

Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2016



RESUMEN EJECUTIVO DE RESULTADOS



Secretaría de Salud

Dr. José Narro Robles
Secretario de Salud

Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas
Comisionado de Protección Social en Salud

Lic. Joel Germán Martínez González
Director General de Afiliación y Operación

Mtro. Antonio Chemor Ruiz
Director General de Financiamiento

Dr. Javier Lozano Herrera
Director General de Gestión de Servicios de Salud

Lic. Tomás Manuel Sánchez Robles
Director General de Coordinación de Entidades Federativas

Dr. Daniel Aceves Villagrán
Director General del Programa Prospera

Lic. Eduardo Valencia Ramírez
Director General de Administración y Finanzas

Ing. Guillermo Esquivel Jaimes
Director General de Procesos y Tecnologías

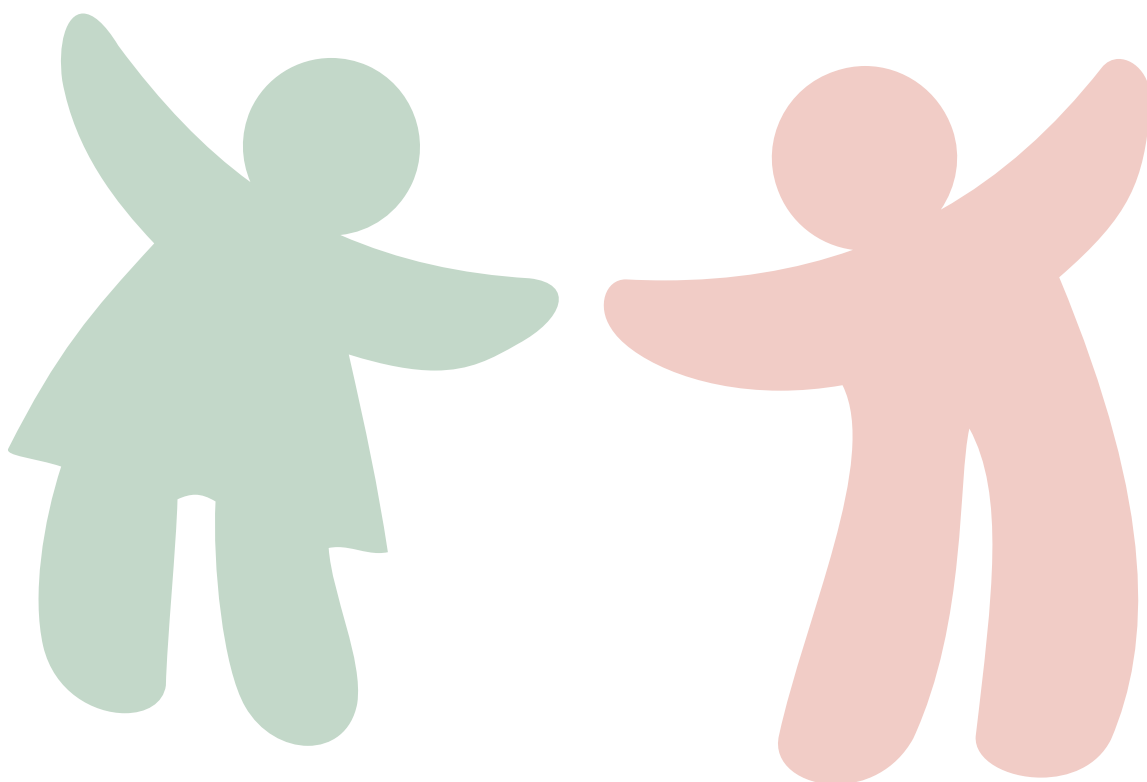
Lic. Eloina Silvette Díaz Gutierrez
Coordinadora de Asesores

Dr. Víctor Manuel Villagrán Muñoz
Director General del Programa Seguro Médico Siglo XXI

Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2016



RESUMEN EJECUTIVO DE RESULTADOS



Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2016 Resumen ejecutivo de resultados

Coordinador General

Dr. Juan Pablo Gutiérrez

Subcoordinador General

Pedro J. Saturno (pedro.saturno@insp.mx)

Coordinadora general de trabajo de campo y responsable de la elaboración de este manual

Dra. Teresa Shamah Levy

Subcoordinadora de trabajo de campo

Dra. Ofelia Poblano Verástegui

Responsable de muestreo

Dr. Martín Romero

Subcoordinador del equipo de análisis

Mtro. Waldo Iván Vieyra R.

Contenido

Presentación	7
1. Introducción	8
2. Objetivos	9
Objetivo general	9
Objetivos específicos	9
3. Metodología	10
3.1. Muestra	10
3.2. Modelo de medición y análisis	10
3.3. Instrumento	10
3.4. Construcción de indicadores	10
3.5. Análisis de indicadores	11
3.6. Asociación de indicadores	11
4. Resultados	12
4.1. Condición de afiliación al Seguro Popular y otros seguros públicos y privados	12
4.2. Características sociodemográficas de los encuestados	12
4.3. Indicadores generales de calidad y satisfacción	12
4.4. Accesibilidad y atención previa	20
4.5. Imagen y conocimiento del Seguro Popular por parte de los afiliados	23
4.6. Indicadores complementarios de calidad percibida global	23
4.7. Asociación entre indicadores de calidad percibida y satisfacción con la atención recibida	24
4.8. Problemas de calidad específicos en la atención a la salud	26
4.9. Áreas de oportunidad en los servicios de afiliación y gestoría	27
4.10. Áreas de oportunidad en el abasto y surtimiento de medicamentos	27
4.11. Áreas de oportunidad respecto a pago por servicios recibidos	27
4.12. Áreas de oportunidad en la atención a pacientes con diabetes	27
4.13. Propuestas de mejora por parte de los usuarios	28
5. Comparación con resultados de encuestas de años anteriores	29
6. Conclusiones	31
7. Recomendaciones	33

Índice de tablas y gráficos

Tabla E.1.	Derechohabiencia a Servicios de Salud*
Tabla E.2.	Edad, sexo, condición de indígena y situación laboral
Tabla E.3.	Valoración global de la satisfacción y calidad percibida según nivel de atención
Tabla E.4.	Valoración global de la satisfacción y calidad percibida según características poblacionales de interés
Gráfico G.1.	Índice de satisfacción según entidad federativa
Tabla E.5.	Índice de satisfacción según entidad federativa y nivel de atención
Gráfico G.2.	Porcentaje de problemas de calidad en la atención médica según entidad federativa
Tabla E.6.	Porcentaje de problemas de calidad según entidad federativa y nivel de atención (Atención médica)
Tabla E.7.	Tiempos de traslado a unidad de atención
Tabla E.8.	Atención previa en otro lugar según entidad federativa
Tabla E.9.	Atención previa en otro lugar según entidad federativa y lugar
Tabla E.10.	Ideas asociadas al Seguro Popular
Tabla E.11.	Conocimiento de derechos y tipo de asistencia por nivel de atención
Gráfico G.3.	Valoración de las expectativas tras el servicio recibido
Tabla E.12.	Asociación de los indicadores de calidad percibida con la satisfacción con la atención recibida y el índice de satisfacción.
Tabla E.13.	Comparativo de indicadores con años anteriores

Lista de acrónimos utilizados en este documento.

CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CESSA	Centro de Salud de Servicios Ampliados
CNCH	Cruzada Nacional contra el Hambre
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
ESUSPSS	Encuesta de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
GAM	Grupos de apoyo mutuo
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
PEMEX	Petróleos Mexicanos
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
SESA	Servicios Estatales de Salud
SMSXXI	Seguro Médico Siglo XXI
SP	Seguro Popular
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud

Presentación

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), ofrece un esquema público de protección financiera en salud para la población mexicana que no cuenta con seguridad social; asegurando el acceso a servicios en los tres niveles de atención, sin lesionar la economía familiar.

El Sistema opera, a través de la activa participación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, constituidos en las 32 entidades federativas como organismos públicos descentralizados, quienes administran los recursos y se aseguran de la prestación de servicios considerados en las carteras: Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y el programa Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI).

Los recursos que se destinan para la atención de los afiliados deben estar dirigidos a garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad; motivo por el cual, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud con apoyo del Instituto Nacional de Salud Pública, realiza el Estudio de Satisfacción de Usuarios al SPSS, mismo que se efectúa de manera anual, desde el año 2008 y que constituye un referente óptimo de los estándares de operatividad del Sistema.

El Estudio se enfoca a medir la percepción de satisfacción respecto a la atención médica y servicios de salud que recibe la población afiliada; asimismo refiere aspectos de infraestructura y trámites administrativos entre otros. La información que se obtiene es fundamental, dado que aporta elementos que contribuyen a la toma de decisiones y al establecimiento de estrategias que permitan elevar las expectativas y cubrir las necesidades específicas de los usuarios cuando acuden a los establecimientos de salud.

El Estudio 2016, contempla 27,935 entrevistas a beneficiarios del SPSS en los tres niveles de atención de las 32 entidades federativas; así como estratos para obtener información de los municipios considerados dentro de la Cruzada Nacional contra el Hambre (CNCH) e identificación de usuarios indígenas.

