

Recibido: 29 de octubre de 2001
Aceptado: 29 de noviembre de 2001

Tiempo de espera en el primer nivel para la población asegurada por el IMSS

Guadalupe Maldonado Islas,¹
Jesús Salvador
Fragoso Bernal,²
Samuel Efrén Orrico Torres,³
Modesta Flores Vásquez,⁴
Constantino Quiroz Pérez,⁵
Araceli Amada
Sandoval Priego⁶

¹Coordinadora Delegacional de Investigación en Salud

²Coordinador Clínico de Educación

e Investigación Médicas, Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 2,

³Jefe Delegacional de Prestaciones Médicas

⁴Coordinadora de Enfermería en Salud en el Trabajo, Coordinación Delegacional de Salud en el Trabajo

⁵Coordinador Clínico de Medicina Familiar, Hospital General de Subzona con Unidad de Medicina Familiar 8,

⁶Jefa de División de Medicina Familiar

Todos adscritos a la Delegación Estatal Tlaxcala, Instituto Mexicano del Seguro Social

Correspondencia:
Guadalupe Maldonado Islas.
Tel.: (01 246) 462 3800,
extensión 1036.
Correo electrónico:
gmaldonado_islas@hotmail.com
gmi@terra.com

RESUMEN

Para identificar factores asociados al tiempo de espera para recibir consulta en el primer nivel de atención de la Delegación Tlaxcala, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se realizó encuesta comparativa a 328 usuarios seleccionados aleatoriamente. Las variables independientes fueron las características sociodemográficas de los usuarios, características de la atención y expectativas del usuario sobre el tiempo ideal de espera y prioridad de calidad. Se consideraron dos grupos: usuarios que esperaron máximo 30 minutos, y usuarios que esperaron más de ese tiempo. El análisis estadístico fue descriptivo, con χ^2 , razón de momios con intervalo de confianza a 95 %, y modelo de regresión logística no condicionado. El modelo predictivo para espera mayor de 30 minutos fue no ser jubilado/pensionado (RM = 4.6), no tener cita previa (RM = 17.9) y creer que el tiempo ideal de espera es mayor a 30 minutos (RM = 2.9). Se concluye que han dado resultado las políticas de salud del IMSS respecto a la atención del jubilado/pensionado y el programa de cita previa; debe continuarse la consolidación de éstas. Cuando el usuario cree que el tiempo ideal de espera es superior a 30 minutos, no moviliza sus recursos para recibir la atención antes. Se propone fortalecer programas de educación para la salud que fomenten la participación del usuario.

SUMMARY

Objective: To identify factors related to wait time for consultation at the first level of care in user satisfaction and accessibility, as well as to determine real wait times for the population.

Material and Methods: Interviews of 328 users selected randomly and wait time measurement. Independent variables were: user sociodemographics characteristic, characteristics of care, and user expectations on ideal wait time and priority of quality. Two varieties of wait time were considered: (≤ 30 and $> 30'$). The statistical analysis was descriptive and with chi square, odds ratio (CI 95 %), and non-conditioned model of logistic regression.

Results: The related factors in wait time $> 30'$ were not pensioned (RM = 4.6), previous appointment (RMA 17.9), and to believe that ideal weight time is $> 30'$ (RM = 2.9).

Conclusions: The health policy of the IMSS during decades in cases of pensioned and program of previous appointment have given a result: both should continue, including user belief in ideal wait time of > 30 minutes causes delays in receiving care since it does not mobilize resources. We propose to strengthen programs of education for user participation in health.

Introducción

Dada la misión de las organizaciones de salud de mejorar las condiciones sanitarias de la población mediante la atención, reduciendo desigualdades, conteniendo costos y satisfaciendo a los usuarios con respecto a su autonomía y valores,^{1,3} el usuario es el personaje principal en los escenarios de la prestación de servicios, a quien se debe atender con calidad, oportunidad y eficiencia, para satisfacer sus expectati-

vas, las del prestador de servicios y las de la propia institución.^{2,4}

La calidad en servicios de salud, entendida como el grado en que ésta es mejorada de manera congruente con las normas profesionales y valores de los pacientes, es considerada por Donabedian en dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera busca los mayores beneficios para el paciente sin riesgos en la prestación. La segunda pretende respetarlo como ser humano integral buscando su satis-

