguridad social tienen expectativas significativamente más bajas que las de los usuarios del IMSS. Los usuarios de la SSA y los de servicios privados no presentan diferencias significativas con respecto a su nivel de expectativas. En algunos dominios, como es el caso de las comodidades básicas, los usuarios de servicios privados tienen expectativas más altas que los usuarios del IMSS. Las diferencias entre las expectativas mediadas por el tipo de proveedor han sido previamente documentadas y se asocian con las experiencias previas las cuales norman el tipo de atención que los usuarios consideran “aceptable”.

Las diferencias que se observan entre los altos porcentajes de aprobación del Cuadro I y las calificaciones relativamente bajas de varios dominios en el Cuadro II muestran el efecto final del modelo utilizado. De acuerdo con dichos resultados, las expectativas con respecto a dominios como la capacidad de elección y la autonomía son tan pobres que sus porcentajes de aprobación son elevados y, sin una alternativa metodológica apropiada, podrían sugerir que el desempeño del sistema es adecuado. Las calificaciones ajustadas, por el contrario, denotan un desempeño deficiente que obliga que los responsables de la prestación de servicios, los diseñadores de políticas de salud y los formadores de recursos humanos para la atención de la salud los incorporen en sus agendas a fin de diseñar estrategias tendientes a mejorar la forma en que el sistema de salud permite la elección del proveedor y la participación de los usuarios en la toma de decisiones con respecto a su salud.

Los resultados presentados en este documento permiten detectar los aspectos de la interacción entre sistema y usuario donde el primero muestra las carencias más apremiantes

y donde es necesario implementar medidas correctivas. Nuestros resultados muestran que el comportamiento de los diferentes dominios que componen el concepto de Trato Adecuado es similar al de otros países. Si bien el nivel promedio de éste puede variar, el ordenamiento de las calificaciones por dominio es similar al de la mayoría de los países evaluados hasta la fecha.

Las diferencias entre sexos también son consistentes con los hallazgos internacionales: en la mayoría de los países estudiados, las calificaciones fueron ligeramente más altas entre las mujeres.

Con relación a la ausencia de diferencias entre los habitantes de zonas urbanas y áreas rurales, puede argumentarse que, de acuerdo al diseño del estudio, se caracterizó a los entrevistados de acuerdo a su lugar de residencia. Sin embargo, no es despreciable la proporción de habitantes de zonas rurales que se tratan en unidades urbanas aledañas por lo que en realidad sus reportes estarían referidos al mismo tipo de unidades que califican los habitantes de zonas urbanas colindantes.

Una última consideración con relación a los promedios estatales. Debe enfatizarse el hecho de que las calificaciones se refieren a los servicios de salud que se prestan en cada una de las entidades como un todo y que el resultado promedio puede estar confundido por el tipo de proveedor principal al interior de la entidad. Por ejemplo, en Nuevo León el 39% de la atención hospitalaria se efectúa en unidades privadas contra una cifra de sólo 12% en Coahuila. En este último estado, por su parte, 60% de las consultas de tipo ambulatorio se realizan en unidades de seguridad social contra sólo 16% en Puebla. Tratando de ser más justos en las comparaciones estatales, en el Cuadro IV se presentan las calificaciones desagregadas por grandes rubros institucionales para cada uno de los estados. Puede verse que las posiciones relativas se modifican para cada uno de los grupos de proveedores.

Además de presentar los resultados ya descritos, uno de los objetivos del presente trabajo es incorporar el concepto de trato en el lenguaje cotidiano de todos los involucrados en el funcionamiento de los sistemas de salud. Una vez logrado este objetivo, y logrando que se otorgue al trato la importancia que indudablemente se merece, será posible impulsar las acciones necesarias para corregir las fallas que provocan que, en ciertos dominios, el trato tenga un comportamiento deficiente.

Literatura recomendada

- 1) Evans DB, Edejer TT, Lauer J, Frenk J, Murray CJ. Measuring quality: from the system to the provider. *Int J Qual Health Care* 2001; 13(6): 439-446
- 2) Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ* 2000; 78(6): 717-731
- 3) Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med* 1994; 38(4): 509 - 516.
- 4) Valentine N, De Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CJ, Evans DB. Health system responsiveness: concepts, domains and operationalization. En Murray CJ y Evans DB. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva, World Health Organization 2003; 573-596.
- 5) King G, Murray CJ, Salomon J, Tandon A. Enhancing the validity and cross-cultural comparability of measurement in survey research. *Am Pol Sci Rev* 2003; 97(4): 1-17.
- 6) Salomon J, Tandon A, Murray CJ. Comparability of self rated health: cross sectional multi-country survey using anchoring vignettes. *BMJ* 2003; 328: 258
- 7) Gostin L, Hodge J, Valentine N, Nygren-Krug H. The domains of health responsiveness. A human rights analysis. Geneva: World Health Organization, EIP Discussion paper No. 53, 2003.