Adicionalmente, se incluye un apartado de indicadores para el 31.5% de los afiliados al SPSS, que mencionaron ser beneficiarios de PROSPERA Programa de Inclusión Social; en función a la relevancia que reviste la migración del paquete básico del componente salud a 27 intervenciones de Salud Pública del CAUSES, que desde el 2013 se realiza de manera progresiva, en beneficio de las familias inscritas en este programa social.

En este sentido, el presente documento que forma parte del Programa Anual de Evaluación 2016, representa una radiografía objetiva del SPSS y una herramienta fundamental para la definición de estrategias encaminadas al fortalecimiento de los beneficios que adquieren los mexicanos, tras su póliza de afiliación al Sistema de Protección Social en Salud.

Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

1. Introducción

Se realiza un estudio para generar información primaria sobre la satisfacción de usuarios de los servicios financiados por el Sistema de Protección Social en Salud. Para ello, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud propone la realización de una encuesta en establecimientos de salud que permita obtener información de al menos 25,792 usuarios distribuidos en las 32 entidades federativas, en una muestra seleccionada para ser representativa del país, de cada entidad, de los ámbitos urbano y rural, estratificando para obtener información

que permita hacer inferencias sobre una proporción de los 1,012 municipios incorporados a la Cruzada Nacional contra el Hambre (CNCH), y en la cual se asegure la adecuada representación de los servicios de primer, segundo y tercer nivel de atención. Asimismo, se identificará a la población indígena y se reportarán los resultados para esta población, utilizando para ello preguntas específicas que permitan identificar si el usuario habla lengua indígena o si considera pertenecer a un grupo o comunidad indígena.

2. Objetivos

Objetivo general

El objetivo general del Estudio de Satisfacción de las (los) usuarias(os) del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) 2016 ha sido el de documentar la percepción de satisfacción de las (los) usuarias(os) del SPSS respecto a la atención médica y servicios de salud que reciben en los distintos niveles de atención, así como con aspectos de infraestructura y administrativos en el contacto con los centros asistenciales, y la identificación de problemas de calidad en los servicios que reciben, a partir de información primaria obtenida en una encuesta representativa de la población de interés, y realizar, con base en los resultados, recomendaciones a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) para incrementar la satisfacción de las (los) usuarias(os) e incidir en el acceso efectivo a los servicios de salud por parte de las (los) afiliadas(os).

Objetivos específicos

Para alcanzar el objetivo general propuesto, en particular, se ha buscado documentar:

- El nivel de satisfacción por servicios recibidos, trato adecuado, tiempo de atención, calidez de la atención, oportunidad en los servicios recibidos, calidad de la atención, surtimiento de medicamentos.
- Acceso efectivo a los servicios, considerando costos y otras barreras para la atención
- Relación entre satisfacción y acceso efectivo con las características sociodemográficas de la población afiliada.
- Análisis comparativo entre jurisdicciones considerando la capacidad inferencial de la muestra.
- Conocimiento sobre los derechos de los afiliados, y sobre el proceso de gestoría.
- Identificar motivos de insatisfacción.
- Análisis multivariado sobre aspectos relacionados con la satisfacción, y comparativo con otros estudios para generar recomendaciones de mejora.
- Generar indicadores de acceso efectivo y calidad percibida a los servicios que sean comparables con años anteriores y otros estudios.

3. Metodología

3.1 Muestra

Para cumplir con los objetivos propuestos se llevó a cabo una encuesta probabilística con representatividad nacional en los establecimientos de salud. La muestra seleccionada de dichos establecimientos tiene representatividad nacional y estatal, siendo estratificada para generar estimaciones en los tres diferentes niveles de atención, para los 1,012 municipios incorporados a la Cruzada Nacional contra el Hambre (CNCH), los ámbitos urbano y rural y para la población que se identifica como indígena.

El operativo realizado en los establecimientos de salud permitió alcanzar la muestra esperada tanto en lo general, como para cada una de las entidades. En los 841 establecimientos visitados se abordó en total a 28,884 usuarios en los establecimientos. De estos, 725 (2.5%) mencionaron no ser afiliados al SPSS y ya no se continuó con la entrevista y 224 entrevistas no pudieron ser concluidas (0.76%). En total se obtuvieron 27,935 entrevistas completas, lo que representa 2,143 entrevistas adicionales a la muestra programada (8.3% adicional).

La Encuesta de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2016 fue dirigida a usuarios de servicios de salud afiliados al SPSS. Para identificarlos, la pregunta inicial de la encuesta indagó sobre la condición de afiliación a algún esquema de protección financiera en salud. Al respecto, 97.5% de los usuarios están afiliados al SPSS.

3.2. Modelo de medición y análisis

El análisis descriptivo de la información se presenta con estratificaciones por las variables de interés expresadas en el anexo técnico de la convocatoria, identificando recomendaciones para la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) en términos de mejorar los servicios que se proveen a la población afiliada. Se reportan tanto los resultados descriptivos del índice de satisfacción, como los problemas de calidad percibida identificados, así como un análisis multivariado sobre aspectos y problemas de calidad percibida relacionados con la satisfacción.

El análisis de los indicadores específicos se realiza calculando su valor concreto, en relación a las respuestas de las preguntas en las que se indagan, además de diagramas de Pareto para averiguar la frecuencia relativa de cada uno de los problemas reportados, destacando así los que deberían ser priorizados como oportunidades de mejora.

En general se destacan los problemas que contribuyen con el 50% y 80% de total de reportados. Este análisis se enfoca en áreas de oportunidad para atención médica, servicios administrativos, surtimiento de medicamentos, atención de pacientes con diabetes, y sobre cobros por la atención o servicios.

3.3. Instrumento

El instrumento tuvo como base el utilizado para el estudio de satisfacción 2015 realizado por el INSP, que incluyó 123 reactivos, algunos de ellos múltiples, pero no todos aplicables a todos los encuestados. Este contenido permite generar información sobre las temáticas solicitadas por la CNPSS, en particular lo que se refiere a la satisfacción y elementos relacionados, el acceso efectivo, el surtimiento de medicamentos, y los derechos y obligaciones de los afiliados, además de aspectos de la calidad de atención específicos para pacientes con diabetes mellitus, en quienes se presentan las patologías y motivos de consulta más prevalentes de los afiliados. El instrumento fue actualizado con la colaboración del personal de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y fue integrado por 165 reactivos (incluyendo las preguntas de identificación), para ser aplicado entre 20 y 30 minutos por entrevistado.

3.4. Construcción de indicadores

La encuesta proporciona información para la construcción de seis indicadores generales que resumen el grado de satisfacción y percepción de la calidad de los servicios (Satisfacción con la clínica en la que han recibido atención (promedio), Satisfacción con la atención médica recibida (promedio), Calificación de la calidad del servicio (prome-

dio), Calificación del trato recibido (promedio), y problemas de calidad percibidos de entre todos los que indaga la encuesta (porcentaje), además de un índice de satisfacción (0 a 1), que conjunta los resultados de cinco de estos indicadores). Se construyen igualmente indicadores sobre satisfacción con servicios específicos (atención médica en la consulta, abasto de medicamentos, y servicios de laboratorio y gabinete) y otros tres indicadores complementarios influidos por la calidad percibida global (intención de regresar al centro, con el mismo médico, y porcentaje que recomendaría el médico que le atendió).

3.5. Análisis de indicadores

Los resultados se analizan a nivel nacional, por entidad federativa, por niveles de atención, y según características poblacionales de interés como son la atención en medio rural y urbano, pertenencia a comunidad indígena y residentes en municipios de la Cruzada Nacional contra el Hambre, identificando los valores que significativamente estén por encima y por debajo del promedio nacional.

Adicionalmente se analiza la frecuencia relativa de los problemas de calidad específicos detectados, de utilidad potencial para orientar iniciativas de mejora, y una serie de preguntas sobre actividades y circunstancias que ayudan a entender mejor el contexto y funcionamiento de las unida-

des en el servicio otorgado a los afiliados al Seguro Popular. Estos análisis se centran por una parte en problemas con la atención a la salud recibida en general, y en aspectos y servicios concretos como son la gestoría y atención administrativa de los afiliados, la prescripción y abasto de medicamentos, y atención en específico a usuarios con diabetes.

Como complemento a todo lo anterior, la encuesta proporciona información para analizar más en detalle aspectos relevantes relacionados con el tipo, calidad y satisfacción del servicio recibido, como son la existencia y caracterización del pago por alguno de los servicios recibidos, accesibilidad y atención previa, utilización de servicios y motivo de consulta, imagen y conocimiento del Seguro Popular, y propuestas de mejora por parte de los usuarios.

3.6. Asociación de indicadores

Finalmente, se realiza un análisis bivariado y multivariado de la asociación entre los indicadores específicos de calidad percibida y la satisfacción con la atención recibida en general y resumida como índice de satisfacción, para evidenciar qué aspectos son los que tienen más influencia en el grado de satisfacción expresada. Falta indicar la población menor a 5 años, así como señalar el % de dicha población forma parte de SMSXXI.