Palabras clave

- ✓ satisfacción del usuario
- ✓ medicina familiar
- ✓ accesibilidad a servicios de salud

Key words

- ✓ patient satisfaction
- ✓ family practice
- ✓ health service accessibility

facción plena; dentro de esta última se encuentra el *tiempo de espera para recibir la atención* en un servicio de salud.⁵

Además, derivado del compromiso gubernamental establecido en 1978 en Alma Ata, bajo el propósito de lograr la meta *Salud para todos los ciudadanos del mundo para el año 2000*, cualquier país aspira a una cobertura de servicios de salud básicos para 100 % de la población.^{6,7} La cobertura de servicios, matizada por la accesibilidad (condición de la población para usar o ser atendido por los servicios de salud), puede ser económica, geográfica, cultural y organizacional;⁶ promoviendo la accesibilidad es como las instituciones propiciarán la utilización de sus servicios. Desde esta perspectiva, el tiempo de espera para recibir consulta constituye una barrera o condición de accesibilidad de tipo organizacional y, según Donabedian, se precisa como indicador de resultado en cuanto a la importancia de la opinión del usuario.⁴

El tiempo de espera es uno de los componentes de la satisfacción del usuario e influye en las expectativas del prestador y de la institución; al mismo tiempo, es barrera para el uso de los servicios. Algunos autores clásicos lo han propuesto como condicionante de no utilización de servicios cuando es elevado.⁸⁻¹⁰ En un análisis de estudios realizados en diversas instituciones de salud en México, Ruelas encontró que el elevado tiempo de espera es causa de insatisfacción en porcentajes que van de 26 a 29 %;¹¹ en recientes publicaciones nacionales se reafirma la misma condición.¹²⁻¹⁴

Las instituciones de salud definen el tiempo de espera para recibir atención como aquel que transcurre desde la hora de la cita programada o de la solicitud de atención por el usuario, hasta que es atendido por el médico del servicio.^{15,16} Dentro del IMSS su observación ha sido propuesta desde 1997 por la Dirección de Prestaciones Médicas, y se considera un indicador cualitativo de calidad incluido en la satisfacción del usuario, denominado promedio de tiempo de espera para recibir consulta.

Dado que la atención médica en el segundo y tercer nivel siempre es mediante cita, los tiempos de espera por lo general deberán ser mínimos y acercarse al estándar de 10 minutos. No puede encontrarse lo mismo en las unidades de primer nivel de atención, donde sólo entre 30

y 35 % de los pacientes es citado y tiene la posibilidad de esperar menos de 30 minutos; el restante 65 % solicita atención el mismo día de la consulta y es muy difícil que se le atienda dentro del tiempo estándar. En unidades de primer nivel de atención de la Delegación Tlaxcala, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se obtuvieron los siguientes valores anuales para el tiempo de espera:

	Años				Promedio general IMSS 1999
	1996	1997	1998	1999	
	30'	36'	36'	34'	79'

Comparados con el promedio institucional de 1999 (79 minutos), los obtenidos en la Delegación Tlaxcala del IMSS son adecuados y se acercan al estándar ideal de 30 minutos considerado por las instituciones de salud.¹⁶

Esta información muestra que el tiempo de espera para recibir atención médica es bueno en dicha delegación, sin embargo, no proporciona elementos para conocer los factores asociados a la demora y los tiempos de espera reales, pues no es posible que quienes solicitan consulta el mismo día reciban la atención en el tiempo estándar, además de que en instituciones de salud el tiempo de espera es elevado y corresponde a la principal causa de insatisfacción, como lo ha descrito Ramírez Sánchez en la Encuesta Nacional de Salud II.¹⁴

Ante la necesidad de ofrecer mejores servicios y tener elementos para incrementar la satisfacción de los usuarios, se decidió llevar a cabo este estudio, cuyos objetivos fueron identificar los factores relacionados con el tiempo de espera para recibir consulta en el primer nivel de atención, así como determinar los tiempos reales de espera en las unidades del primer nivel de atención en Tlaxcala.

Material y métodos

Estudio transversal comparativo cuya población de estudio estuvo integrada por derechohabientes de la Delegación Estatal Tlaxcala que acudieron a consulta de marzo a septiembre

de 1999 en las unidades de medicina familiar. El tamaño de la muestra para estudios transversales (nivel de confianza a 95 %, poder de 95 %, razón de expuesto a no expuesto de 1:1), fue de 114 (57 para cada variedad de tiempo de espera). La técnica de muestreo fue aleatoria y sistemática, con representación proporcional de días y turnos en las 16 unidades de medicina familiar de la delegación.