4. Resultados

4.1. Condición de afiliación al Seguro Popular y otros seguros públicos y privados

Para el Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2016 se realizaron un total de 28,884 contactos con usuarios de los servicios públicos de salud, de ellos 97.5% están afiliados al Seguro Popular (27,935 fueron entrevistas efectivas y 224 incompletas). El porcentaje de encuestados con afiliación al Seguro Popular por entidad federativa sobrepasa del 90% de los que acudieron a las unidades médicas incluidas en la muestra. Esto da una idea del avance en cobertura para la población sin seguridad social, y de la casi exclusividad de los centros de la Secretaría de Salud para población afiliada al Seguro Popular en términos de consultas otorgadas (Tabla E.1).

4.2. Características sociodemográficas de los encuestados

La mayoría de los afiliados encuestados, son mujeres, representando el 72%. Este patrón se repite en todas las entidades federativas, conservando siempre la menor proporción de entrevistados hombres, con algunas variaciones por grupos de edad y entidad federativa. Las diferencias se hacen también evidentes al analizar por grupos de edad, principalmente en mujeres en edad reproductiva el porcentaje de usuarias oscila entre 72 y 82.4% en promedio nacional (Tabla E.2).

Al analizar por grupo de edad, se puede observar que más del 70% de la población se concentra entre los usuarios mayores de 20 años. Entre los menores de 20 años el grupo de 0 a 5 años representa el 10.3% de los afiliados (Tabla E.2). Estas proporciones varían entre entidad federativa, aunque se mantiene en todos los casos la importancia relativa mayoritaria de estos grupos de edad.

Respecto a la autopercepción como indígena, 7.5% de los encuestados manifiesta considerarse indígena con mayor proporción en los grupos de 61 a 70 años (11.9%) y mayores de 70 (9.9%); el porcentaje de indígenas parece indicar una tendencia a disminuir en los grupos de población más joven (a excepción de los menores de 5 años),

hasta alcanzar sólo el 4.6% en el grupo de 6 a 10 años de edad (Tabla E.2).

4.3. Indicadores generales de calidad y satisfacción

La valoración global se compone de seis indicadores generales, tres de servicios específicos y tres más de calidad percibida global. Los indicadores generales de calidad y satisfacción presentan valores similares y moderadamente elevados. El índice de satisfacción (índice compuesto con rango de 0 a 1) es de 0.86 como promedio nacional, lo cual habla de un nivel moderadamente alto de satisfacción en los afiliados al Seguro Popular.

El resto de los indicadores generales (medidos en escala de 1 a 10) muestran resultados similares al índice general de satisfacción (8.3 de satisfacción con la clínica en la que recibieron atención; 8.5 con la atención médica recibida; calificación media de 8.0 en la calidad del servicio, y 8.7 para el trato recibido). Es de notar que aunque existen niveles de satisfacción altos, estos coexisten con porcentajes no despreciables de problemas identificados (17.6% promedio nacional), con diferencias significativas, principalmente en el tercer nivel de atención en comparación con el valor nacional. Si bien hay diferencias entre niveles de atención en los seis indicadores, los valores *significativamente más bajos* se encuentran en los usuarios del segundo nivel atención (Tabla E.3).

Entre los indicadores de servicios específicos, el menor nivel de satisfacción se encuentra en el abasto de medicamentos, principalmente en el tercer nivel de atención cuyo valor medio es de 6.8 y su diferencia en relación al promedio nacional (7.4) es estadísticamente significativa.

Los indicadores de calidad percibida mostraron valores relativamente superiores al resto de indicadores, en especial en relación a la intención de regresar con el mismo médico, 93.2% de los encuestados indicó que volvería a atenderse con el mismo médico y 92.2 % lo recomendaría. Sin embargo, 88.1% regresaría a la misma unidad médica donde se atendió, lo que parece sugerir que hay circunstancias fuera de la atención del médico que afectan a la satisfacción del

Tabla E.1. Derechohabiencia a Servicios de Salud*

Entidad	IMSS		ISSSTE		ISSSTE Estatal		PEMEX		SEDENA o SEMAR		Seguro Popular		Seguro Privado		Otra institución		No está afiliado		NS/NR		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Aguascalientes	4	0.4	0	0.0	0	0.0	1	0.1	0	0.0	939	97.8	0	0.0	0	0.0	7	0.7	9	0.9	960
Baja California	4	0.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	855	97.8	0	0.0	0	0.0	2	0.2	13	1.5	874
Baja California Sur	1	0.1	4	0.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	842	96.9	0	0.0	2	0.2	0	0.0	20	2.3	869
Campeche	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	840	99.2	0	0.0	3	0.4	1	0.1	3	0.4	847
Coahuila	2	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1017	97.1	0	0.0	0	0.0	9	0.9	19	1.8	1047
Colima	2	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	837	98.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	12	1.4	851
Chiapas	2	0.2	2	0.2	0	0.0	0	0.0	9	1.0	852	93.8	2	0.2	1	0.1	20	2.2	20	2.2	908
Chihuahua	2	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	834	98.9	1	0.1	0	0.0	2	0.2	4	0.5	843
Distrito Federal	0	0.0	32	3.6	0	0.0	1	0.1	0	0.0	855	95.2	1	0.1	1	0.1	5	0.6	3	0.3	898
Durango	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	847	98.9	0	0.0	0	0.0	2	0.2	6	0.7	856
Guanajuato	0	0.0	2	0.2	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1022	98.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	1.0	1035
Guerrero	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	885	99.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	0.6	891
Hidalgo	2	0.2	1	0.1	1	0.1	0	0.0	0	0.0	892	97.9	1	0.1	3	0.3	1	0.1	10	1.1	911
Jalisco	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	856	97.8	0	0.0	0	0.0	1	0.1	18	2.1	875
México	5	0.6	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	884	97.7	0	0.0	0	0.0	5	0.6	10	1.1	905
Michoacán	15	1.4	13	1.2	0	0.0	1	0.1	0	0.0	987	93.3	3	0.3	1	0.1	4	0.4	34	3.2	1058
Morelos	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	841	98.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	11	1.3	852
Nayarit	0	0.0	3	0.3	0	0.0	0	0.0	1	0.1	860	98.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	1.1	874
Nuevo León	2	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	839	97.6	0	0.0	1	0.1	8	0.9	10	1.2	860
Oaxaca	4	0.5	1	0.1	1	0.1	0	0.0	5	0.6	772	97.1	0	0.0	1	0.1	1	0.1	10	1.3	795
Puebla	8	0.9	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	853	96.6	0	0.0	0	0.0	6	0.7	15	1.7	883
Querétaro	17	1.9	5	0.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	868	94.7	0	0.0	2	0.2	8	0.9	17	1.9	917
Quintana Roo	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	842	98.6	0	0.0	0	0.0	2	0.2	9	1.1	854
San Luis Potosí	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	902	98.3	0	0.0	0	0.0	1	0.1	14	1.5	918
Sinaloa	3	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	965	98.5	0	0.0	0	0.0	2	0.2	10	1.0	980
Sonora	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	844	97.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	25	2.9	869
Tabasco	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	867	98.3	0	0.0	2	0.2	4	0.5	9	1.0	882
Tamaulipas	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	836	99.3	0	0.0	0	0.0	4	0.5	2	0.2	842
Tlaxcala	4	0.5	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	0.1	854	97.3	0	0.0	1	0.1	2	0.2	15	1.7	878
Veracruz	4	0.4	1	0.1	0	0.0	1	0.1	1	0.1	893	96.3	1	0.1	1	0.1	13	1.4	12	1.3	927
Yucatán	9	1.0	0	0.0	2	0.2	0	0.0	0	0.0	869	97.4	2	0.2	0	0.0	5	0.6	5	0.6	892
Zacatecas	3	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1010	97.8	0	0.0	0	0.0	5	0.5	15	1.5	1033
Nacional	97	0.3	67	0.2	5	0.0	4	0.0	17	0.1	28159**	97.5	11	0.0	19	0.1	120	0.4	385	1.3	28884***

Notas: (*) No incluye afiliación a más de un esquema. (**) Incluye al total de encuestados, de los cuales 27,935 son entrevistas efectivas, 224 entrevistas incompletas. (***) Total de contactos realizados, distribuidos en: 27,935 entrevistas efectivas, 725 contactos sin Seguro Popular y 224 entrevistas incompletas.