Se realizó entrevista a derechohabientes usuarios atendidos el día de la entrevista y que accedieron a responderla; se excluyeron quienes no acudieron a consulta o no eran usuarios; fueron eliminados quienes se negaron a participar. En los beneficiarios menores se obtuvo la información mediante un familiar mayor de 18 años. A la vez se midió el tiempo que los derechohabientes entrevistados esperaron para recibir atención. El cuestionario aplicado estuvo constituido en su mayoría por preguntas cerradas; con las abiertas se exploraron aspectos cualitativos.

La variable dependiente fue el tiempo de espera en dos categorías: igual o menor a 30 minutos, y mayor. Las independientes fueron:

- **Características sociodemográficas:** género, edad, escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico.
- **Características de la atención médica recibida el día de la entrevista:** tipo de cita y consulta (primera vez o subsecuente), turno (matutino o vespertino), horario de atención (inicial o posterior), motivo de consulta (prevención, enfermedad aguda o crónica).
- **Expectativas del usuario:** tiempo ideal para recibir la atención, satisfacción o no por la atención, su motivo, el antecedente de haberse quejado formalmente y la prioridad de la calidad en la atención.

El análisis estadístico se efectuó con frecuencias simples absolutas y relativas para la descripción; con χ^2 para comparar los dos grupos (tiempo igual o menor a 30 minutos y mayor); con razón de momios con intervalos de confianza a 95 % para estimar el riesgo relativo; y con la construcción de un modelo de regresión logística no condicionado que determinara las variables asociadas con el tiempo de espera, para establecer la relación entre factores.

Resultados

Las características de la población estudiada se describen en el cuadro I.

De los 328 entrevistados, 106 (32.2 %) recibieron la atención en tiempo igual o menor a 30 minutos y los restantes 222 (67.8 %) en más tiempo. La media del tiempo de espera general fue de 90.3 minutos, y la mediana de 80. De los usuarios que esperaron máximo 30 minutos, el intervalo fue de 0 a 30, la media de 9.64 minutos y la mediana de 5; para quienes esperaron más tiempo, el mínimo fue de 35, con un máximo de 390, media de 129.3 y mediana de 120 minutos.

Cuando se compararon las características sociodemográficas de los usuarios entrevistados (cuadro II), sólo tres variables presentaron diferencias significativas:

Guadalupe Maldonado Islas et al.
Factores asociados con el tiempo de espera

Cuadro I
Características generales de 328 derechohabientes usuarios del primer nivel de atención médica, incluidos en el estudio de tiempo de espera para recibir consulta

Característica	Número	%
Género		
Masculino	112	34.1
Femenino	216	65.9
Edad		
Mediana	52	
Moda	30	
Intervalo	0 a 93	
Escolaridad		
Analfabeta	37	11.6
Primaria o menos	72	21.9
Secundaria	81	24.6
Preparatoria	73	22.2
Profesional o más	65	19.7
Ocupación		
Ama de casa	156	47.5
Empleado	134	40.9
Estudiante	19	5.8
Pensionado	19	5.8
Nivel socioeconómico en salarios mínimos		
igual o menor de 3	262	79.9
3.1 a 5	52	15.8
más de 5	5	1.5
Lo ignora	9	2.8
Categoría de derechohabiencia		
Asegurado	92	28.0
Esposo	94	28.7
Hijo	55	16.8
Beneficiarios padres	60	18.3
Jubilado-pensionado	27	8.2

- Edad igual o menor a cinco años (RM = 1.85).
- Edad mayor a 60 (RM = 0.54).
- Derechohabiencia en su categoría de jubilado o pensionado (RM = 0.29).

En el cuadro III se presentan características de la atención, que fueron significativamente diferentes: en el tipo de solicitud de consulta, la del día (RM = 3.35); en el tipo de consulta, los usuarios de primera vez (RM = 5.72). Si bien

para el turno no hubo diferencias entre los grupos, sí para el tipo de horario inicial (de 8 a 11 y de 14 a 17 horas), con RM = 2.71. En motivos de consulta hubo diferencia estadística para las enfermedades agudas, con RM = 4.30.

En el cuadro IV se observan las expectativas del usuario sobre el tiempo de espera y la calidad de la atención, donde la única variable que presentó diferencia significativa fue el tiempo de espera considerado ideal por el usuario,

Cuadro II
Relación entre el tiempo de espera para recibir consulta y las características sociodemográficas de 328 derechohabientes usuarios del primer nivel de atención médica

Característica	Tiempo de espera				RM	IC 95 %		
	> 30 minutos		≤ 30 minutos					
	n	%	n	%				
Género								
Masculino	71	32.0	41	38.7				
Femenino	151	68.0	65	61.3				
Edad (años)								
igual o menor de 5	64	28.8	19	17.9	*1.85	(1.01 a 3.44)		
6 a 20	17	7.7	5	4.7				
21 a 40	44	19.8	24	22.6				
41 a 60	37	16.7	15	14.2				
más de 60	60	27.0	43	40.6	**0.54	(0.32 a 0.91)		
Escolaridad								
Analfabeta	22	9.9	15	14.2				
Primaria o menos	44	19.8	28	26.4				
Secundaria	55	24.8	26	24.5				
Preparatoria	53	23.8	20	18.9				
Profesional o más	48	21.7	17	16.0				
Ocupación								
Ama de casa	104	46.8	52	49.1				
Empleado	94	42.3	40	37.7				
Estudiante	15	6.8	4	3.8				
Pensionado	9	4.1	10	9.4				
Nivel socioeconómico en salarios mínimos								
igual o menor de 3	182	82.0	80	75.5				
3.1 a 5	31	13.9	21	19.8				
más de 5	3	1.4	2	1.9				
Lo ignora	6	2.7	3	2.8				
Categoría de derechohabiencia								
Asegurado	64	28.8	28	26.4				
Esposo	68	30.6	26	24.5				
Hijo	41	18.5	14	13.2				
Beneficiarios padres	38	17.1	22	20.8				
Jubilado-pensionado	11	5.0	16	15.1	***0.29	(0.12 a 0.70)		

*Categoría de referencia: mayores de seis años

**Categoría de referencia: menores de 60 años

***Categoría de referencia: resto de las categorías

IC 95 % = intervalo de confianza a 95 %

es decir, aquellos que tenían la idea de esperar más tiempo, efectivamente tuvieron la probabilidad de esperar casi dos veces más que quienes consideraron como ideal el tiempo estándar de 30 minutos ($RM = 2.78$). No hubo diferencias en el resto de las variables según los grupos de comparación. En el cuadro V se presenta el modelo de regresión logística en el que finalmente las variables asociadas con el tiempo de espera fueron las siguientes:

- No ser pensionado/jubilado ($RM = 4.6$).
- Solicitar la consulta el mismo día (17.9).
- Expectativa sobre el tiempo de espera mayor a 30 minutos ($RM = 2.9$).

En las opiniones sobre prioridades de la calidad de la atención, 43.3 % de los derechohabientes entrevistados consideró que el trato amable era el aspecto principal de la calidad; 35.1 %, la curación; 9.8 % no respondió a la pregunta: sólo 9.1 % consideró el corto tiempo de espera como aspecto importante; 2.7 % mencionó la amenidad.

Los usuarios que manifestaron insatisfacción por la atención recibida el día de la entrevista representaron 20.4 % del total; los motivos prin-

cipales fueron el elevado tiempo de espera, el maltrato o poca amabilidad del médico y el exceso de trámites burocráticos (figura 1).

Guadalupe Maldonado Islas et al.
Factores asociados con el tiempo de espera

Discusión

El tiempo de espera representa un problema en todas las instituciones de salud. En los últimos cinco años ha cobrado importancia como indicador de calidad en las estrategias para mejorar organizacionalmente la prestación de la atención médica.^{15,16} Si bien es cierto que está relacionado con la accesibilidad organizacional, como se ha abordado en estudios previos, y que puede identificarse como un indicador de resultado, en la sucesión del proceso contribuye a la satisfacción del usuario,^{1,13,14,17} a la del prestador y a la de la propia institución de servicios. En el IMSS se ha dado gran importancia al tiempo de espera desde esta perspectiva, y se han realizado esfuerzos para disminuirlo; más aún, existe un área específica institucional: la Coordinación de Organización y Calidad, que entre sus prioridades tiene como objetivo mejorar el tiempo de espera, lo cual implica el despliegue de gran cantidad de recursos.