Tabla E.2. Edad, sexo, condición de indígena y situación laboral

Grupo de edad	Sexo de los usuarios		Condición étnica			Laborar la semana pasada			N	
	Hombre	Mujer	Sí	No	Total	Sí	No	Total		
Menos de 5 años	n	1476	1404	223	2657	2880			2880	
	%	51.3%	48.7%	7.7%	92.3%	100%			10.3%	
	95%IC	[49.4, 53.1]	[46.9, 50.6]	[6.8, 8.7]	[91.3, 93.2]				[10, 10.7]	
6-10 años	n	524	528	49	1004	1052			1052	
	%	49.8%	50.2%	4.6%	95.4%	100%			3.8%	
	95%IC	[46.8, 52.8]	[47.2, 53.2]	[3.4, 5.9]	[94.1, 96.6]				[3.5, 4]	
11-20 años	n	806	2138	170	2774	2944	611	2078	2689	2944
	%	27.4%	72.6%	5.8%	94.2%	100%	22.7%	77.3%	100%	10.5%
	95%IC	[25.8, 29]	[71, 74.2]	[4.9, 6.6]	[93.4, 95.1]		[21.1, 24.3]	[75.7, 78.9]		[10.2, 10.9]
21-30 años	n	913	4276	364	4825	5189	2026	3063	5088	5189
	%	17.6%	82.4%	7.0%	93.0%	100%	39.8%	60.2%	100%	18.6%
	95%IC	[16.6, 18.6]	[81.4, 83.4]	[6.3, 7.7]	[92.3, 93.7]		[38.5, 41.2]	[58.8, 61.5]		[18.1, 19]
31-40 años	n	906	3740	305	4341	4646	2276	2282	4559	4646
	%	19.5%	80.5%	6.6%	93.4%	100%	49.9%	50.1%	100%	16.6%
	95%IC	[18.4, 20.6]	[79.4, 81.6]	[5.9, 7.3]	[92.7, 94.1]		[48.5, 51.4]	[48.6, 51.5]		[16.2, 17.1]
41-50 años	n	918	2933	347	3505	3851	1866	1869	3735	3851
	%	23.8%	76.2%	9.0%	91.0%	100%	50.0%	50.0%	100%	13.8%
	95%IC	[22.5, 25.2]	[74.8, 77.5]	[8.1, 9.9]	[90.1, 91.9]		[48.4, 51.6]	[48.4, 51.6]		[13.4, 14.2]
51-60 años	n	917	2379	275	3020	3296	1328	1943	3270	3296
	%	27.8%	72.2%	8.4%	91.6%	100%	40.6%	59.4%	100%	11.8%
	95%IC	[26.3, 29.3]	[70.7, 73.7]	[7.4, 9.3]	[90.7, 92.6]		[38.9, 42.3]	[57.7, 61.1]		[11.4, 12.2]
61-70 años	n	593	1238	218	1614	1831	577	1213	1790	1831
	%	32.4%	67.6%	11.9%	88.1%	100%	32.3%	67.7%	100%	6.6%
	95%IC	[30.2, 34.5]	[65.5, 69.8]	[10.4, 13.4]	[86.6, 89.6]		[30.1, 34.4]	[65.6, 69.9]		[6.3, 6.8]
Más de 70 años	n	523	841	135	1229	1364	315	1014	1329	1364
	%	38.4%	61.6%	9.9%	90.1%	100%	23.7%	76.3%	100%	4.9%
	95%IC	[35.8, 40.9]	[59.1, 64.2]	[8.3, 11.5]	[88.5, 91.7]		[21.4, 26]	[74, 78.6]		[4.6, 5.1]
No contesta o no sabe edad	n	252	629	10	870	881	475	328	802	881
	%	28.6%	71.4%	1.2%	98.8%	100%	59.2%	40.8%	100%	3.2%
	95%IC	[25.6, 31.6]	[68.4, 74.4]	[0.5, 1.9]	[98.1, 99.5]	[100, 100]	[55.8, 62.6]	[37.4, 44.2]	[100, 100]	[2.9, 3.4]
Total*	n	7829	20106	2096	25839	27935	9474	13789	23263	27935
	%	28.0%	72.0%	7.5%	92.5%	100%	40.7%	59.3%	100%	100%
	95%IC	[27.5, 28.6]	[71.4, 72.5]	[7.2, 7.8]	[92.2, 92.8]		[40.1, 41.4]	[58.6, 59.9]		[100, 100]

usuario; esto se refuerza al comparar con el indicador de *calidad del servicio*, el cual tiene la valoración más baja de los indicadores generales (media global de 8.0. Tabla E.3).

Las diferencias también son evidentes entre los estratos de interés, con índices mayores de satisfacción en el medio rural y en pacientes de municipios incluidos en la Cruzada Nacional Contra el Hambre, a excepción del por-

centaje que recomendaría al médico con valor menor en el medio rural en relación al nacional (Tabla E.4).

Comparando el valor del índice de satisfacción entre entidades federativas, se observa que 17 entidades tienen puntajes promedio superiores al valor nacional de 0.86, mientras que el resto (15 entidades) tienen puntajes menores, siendo el puntaje más bajo 0.75 y el mayor 0.90 en una

Tabla E.3. Valoración global de la satisfacción y calidad percibida según nivel de atención

Pregunta	Indicador	1er Nivel Valor (IC95%) n=22544	2do Nivel Valor (IC95%) n=4014	3er Nivel Valor (IC95%) n=1376	Global Valor (IC95%) n=27935
I. Generales					
P83	Satisfacción con la clínica (promedio)	8.3 (8.3, 8.3)	8.1*** (8.1, 8.2)	8.6*** (8.5, 8.7)	8.3 (8.3, 8.3)
P51	Satisfacción con la atención médica recibida (promedio)	8.5 (8.5, 8.5)	8.4*** (8.4, 8.5)	8.8*** (8.7, 8.9)	8.5 (8.5, 8.5)
P46	Calificación calidad del servicio (promedio)	8** (8, 8)	7.7*** (7.6, 7.8)	8 (7.9, 8.1)	8.0 (7.9, 8)
P73	Calificación trato recibido (promedio)	8.7* (8.7, 8.8)	8.6*** (8.5, 8.6)	8.9*** (8.8, 9)	8.7 (8.7, 8.7)
P_I	Índice de satisfacción (promedio)	0.86 (0.86, 0.86)	0.84*** (0.84, 0.85)	0.87*** (0.86, 0.88)	0.86 (0.86, 0.86)
P_C	% Problemas calidad	17*** (16.8, 17.2)	19.9*** (19.4, 20.4)	20.2*** (19.3, 21)	17.6 (17.4, 17.8)
II. Servicios específicos					
PC50	Calificación con la consulta (promedio)	8.9* (8.8, 8.9)	8.7*** (8.7, 8.8)	9*** (8.9, 9)	8.8 (8.8, 8.9)
P56	Satisfacción con abasto medicamentos (promedio)	7.5*** (7.5, 7.5)	7.3*** (7.2, 7.3)	6.8*** (6.7, 7)	7.4 (7.4, 7.5)
PS50	Calificación servicios de laboratorio y gabinete (promedio)	8.1*** (8, 8.1)	8.5*** (8.4, 8.6)	8.7*** (8.6, 8.9)	8.2 (8.2, 8.3)
III. Otros indicadores de calidad percibida global (expectativas tras el servicio recibido).					
P60	% Regresaría al centro	87.9 (87.5, 88.3)	88 (87, 88.9)	91.7*** (90.2, 93.3)	88.1 (87.7, 88.5)
P41	% Volvería con mismo médico	92.9 (92.5, 93.4)	94.6*** (93.6, 95.5)	94.6* (92.7, 96.6)	93.2 (92.8, 93.6)
P42	% Recomendaría médico	92.1 (91.6, 92.6)	92.5 (91.4, 93.7)	95*** (93.1, 96.9)	92.2 (91.8, 92.7)

Nivel de significancia estadística: (*): $p < 0.05$; (**): $p < 0.01$; (***): $p < 0.001$. (*) Datos ponderados a nivel nacional.

escala de 0 a 1. Entre las entidades con valores superiores se encuentran Hidalgo (0.9) en el extremo superior, seguido de Nayarit (0.9), Sinaloa (0.89), Chihuahua (0.89) y Jalisco (0.89), mientras que en el lado opuesto se encuentran Oaxaca (0.75) en el límite inferior, y con valores cercanos, Sonora (0.79), Tlaxcala (0.81), Quintana Roo (0.81), Zacatecas (0.81) y Tabasco (0.81) (Gráfico G.1).

Esta variabilidad, significativa entre entidades federativas, se muestra en todos los indicadores y niveles de atención. Sólo Oaxaca tiene valores significativamente bajos

tanto para el primer como para el segundo nivel de atención, mientras que en tercer nivel se destaca. En el segundo nivel sólo Tabasco se encuentra por debajo del nivel de Oaxaca con un índice de satisfacción de apenas 0.67, siendo el nivel más bajo incluso comparado con el más bajo en los otros niveles de atención. En el caso contrario a Oaxaca se encuentra Nayarit (el segundo más alto en la valoración global) ubicado entre los puntajes más altos del primer y segundo nivel (0.91 y 0.84, respectivamente), pero con la menor calificación en tercero (0.73) (Tabla E.5).

Tabla E.4. Valoración global de la satisfacción y calidad percibida según características poblacionales de interés

Pregunta	Indicador	Medio rural Valor (IC95%) n=9254	Medio urbano Valor (IC95%) n=18681	Población indígena Valor (IC95%) n=2096	Municipios Cruzada Con- tra el Hambre Valor (IC95%) n=20928	Global Valor (IC95%) n=27935
I. Generales						
P83	Satisfacción con la clínica (promedio)	8.4*** (8.4, 8.5)	8.2*** (8.2, 8.3)	8.2*** (8.1, 8.3)	8.3*** (8.3, 8.3)	8.3 (8.3, 8.3)
P51	Satisfacción con la atención médica recibida (promedio)	8.6*** (8.6, 8.7)	8.4*** (8.4, 8.5)	8.5 (8.4, 8.6)	8.5 (8.5, 8.5)	8.5 (8.5, 8.5)
P46	Calificación calidad del servicio (promedio)	8.2*** (8.1, 8.2)	7.8*** (7.8, 7.9)	7.6*** (7.5, 7.7)	7.9*** (7.9, 7.9)	8 (7.9, 8)
P73	Calificación trato recibido (promedio)	8.9*** (8.8, 8.9)	8.7*** (8.6, 8.7)	8.5*** (8.5, 8.6)	8.7* (8.7, 8.7)	8.7 (8.7, 8.7)
P_I	Índice de satisfacción (promedio)	0.87*** (0.87, 0.87)	0.85*** (0.85, 0.85)	0.84*** (0.84, 0.85)	0.86 (0.85, 0.86)	0.86 (0.86, 0.86)
P_C	% Problemas calidad	14.4*** (14, 14.8)	19.1*** (18.9, 19.4)	19.9*** (19.1, 20.7)	18.1*** (17.9, 18.4)	17.6 (17.4, 17.8)
II. Servicios específicos						
PC50	Calificación con la consulta (promedio)	9*** (9, 9)	8.8*** (8.7, 8.8)	8.6*** (8.5, 8.7)	8.8 (8.8, 8.8)	8.8 (8.8, 8.9)
P56	Satisfacción con abasto medicamentos (promedio)	7.7*** (7.6, 7.7)	7.3*** (7.3, 7.4)	7.3*** (7.1, 7.4)	7.4 (7.4, 7.5)	7.4 (7.4, 7.5)
PS50	Calificación servicios de laboratorio y gabinete (promedio)	8.2 (8, 8.4)	8.3 (8.2, 8.3)	7.9** (7.6, 8.2)	8.3* (8.2, 8.4)	8.2 (8.2, 8.3)
III. Otros indicadores de calidad percibida global (expectativas tras el servicio recibido).						
P60	% Regresaría al centro	89.1** (88.3, 90)	87.6** (87.1, 88)	88.6 (87.1, 90.1)	88.2 (87.8, 88.7)	88.1 (87.7, 88.5)
P41	% Volvería con mismo médico	92.9 (91.9, 93.9)	93.4 (92.9, 93.8)	93.2 (91.5, 94.9)	93.6 (93.1, 94.1)	93.2 (92.8, 93.6)
P42	% Recomendaría médico	93.1* (92.1, 94.1)	91.8* (91.3, 92.3)	91.8 (90, 93.7)	92.5 (92, 93.1)	92.2 (91.8, 92.7)

Nivel de significancia estadística: (*): p<0.05; (**): p<0.01; (***): p<0.001. (*). Datos ponderados a nivel nacional

De manera complementaria al índice de satisfacción se calculó el porcentaje de problemas de calidad, como un indicador que identifica de forma agregada la frecuencia de problemas concretos y susceptibles de mejora. Este indicador presenta diferencias importantes por entidad federativa de hasta 8 puntos porcentuales por encima del promedio nacional (Sonora 25.7%) y 5.6 puntos por debajo (Chihuahua 12%). La imagen de problemas es casi un espejo con el índice de satisfacción, encontrando las cinco entidades con mayor porcentaje de problemas, dentro de las seis

con menor puntaje en el índice de satisfacción (Gráfico G.2 vs Gráfico G.1).

Como se ha comentado antes, a pesar de los generalmente elevados valores de los indicadores de satisfacción, aún subsisten problemas que parecen estar estrechamente asociados a la satisfacción del usuario. El promedio nacional de problemas identificados fue de un 17.6% de los posibles problemas de calidad indagados, con un rango que va del 12 al 25.7 por ciento. Esta variabilidad se observa también entre niveles de atención teniendo los valores pro-

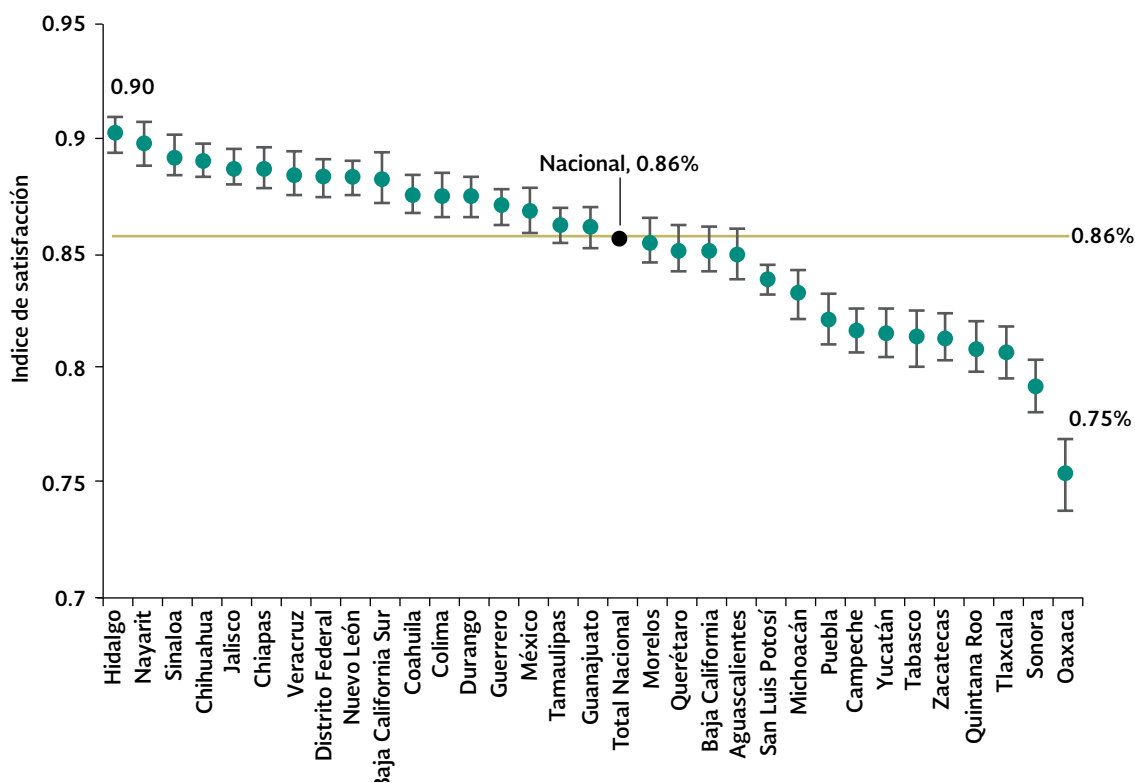


Gráfico G.1. Índice de satisfacción según entidad federativa

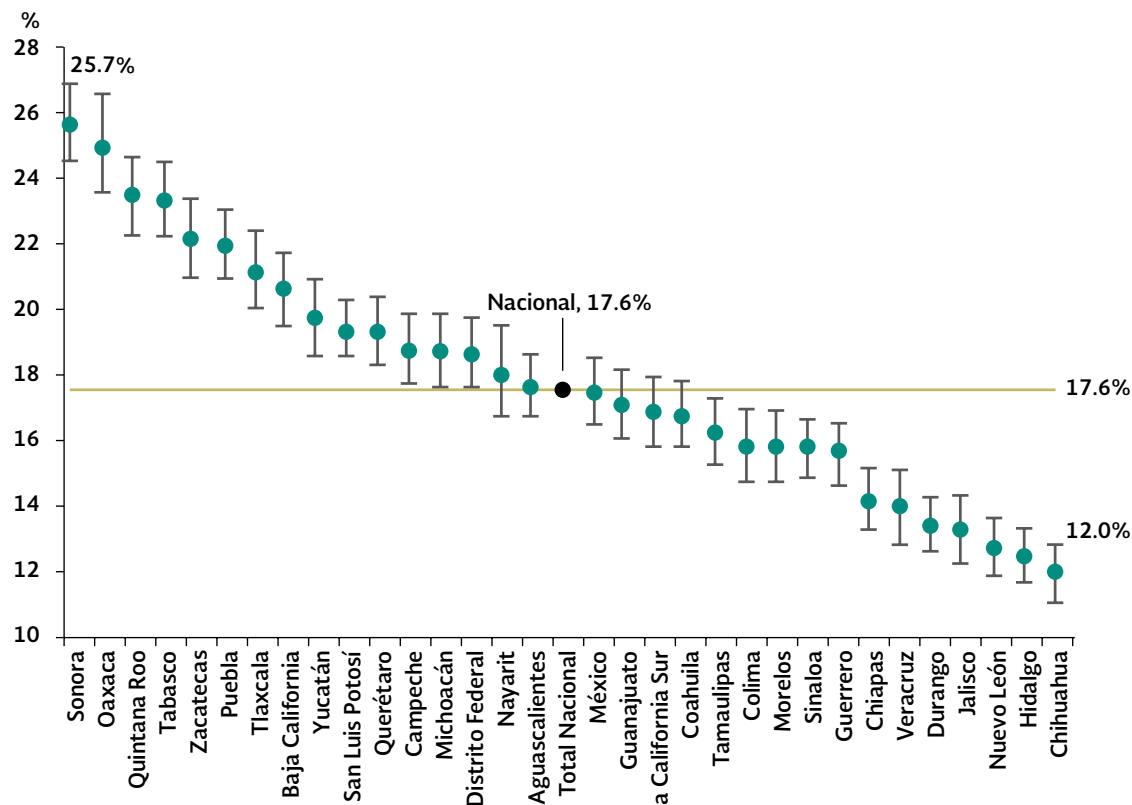


Gráfico G.2. Porcentaje de problemas de calidad en la atención médica según entidad federativa