Cuadro III

Relación entre las características de la atención y el tiempo de espera para recibir consulta de 328 derechohabientes usuarios del primer nivel de atención médica

Característica	Tiempo de espera				RM	IC 95 %
	> 30 minutos n = 222		≤ 30 minutos n = 106			
	n	%	n	%		
Tipo de solicitud de consulta						
Solicitud del día	182	82.0	28	26.4	3.35	(2.08 a 5.39)
Cita previa	40	18.0	78	73.6		
Tipo de consulta						
Primera vez	139	62.6	24	22.6	5.72	(3.27 a 10.08)
Subsecuente	83	37.4	82	77.4		
Turno						
Matutino	114	51.4	57	53.8		
Vespertino	108	48.6	49	46.2		
Tipo de horario						
Inicial	157	70.7	50	47.2	2.71	(1.63 a 4.49)
Posterior	65	29.3	56	52.8		
Motivo de consulta						
Enfermedades agudas	111	50.0	20	18.9	4.30	(2.40 a 7.78)
Enfermedades crónicas	109	49.1	80	75.5		
Prevención	2	0.	6	5.6		

IC 95 % = intervalo de confianza a 95 %

RM = Razón de Momios

Aunque por lo general en las unidades de servicios se cuenta con estructura, recursos y condiciones técnico-médicas adecuadas para ello, en ocasiones el trato al usuario es poco amable y el tiempo de espera elevado, lo que deteriora la satisfacción del usuario en relación con sus expectativas. Por ello, adquiere relevancia cualquier esfuerzo que pueda realizarse en una institución de salud para mejorar la atención; en este caso, en la cadena de eventos el tiempo de espera es una variable independiente para la satisfacción.

En el presente estudio el tiempo de espera fue abordado como variable de accesibilidad organizacional, y como variable indirecta de calidad que contribuye a la satisfacción del usuario, tal cual propone Donabedian como aspecto incuestionable, ya que forma parte del bienestar que la atención a la salud intenta promover, constituyendo los juicios de valor que emite el paciente desde su propia perspectiva.⁴ Donabedian propone describir estándares y procedimientos que validen este indicador, sin embargo, en el aspecto operativo ha sido arbitraria la medición y no se ha establecido ni estudiado suficiente-

mente la metodología para su estudio, ni tampoco si el valor estipulado realmente corresponde a lo que el usuario desea.

En relación con las medias y mediana, muy superiores a lo informado en las mediciones locales,¹⁶ implica que es necesario mejorar este proceso, ya que se requieren indicadores de evaluación más cercanos a la realidad.

En el modelo final, las variables asociadas con el elevado tiempo de espera fueron no ser jubilado o pensionado, la solicitud de atención el mismo día y la creencia de que el tiempo de espera adecuado era mayor de 30 minutos.

Diversos estudios que se han realizado abordan el tiempo de espera como un indicador de satisfacción del usuario, y la proporción en que contribuye a ella.¹¹⁻¹⁵ Otro abordaje que ha hecho el Ministerio de Salud de Chile ha sido para definir metodológicamente el tiempo de espera y su medición, al mismo tiempo que se hacen propuestas de mejora organizacional.¹⁷ En nuestro estudio el enfoque es diferente, dado que después de una exhaustiva revisión bibliográfica no encontramos un abordaje similar que buscara factores asociados al tiempo de espera,

Cuadro IV
Expectativas del usuario sobre el tiempo de espera para recibir consulta y calidad de la atención de 328 derechohabientes usuarios del primer nivel de atención médica

Característica	Tiempo de espera					
	> 30 minutos n = 222		≤ 30 minutos n = 106		RM	IC 95 %
	n	%	n	%		
Tiempo de espera considerado ideal						
igual o menor de 30 minutos	96	43.2	72	67.9		
más de 30 minutos	126	56.8	34	32.1	2.78	(1.66 a 4.66)
Presencia de insatisfacción por la atención médica recibida						
Sí	51	23.0	16	15.1		
No	171	77.0	90	84.9		
Antecedente de haber presentado queja formal						
Sí	1	0.5	0	0.0		
No	221	99.5	106	100.0		
Prioridad de calidad en la atención médica						
Curación	84	37.8	31	29.2		
Trato amable	88	39.6	54	24.3		
Corto tiempo de espera	18	8.1	10	4.5		
Amenidades	5	2.3	4	3.8		
Prefirió no responder	27	12.2	7	6.6		