Tabla E.5. Índice de satisfacción según entidad federativa y nivel de atención**

Entidad*	Primer nivel		Segundo nivel		Tercer nivel		Global	
	N	% [95%IC]	N	% [95%IC]	N	% [95%IC]	N	% [95%IC]
Aguascalientes	715	0.86 [0.84, 0.87]	140	0.82 [0.79, 0.84]	77	0.84 [0.8, 0.87]	932	0.85 [0.84, 0.86]
Baja California	716	0.85 [0.84, 0.86]	131	0.84 [0.81, 0.86]	0		847	0.85 [0.84, 0.86]
Baja California Sur	671	0.89 [0.88, 0.9]	161	0.87 [0.84, 0.89]	0		832	0.88 [0.87, 0.89]
Campeche	634	0.83 [0.82, 0.84]	162	0.76 [0.73, 0.78]	39	0.79 [0.75, 0.83]	835	0.82 [0.81, 0.83]
Coahuila	753	0.89 [0.88, 0.9]	229	0.84 [0.82, 0.86]	29	0.93 [0.9, 0.96]	1011	0.88 [0.87, 0.89]
Colima	666	0.88 [0.87, 0.89]	132	0.85 [0.82, 0.88]	33	0.8 [0.75, 0.86]	831	0.88 [0.87, 0.89]
Chiapas	701	0.88 [0.87, 0.89]	111	0.95 [0.93, 0.97]	32	0.9 [0.85, 0.96]	844	0.89 [0.88, 0.9]
Chihuahua	704	0.9 [0.89, 0.9]	64	0.88 [0.85, 0.91]	64	0.86 [0.84, 0.89]	832	0.89 [0.88, 0.9]
Distrito Federal	563	0.88 [0.87, 0.89]	64	0.85 [0.82, 0.89]	210	0.9 [0.88, 0.91]	837	0.88 [0.88, 0.89]
Durango	529	0.87 [0.86, 0.88]	287	0.89 [0.88, 0.9]	27	0.83 [0.76, 0.91]	843	0.88 [0.87, 0.88]
Guanajuato	858	0.88 [0.87, 0.88]	151	0.8 [0.77, 0.83]	0		1009	0.86 [0.85, 0.87]
Guerrero	756	0.87 [0.87, 0.88]	126	0.86 [0.85, 0.88]	0		882	0.87 [0.86, 0.88]
Hidalgo	852	0.9 [0.89, 0.91]	33	0.92 [0.86, 0.98]	0		885	0.9 [0.9, 0.91]
Jalisco	622	0.9 [0.89, 0.91]	136	0.82 [0.8, 0.85]	96	0.9 [0.88, 0.91]	854	0.89 [0.88, 0.9]
México	811	0.87 [0.86, 0.88]	32	0.86 [0.82, 0.9]	32	0.79 [0.73, 0.84]	875	0.87 [0.86, 0.88]
Michoacán	822	0.83 [0.82, 0.84]	128	0.81 [0.78, 0.84]	30	0.9 [0.87, 0.93]	980	0.83 [0.82, 0.84]
Morelos	705	0.85 [0.84, 0.86]	99	0.83 [0.8, 0.87]	33	0.95 [0.93, 0.97]	837	0.86 [0.85, 0.87]
Nayarit	551	0.91 [0.9, 0.93]	278	0.84 [0.82, 0.86]	31	0.73 [0.66, 0.8]	860	0.9 [0.89, 0.91]
Nuevo León	675	0.89 [0.88, 0.9]	157	0.85 [0.83, 0.87]	0		832	0.88 [0.88, 0.89]
Oaxaca	664	0.75 [0.74, 0.77]	47	0.74 [0.68, 0.8]	59	0.82 [0.78, 0.86]	770	0.75 [0.74, 0.77]
Puebla	643	0.81 [0.8, 0.83]	160	0.86 [0.84, 0.88]	31	0.86 [0.81, 0.91]	834	0.82 [0.81, 0.83]
Querétaro	724	0.85 [0.84, 0.86]	138	0.87 [0.85, 0.88]	0		862	0.85 [0.84, 0.86]
Quintana Roo	623	0.82 [0.81, 0.83]	174	0.77 [0.75, 0.8]	36	0.8 [0.75, 0.85]	833	0.81 [0.8, 0.82]
San Luis Potosí	759	0.85 [0.84, 0.85]	83	0.79 [0.77, 0.82]	49	0.83 [0.78, 0.88]	891	0.84 [0.83, 0.85]
Sinaloa	758	0.9 [0.89, 0.91]	154	0.87 [0.84, 0.89]	36	0.91 [0.87, 0.96]	948	0.89 [0.89, 0.9]

Continúa...

...continuación

Sonora	403	0.79 [0.77, 0.8]	355	0.81 [0.78, 0.83]	79	0.84 [0.81, 0.87]	837	0.79 [0.78, 0.8]
Tabasco	738	0.83 [0.82, 0.84]	94	0.67 [0.63, 0.7]	32	0.91 [0.85, 0.96]	864	0.81 [0.8, 0.83]
Tamaulipas	618	0.86 [0.86, 0.87]	211	0.84 [0.82, 0.85]	3	0.97 [0.9, 1]	832	0.86 [0.86, 0.87]
Tlaxcala	597	0.81 [0.8, 0.83]	209	0.78 [0.75, 0.8]	40	0.8 [0.74, 0.85]	846	0.81 [0.8, 0.82]
Veracruz	628	0.89 [0.88, 0.9]	190	0.9 [0.88, 0.91]	60	0.82 [0.78, 0.87]	878	0.89 [0.88, 0.89]
Yucatán	705	0.82 [0.81, 0.83]	129	0.79 [0.77, 0.81]	32	0.81 [0.77, 0.84]	866	0.82 [0.81, 0.83]
Zacatecas	741	0.81 [0.8, 0.82]	215	0.82 [0.8, 0.84]	39	0.83 [0.79, 0.87]	995	0.81 [0.8, 0.82]
Nacional	21905	0.86 [0.86, 0.86]	4780	0.84 [0.84, 0.85]	1229	0.87 [0.86, 0.88]	27914*	0.86 [0.86, 0.86]

Notas: (*) La diferencia en total nacional se debe a 21 encuestados que no respondieron a las preguntas que forman el índice de satisfacción.

(**) La "N" mostrada en la tabla corresponde al conteo real de observaciones de la encuesta con las que se estima el índice ponderado, reportado con un intervalo de confianza del 95%.

Tabla E.6. Porcentaje de problemas de calidad según entidad federativa y nivel de atención (Atención médica)

Entidad*	Primer nivel			Segundo nivel			Tercer nivel			Global		
	N	% [95%IC]	Orden	N	% [95%IC]	Orden	N	% [95%IC]	Orden	N	% [95%IC]	Orden
Sonora	403	26.1 [24.4, 27.8]	1	355	22.9 [20.8, 25.1]	11	79	23.5 [20.1, 26.9]	11	837	25.7 [24.5, 26.9]	1
Oaxaca	665	24.6 [23, 26.2]	2	47	28.4 [22, 34.8]	3	59	27.5 [23.3, 31.7]	6	771	25 [23.5, 26.5]	2
Quintana Roo	625	21.7 [20.4, 23]	6	174	30 [27.4, 32.6]	2	36	21.1 [16, 26.2]	12	835	23.4 [22.3, 24.6]	3
Tabasco	738	22.3 [21.1, 23.5]	3	94	30.2 [27.4, 33]	1	32	24.5 [21.1, 27.8]	8	864	23.3 [22.2, 24.4]	4
Zacatecas	741	22 [20.6, 23.3]	5	215	22.7 [20.4, 25]	12	39	23.9 [18.7, 29.1]	10	995	22.2 [21, 23.3]	5
Puebla	643	22.2 [21, 23.5]	4	160	20.5 [18.2, 22.8]	18	31	21 [16.3, 25.6]	13	834	22 [20.9, 23.1]	6
Tlaxcala	597	20.5 [19.1, 22]	7	209	23.2 [20.8, 25.5]	10	40	27.6 [21.2, 33.9]	5	846	21.2 [20, 22.4]	7
Baja California	717	20.2 [19, 21.3]	8	131	23.5 [20.8, 26.2]	8	-	-	-	848	20.6 [19.5, 21.7]	8
Yucatán	705	18.9 [17.6, 20.2]	11	129	24.9 [22.1, 27.6]	6	32	20.4 [15.9, 24.9]	14	866	19.7 [18.6, 20.9]	9
San Luis Potosí	759	17.7 [16.9, 18.5]	13	83	20.9 [18, 23.7]	16	49	32.1 [27.8, 36.3]	2	891	19.4 [18.5, 20.2]	10
Querétaro	724	19.6 [18.4, 20.8]	9	138	17.6 [15.6, 19.5]	23	-	-	-	862	19.3 [18.2, 20.4]	11
Campeche	634	17.5 [16.4, 18.6]	14	162	22.2 [19.7, 24.6]	14	39	28.4 [22.2, 34.6]	3	835	18.8 [17.7, 19.8]	12
Michoacán	825	19 [17.8, 20.1]	10	128	17.1 [13.4, 20.9]	24	30	20.4 [15.1, 25.7]	15	983	18.7 [17.7, 19.8]	13

Continúa...

...continuación

Distrito Federal	563	17.7 [16.6, 18.9]	12	64	22.3 [17.9, 26.8]	13	210	19.3 [17.2, 21.4]	17	837	18.7 [17.6, 19.7]	14
Nayarit	551	15.8 [14.2, 17.4]	19	278	26.5 [23.9, 29.2]	4	31	40.9 [31.4, 50.3]	1	860	18.1 [16.7, 19.4]	15
Aguascalientes	715	15.8 [14.9, 16.8]	18	140	23.3 [21.2, 25.5]	9	77	27.2 [24.3, 30.1]	7	932	17.7 [16.8, 18.5]	16
México	811	17 [15.9, 18]	15	32	23.6 [18.4, 28.7]	7	32	17.1 [13.1, 21.2]	20	875	17.5 [16.5, 18.5]	17
Guanajuato	859	15.1 [14.1, 16.1]	23	151	26.5 [23.6, 29.3]	5	-	-	-	1010	17.2 [16.1, 18.2]	18
Baja California Sur	671	16.3 [15.2, 17.5]	16	161	18.8 [16.6, 21]	22	-	-	-	832	16.9 [15.8, 17.9]	19
Coahuila	753	14.9 [13.8, 16]	24	229	20.8 [18.7, 23]	17	29	17.5 [12.7, 22.3]	19	1011	16.7 [15.8, 17.7]	20
Tamaulipas	618	15.2 [14.1, 16.3]	22	211	21.8 [19.7, 23.8]	15	3	11.6 [6.2, 17.1]	24	832	16.3 [15.3, 17.2]	21
Colima	667	15.4 [14.2, 16.6]	21	132	16.3 [13.3, 19.3]	25	33	27.7 [18.9, 36.6]	4	832	15.8 [14.7, 17]	22
Morelos	706	16.1 [14.9, 17.3]	17	99	16.1 [13, 19.3]	26	33	7.8 [4.3, 11.2]	25	838	15.8 [14.7, 16.9]	23
Sinaloa	758	14.6 [13.7, 15.6]	25	154	19.2 [17, 21.5]	20	36	14.5 [10.9, 18.2]	22	948	15.7 [14.9, 16.6]	24
Guerrero	756	15.6 [14.6, 16.6]	20	126	15.8 [13.7, 18]	27	-	-	-	882	15.6 [14.8, 16.5]	25
Chiapas	702	14.3 [13.3, 15.3]	26	111	11.9 [9.8, 14.1]	32	32	20.2 [14, 26.4]	16	845	14.2 [13.3, 15.1]	26
Veracruz	632	13 [11.7, 14.4]	28	192	12.3 [10.5, 14]	31	60	24.4 [19.8, 29.1]	9	884	13.9 [12.8, 15]	27
Durango	529	13.3 [12.2, 14.3]	27	287	13.5 [11.9, 15]	30	27	18.8 [14.3, 23.4]	18	843	13.4 [12.5, 14.3]	28
Jalisco	622	11.8 [10.8, 12.9]	30	137	20.2 [17.1, 23.3]	19	96	12.9 [10.7, 15.1]	23	855	13.3 [12.3, 14.2]	29
Nuevo León	677	11.4 [10.6, 12.3]	31	157	19.2 [16.8, 21.5]	21	-	-	-	834	12.7 [11.9, 13.5]	30
Hidalgo	852	12.2 [11.3, 13.1]	29	33	13.9 [10.2, 17.6]	29	-	-	-	885	12.4 [11.5, 13.2]	31
Chihuahua	705	11 [10.1, 11.9]	32	64	14.6 [11.3, 17.9]	28	64	16.6 [13.3, 19.9]	21	833	12 [11.1, 12.8]	32
Nacional	21923	17 [16.8, 17.2]		4783	19.9 [19.4, 20.4]		1229	20.2 [19.3, 21.0]		27935	17.6 [17.4, 17.8]	

Nota: La "N" mostrada en la tabla corresponde al conteo de observaciones de la encuesta con las que se estima el porcentaje ponderado reportado con un intervalo de confianza del 95%. (Ponderación a nivel estatal).

medio más altos en segundo y tercer nivel (19.9 y 20.2%, respectivamente), pero sin mantener un orden o patrón similar entre los tres niveles de atención (Tabla E.6).

4.4. Accesibilidad y atención previa

El tiempo promedio de traslado a una unidad de primer nivel es de 45.5 minutos. El promedio hasta un hospital de segundo o tercer nivel aumenta considerablemente, hasta 114 minutos para tercer nivel, y 70 minutos para un hos-

pital del segundo nivel de atención (Tabla E.7). El tiempo promedio para asistencia de urgencias es en promedio 76.3 minutos.

Entre entidades federativas los tiempos son muy heterogéneos y no guardan ninguna relación por niveles de atención. Así por ejemplo, el rango en tiempos para llegar a la unidad médica va de 23.4 min (Nuevo León) a 87 min (Veracruz) en primer nivel; mientras que va de 40.6 min (Guerrero) a 136.7 min (Oaxaca) en el segundo nivel de atención, y llega a un máximo de 195 min (Durango) y un

mínimo de 28.5 (Estado de México) para llegar a un hospital del tercer nivel.

Respecto a la Atención previa en otro lugar, el 4.5% de los encuestados, a nivel nacional, indicó haber buscado atención en otro lugar antes de acudir a la unidad médica en que se atendió el día de la encuesta. En Distrito Fede-

ral y Aguascalientes más del 10% de los encuestados buscó atención previa en otro lugar, mientras que en Campeche, Guerrero y Tabasco, menos del 1% manifestó haber buscado atención previamente en otro lugar (Tabla E.8).

Del total de los afiliados que respondieron haber recibido atención previa en otro lugar, 38.9% indicó haber

Tabla E.7. Tiempos de traslado a unidad de atención

P33. Aproximadamente ¿cuánto tiempo tardó en llegar a este establecimiento?

Tiempo promedio en minutos

Entidad	Primer Nivel	Se-gundo Nivel	Tercer Nivel	Global
01 Aguascalientes	61.8	56.2	63.5	61.6
02 Baja California	84.0	73.1	-	82.3
03 Baja California Sur	43.2	79.6	-	54.3
04 Campeche	30.6	76.3	77.7	40.3
05 Coahuila	31.1	54.3	127.1	40.8
06 Colima	27.2	45.8	95.2	32.2
07 Chiapas	54.8	74.6	180.8	60.2
08 Chihuahua	35.8	98.5	59.1	47.5
09 Distrito Federal	37.1	70.0	139.8	80.1
10 Durango	46.5	45.2	195.0	47.4
11 Guanajuato	42.4	86.1	-	47.4
12 Guerrero	40.0	40.6	-	40.1
13 Hidalgo	39.7	50.9	-	41.9
14 Jalisco	35.7	56.5	99.8	47.3
15 México	38.2	66.2	28.5	42.1
16 Michoacán	63.8	66.9	145.5	67.6
17 Morelos	25.6	42.1	39.9	28.0
18 Nayarit	26.9	57.2	126.0	34.2
19 Nuevo León	23.4	66.3	-	40.4
20 Oaxaca	56.0	136.7	182.6	69.6
21 Puebla	34.9	96.0	109.0	48.8
22 Querétaro	54.1	69.0	-	58.6
23 Quintana Roo	53.1	71.0	147.4	59.3
24 San Luis Potosí	62.2	75.2	105.2	71.3
25 Sinaloa	48.0	89.7	87.2	59.1
26 Sonora	58.4	72.3	120.2	61.7
27 Tabasco	43.6	41.1	-	43.1
28 Tamaulipas	53.3	77.6	-	57.7
29 Tlaxcala	23.7	60.5	78.1	32.1
30 Veracruz	87.2	69.4	91.0	84.0
31 Yucatán	27.7	56.2	123.4	35.1
32 Zacatecas	75.2	70.4	56.1	73.3
Nacional	45.5	70.2	114	54.4