IC 95 % = intervalo de confianza a 95 %

lo más que se ha estudiado son las proporciones del excesivo tiempo de espera como componente de la insatisfacción, incluso por autores clásicos en nuestro país que lo relacionan con la calidad.^{1,3,18}

La realización de este estudio obedeció a la búsqueda de factores que estuvieran asociados, que pudieran modificarse y con ello se favoreciera la disminución de los tiempos de espera para contribuir a mejorar la prestación de los servicios acorde con la misión del IMSS: hacer más accesible la atención, incrementar la cobertura de servicios, favorecer la equidad y propiciar un mejor nivel de salud en la población.

Nuestros resultados clarifican lo que institucionalmente está asociado con el tiempo de espera. En orden de la sucesión de eventos y variables que tienen como resultado a éste, estuvieron la condición de ser jubilado o pensionado, la cita previa y el creer que esperar el tiempo estándar es lo adecuado. Estos hallazgos ameritan un análisis conceptual que tiene las siguientes explicaciones posibles:

1. En el escenario de la prestación médica, *la condición de ser jubilado o pensionado del IMSS* significa pertenecer a un grupo que tiene un trato privilegiado; por lo general se trata de personas que acuden citadas, mayores de 60 años con padecimientos degenerativos crónicos y que están integradas a corporaciones que socialmente los sostienen y ejercen cierta presión para la obtención de un trato especial. Los movimientos sociales organizados desde hace una década han logrado que las instituciones consideren a esas agrupaciones y existan estrategias dirigidas a mejorar su atención y a satisfacer sus demandas. Lo que en México constituye ya una experiencia como grupo prioritario, apenas en 1999 el Ministerio de Salud de Chile propuso una estrategia preferencial para el adulto mayor en las filas de espera para solicitar consulta.¹⁷
2. En cuanto a *la cita previa*, desde hace varias décadas dentro del IMSS es un programa formal que ha tratado de hacer accesibles y eficientes los servicios para la población. Con tal propósito se ha querido fortalecer, ya que implica acciones preventivas para la

atención a la salud, dado que en cualquier etapa de la historia natural de la enfermedad favorece una atención mejor. En el presente estudio esta variable es tan importante que en el modelo de regresión logística resultó 16 veces más la probabilidad de esperar excesivamente al no tener cita previa, lo cual indica que el intento formal por favorecer la accesibilidad, la equidad, y por ende la calidad de los servicios, verdaderamente ha resultado en una disminución de los tiempos de espera y el aumento de la accesibilidad a través de la cita previa; además, es la variable que realmente determina el tiempo de espera.

Guadalupe Maldonado Islas et al.
Factores asociados con el tiempo de espera

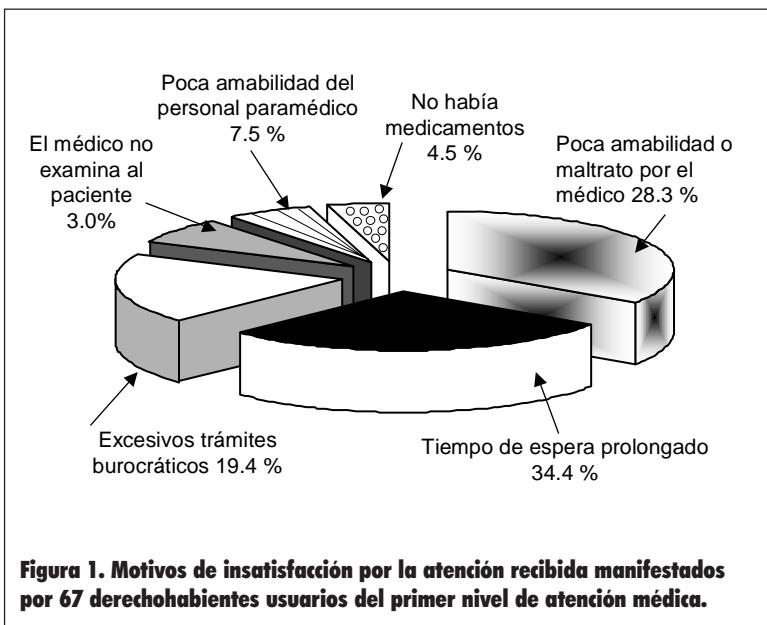


Figura 1. Motivos de insatisfacción por la atención recibida manifestados por 67 derechohabientes usuarios del primer nivel de atención médica.

3. En relación con la expectativa del usuario sobre considerar el *tiempo ideal para recibir la atención mayor a 30 minutos*, efectivamente se cumple su deseo: la recibe con demora. Es probable que los usuarios del IMSS, cuyo perfil sociodemográfico incluye un bajo nivel educativo, tengan una expectativa limitada y que el servicio brindado bajo el modelo médico hegemónico de superioridad y autoridad origine que los usuarios se conformen con lo brindado por la institución, pues conforman una población cautiva sin posibilidad de elección. Además, las condiciones de participación social como

Cuadro V
Modelo de regresión logística final para la variable dependiente tiempo de espera para recibir consulta en el primer nivel de atención médica

Variable	Categoría de riesgo	RM	IC (95 %)
Categoría de derechohabiencia	No ser pensionado/jubilado	4.6	1.4 a 14.9
Tipo de solicitud	Solicitud del día	17.9	9.7 a 33.0
Expectativa del tiempo de espera	más de 30 minutos	2.9	1.6 a 5.4

posibilidad para tener acceso a los beneficios del desarrollo y la cultura, y dentro de ello a la salud,¹⁹ quizá no favorecen la información suficiente que permita a la población movilizar los recursos o factores capacitantes para obtener un servicio de calidad,^{20,21} o tomar la decisión como sujeto autoconstruido, de si desea o no recibir la atención en las condiciones óptimas a las que tiene derecho y comportarse como verdadero actor social en los escenarios de la atención a la salud y que sus creencias lo habiliten para usar los servicios como en los países desarrollados.²²

Aunque no fueron objetivos del estudio, en relación con la prioridad de calidad y los motivos de insatisfacción que se investigaron, se encontró que al usuario le interesa el trato amable y la curación más que el tiempo de espera, como lo indican Bronfman y Ramírez Sánchez;^{12,14} el primero lo ubica en oportunidad, relacionándolo con motivos de mala calidad. Otros autores lo señalan como motivo de insatisfacción en los servicios de salud en diferentes niveles de atención en el ámbito nacional.^{13,15} Finalmente, si continuamos la sucesión de eventos en la cadena de variables antecedentes, independientes e intermedias que determinan el tiempo de espera, el tiempo de espera precede a la satisfacción, y quizá ésta a la calidad, como lo propone Donabedian.^{4,5}

Cuando al usuario que manifestó insatisfacción se le interrogó sobre el motivo, el más importante fue el tiempo de espera prolongado, lo que concuerda con los estudios ya citados y con lo ratificado por Zurita.^{12-14,23} Los costos no pudieron ser identificados, dadas las condiciones de aseguramiento de la población.

Ante estos resultados, las conclusiones son una visión compartida de que el *programa de cita previa* y el de *atención al adulto mayor*, inscritos en las políticas de salud planteadas por el IMSS, sí han dado resultado. Ambos aspectos también dan pie a una responsabilidad compartida entre la institución y el usuario; en la medida en que las condiciones de participación de este último mejoren, se incrementará la conciencia de actor social de la población derechohabiente en el escenario de la atención a la salud.¹⁹

Además de consolidar sus programas, la institución deberá instrumentar acciones de educación para la salud que realmente tengan impacto y contribuyan a transformar las relaciones sociales de manera participativa, lo que constituiría la propuesta de políticas de salud como resultado del presente estudio, de continuar fortaleciendo las estrategias que favorezcan el cumplimiento de la misión del IMSS acorde con las propuestas de democratización de la salud del *Plan Nacional de Salud 2001-2006*.

En cuanto a las propuestas de investigación en servicios de salud,²⁴ continuaremos realizando proyectos que aborden motivos de insatisfacción, y la validación del tiempo de espera en nuestra población a través de una encuesta apoyada con redes semánticas, para construir un indicador más real.

Desde luego la institución en este momento se encuentra ante el reto de mejorar los servicios de salud haciendo más eficientes los servicios, mejorando la calidad de los mismos y modernizando su operación con eficacia y efectividad, como la han hecho muchos países de Europa y América;²⁵ las estrategias básicas son la descentralización y la desconcentración,² que mucho

han quedado en el discurso, pero que en la medida en que se alcancen, las políticas de salud se adecuarán a las circunstancias locales para una mejor operación, ya que el IMSS está en posibilidades de hacer aún más eficiente su funcionamiento en favor de la democratización de la salud en la *Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios*.

Referencias

1. Ruelas E. Los paradigmas de la calidad de la atención médica. *Gac Med Mex* 1997;132:141-146.
2. Frenk J, Ruelas E, Bobadilla JL, Zurita B, Lozano R, González-Block MA, et al. Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final. México: Fundación Mexicana para la Salud; 1995.
3. Aguirre GH. Administración de la calidad de la atención médica. *Rev Med IMSS* 1997;35(4):257-264.
4. Donabedian A. La calidad de la atención médica. México: La Prensa Médica Mexicana; 1995.
5. Donabedian A. Defining and measuring the quality of health care. En: Winzel RP. Assessing quality health care. Perspective for clinicians. Baltimore, USA: Williams and Wilkins; 1992. p. 41-64.
6. Organización Mundial de la Salud. Estrategias de atención primaria; Alma Ata. Ginebra: OMS; 1978.
7. Organización Mundial de la Salud. Proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. Normas fundamentales para su empleo en apoyo de las estrategias de salud para todos en el año 2000. Ginebra: OMS; 1981.
8. Rosenstock JM. Why people use health services (part II). *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966;44:385-393.
9. Fielder HL. A review of the literature on access and utilization of medical care. *Soc Sci Med* 1981; 21:129-142.
10. Tanner JL, Cockerham WC, Spaeth JL. Predicting physician utilization. *Medical Care* 1983;3:360-369.
11. Ruelas E, Querol J. Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. México: Fundación Mexicana para la Salud; 1994. p. 37-51.
12. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Mirando V, Oviedo J. Del cuánto al por qué: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Mex* 39:442-450.
13. Borges-Yáñez SA, Gómez-Dantés H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Pública Mex* 1998;40:13-23.
14. Ramírez-Sánchez TJ, 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 Pública Mex* 1998;40:3-12.
15. Secretaría de Salud. Programa de mejoría continua de la calidad de la atención médica. Unidades de primer nivel de atención. México: SSa, Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario; 1998.
16. Instituto Mexicano del Seguro Social. Monitoreo mensual de tiempos de espera en los servicios estratégicos. México: IMSS, Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente; 1999.
17. Ministerio de Salud. Mejorando la accesibilidad a través de la disminución de los tiempos de espera. Chile: División de Salud de las Personas, División de Atención Primaria; 1999.
18. Ruiz-González C, Vargas-Vorackova F, Castillo-Rentería C, Pérez PL, Martínez MRA. Lo que opinan los pacientes de los servicios del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". *Rev Invest Clin* 1990;42:298-311.
19. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La participación social en el desarrollo de la salud. Washington, DC: Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS; 1993.
20. Aday LA, Andersen R. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. En: Julio Frenk, editor. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 604-613.
21. Mechanic D. Correlates of physician utilization: why do major multivariate studies of physician utilization find trivial psychosocial and organizational effects? *J Health Soc Behav* 1979;20:387.
22. Rosenstock JM. Why people use health services (part II). *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966;44:385-393.
23. Zurita B. Encuesta de satisfacción con los servicios de salud 1994. Frenk J, editor. *Observatorio de la salud: necesidades, servicios, políticas*. México: SSa; 1997.
24. Ruiz-de-Chávez M. La investigación en servicios de salud y su aplicación. *Salud Pública Mex* 1991; 33:602-604.
25. Wallström E. Los retos del sistema sanitario público de los años 2000: las personas y los recursos humanos en el centro. En: Romay JM, Borst-Eilers E, Shipley J, Magaziner I, Wagner B, Edwards B, Forero MT, Núñez-Feijoo A, et al. *La modernización de la sanidad pública en el mundo*. Barcelona: Arthur Andersen; 1997. p. 47-51.

**Guadalupe
Maldonado Islas et al.**
**Factores asociados
con el tiempo de espera**