Tabla E.8. Atención previa en otro lugar según entidad federativa

Entidad	Sí (%) N= 1,214	No (%) N= 25,998
01 Aguascalientes	10.3	89.7
02 Baja California	4.4	95.6
03 Baja California Sur	2.2	97.8
04 Campeche	0.9	99.1
05 Coahuila	4.4	95.6
06 Colima	3.6	96.4
07 Chiapas	2.4	97.6
08 Chihuahua	2.3	97.7
09 Distrito Federal	13.1	86.9
10 Durango	4.8	95.2
11 Guanajuato	3.3	96.7
12 Guerrero	0.7	99.3
13 Hidalgo	4.7	95.3
14 Jalisco	7.0	93.0
15 México	6.1	93.9
16 Michoacán	3.5	96.5
17 Morelos	3.3	96.7
18 Nayarit	3.6	96.4
19 Nuevo León	3.1	96.9
20 Oaxaca	4.3	95.7
21 Puebla	4.5	95.5
22 Querétaro	7.5	92.5
23 Quintana Roo	2.4	97.6
24 San Luis Potosí	3.7	96.3
25 Sinaloa	9.1	90.9
26 Sonora	2.3	97.7
27 Tabasco	0.7	99.3
28 Tamaulipas	2.9	97.1
29 Tlaxcala	4.5	95.5
30 Veracruz	2.6	97.4
31 Yucatán	1.8	98.2
32 Zacatecas	2.0	98.0
Nacional	4.5	95.5

Nota: (*) El total nacional no corresponde al total de encuestas en análisis (27,935) debido a 723 observaciones sin respuesta

acudido a un médico privado, siendo éste el lugar de mayor frecuencia, seguido de otro centro de salud u hospital de la Secretaría de Salud (35.1%), y consultorio anexo a farmacias (16.2%). Hubo variabilidad entre entidades federati-

vas, donde incluso, en un porcentaje considerable, las unidades del IMSS fueron la opción más frecuente de atención previa en entidades como Querétaro, Coahuila, Guerrero o Michoacán (Tabla E.9).

Tabla E.9. Atención previa en otro lugar según entidad federativa y lugar

ENTIDAD	IMSS (%)	ISSSTE (%)	Consultorio de farmacia (%)	Médico privado (%)	Otro (%)	NS/NR (%)	TOTAL n (%)
Aguascalientes	4.1	1.2	20.9	43.5	21.6	8.6	18 (100)
Baja California	4.9	0	17.9	24.2	37.5	15.6	24 (100)
Baja California Sur	0	0	9.4	47.4	19.6	23.6	2 (100)
Campeche	0	0	27.8	0	72.2	0	2 (100)
Coahuila	15.9	0	9.7	32.7	20	21.8	17 (100)
Colima	0	4.4	5.6	57.3	29.1	3.7	4 (100)
Chiapas	7.5	2.4	3.7	44.1	36.5	5.8	40 (100)
Chihuahua	0	0	16.7	38.4	21.2	23.7	14 (100)
Distrito Federal	1.8	4.8	9.1	21.8	61.6	1	177 (100)
Durango	0.6	0	38.4	20.6	24.2	16.1	18 (100)
Guanajuato	0	0	26.6	39.3	34.1	0	48 (100)
Guerrero	15.6	0	5.6	26.9	48	3.9	8 (100)
Hidalgo	2.8	0	37.4	46.4	11.5	1.9	38 (100)
Jalisco	2.4	2.4	16.6	34.8	39	4.8	97 (100)
México	0	0	15.3	47.1	37.6	0	203 (100)
Michoacán	14.9	2.3	29.8	21	23.2	8.8	38 (100)
Morelos	0	0	7.8	49.7	38.3	4.2	16 (100)
Nayarit	0	0	7	47.8	32	13.2	11 (100)
Nuevo León	9.1	0	12.1	33.5	45.3	0	17 (100)
Oaxaca	4.8	0	30.3	50	8.7	6.3	56 (100)
Puebla	8.3	0	7.6	65	19.1	0	70 (100)
Querétaro	33	1.7	8.4	47.8	4.4	4.6	33 (100)
Quintana Roo	6.8	0	18.7	20.4	42.9	11.3	7 (100)
San Luis Potosí	0	0	15.2	33.1	48.6	3.2	27 (100)
Sinaloa	5.6	8.9	9.4	55.3	18	2.7	50 (100)
Sonora	4.9	1.5	21.8	39.6	21.7	10.6	10 (100)
Tabasco	0	0	0	73.7	26.4	0	6 (100)
Tamaulipas	0	0	3.3	15.2	63.5	18	19 (100)
Tlaxcala	0	0	15.9	38.2	38.8	7.1	20 (100)
Veracruz	0	0	29.1	33.6	31.4	5.9	51 (100)
Yucatán	6	0	0	20.7	65.9	7.4	8 (100)
Zacatecas	3.9	0	40.8	35.8	17.9	1.6	9 (100)
Nacional n (%)	47 (4)	18 (1.6)	187 (16.2)	450 (38.9)	406 (35.1)	49 (4.2)	1,156 (100)

4.5. Imagen y conocimiento del Seguro Popular por parte de los afiliados

Entre los afiliados encuestados, el Seguro Popular es asociado principalmente con consulta médica gratuita (42.2%) y al Derecho a la Salud (34.8%). Esto hace una diferencia con los resultados en años previos donde los usuarios asociaban el Seguro Popular de manera importante con la idea de gratuidad de las medicinas, que este año representa sólo el 18.4 de las asociaciones. En menor porcentaje, los usuarios asocian el Seguro Popular con establecimientos de salud cercanos a su domicilio (3.8%) (Tabla E.10).

Por otra parte, es importante señalar que existe una importante proporción de usuarios que desconoce los beneficios de la afiliación. Por ejemplo, 48% de los encuestados no sabe que el Seguro Popular cubre enfermedades de alto costo como cáncer a través de un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), y sólo cerca de la mitad de los afiliados encuestados (48.9%) sabe que puede atenderse en cualquier parte del territorio nacional (Tabla E.11).

Los datos anteriores cobran mayor relevancia si se considera que cerca del 29.6% de los encuestados se afilia al sentirse enfermo, y un porcentaje similar se afilia bajo la idea de que es gratis y no cuesta nada. Mientras que en menor proporción, 20.3% se afilia por recomendación, o por ser beneficiarios de otros programas como PROSPERA; este último junto a la afiliación por publicidad o a instancias de los propios profesionales de salud, son opciones minoritarias que no superan 10% de los casos. Esto da idea de que, en su mayor parte, la afiliación al Seguro Popular responde a una necesidad de cubrir los costos de una enfermedad, más que a una necesidad de cobertura para prevenir y cuidar la salud de la familia.

4.6. Indicadores complementarios de calidad percibida global

Para complementar los indicadores generales de satisfacción y calidad, se consideraron tres indicadores adicionales de calidad percibida global que resumen las expectativas tras el servicio recibido (porcentaje de usuarios que regresarían al centro donde se atendieron, porcentaje de usuarios que regresarían con el médico que los atendió, y porcentaje de usuarios quienes recomendarían al médico que los atendió).

El porcentaje de usuarios que afirma que regresaría a atenderse con el mismo médico, así como aquellos que lo recomendarían, supera el 90% en ambos casos (93.2% y 92.2%, respectivamente). Este promedio es ligeramen-

te menor al de la intención de regresar a la misma unidad donde fueron atendidos se trata (88.1%).

La variación entre entidades no es muy grande en lo que se refiere al porcentaje que recomendaría al médico que los atendió, en ambos casos la variación es de alrededor de 10 puntos porcentuales entre el valor más alto y el más bajo. La excepción es Oaxaca, donde los dos indicadores presentan el valor más bajo y por debajo del 80%, a dife-

Tabla E.10. Ideas asociadas al Seguro Popular

P12 ¿Cuando usted escucha Seguro Popular, ¿con cuál de las siguientes frases lo relaciona?		
NACIONAL		
Frase de asociación	%	n= 27,935 % acumulado
Consulta médica gratuita	42.2	42.2
Derecho a la Salud	34.8	77.0
Medicinas sin costo	18.4	95.4
Establecimientos de salud cercanos a mi domicilio	3.8	99.2
No contestó	1.0	100

Tabla E.11 Conocimiento de derechos y tipo de asistencia por nivel de atención

NACIONAL							
P9 ¿Sabe usted que el Seguro Popular cubre enfermedades de alto costo como cáncer a través de un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos?							
Primer Nivel		Segundo Nivel		Tercer Nivel		Global	
n=	% Sí	n=	% Sí	n=	% Sí	n=	% Sí
11633	51.6	2046	51.0	861	63	14540	52.0

NACIONAL							
P23 ¿Sabía usted que con su afiliación al Seguro Popular puede recibir atención en cualquier estado de la República?							
Primer Nivel		Segundo Nivel		Tercer Nivel		Global	
n=	% Sí	n=	% Sí	n=	% Sí	n=	% Sí
10758	47.7	2188	54.5	710	51.6	13656	48.9

NACIONAL							
P91 ¿El gestor le ha vuelto a informar sobre sus derechos y obligaciones?							
Primer Nivel		Segundo Nivel		Tercer Nivel		Global	
n=	% Sí	n=	% Sí	n=	% Sí	n=	% Sí
230	39.7	106	47.5	39	46.4	375	42.3

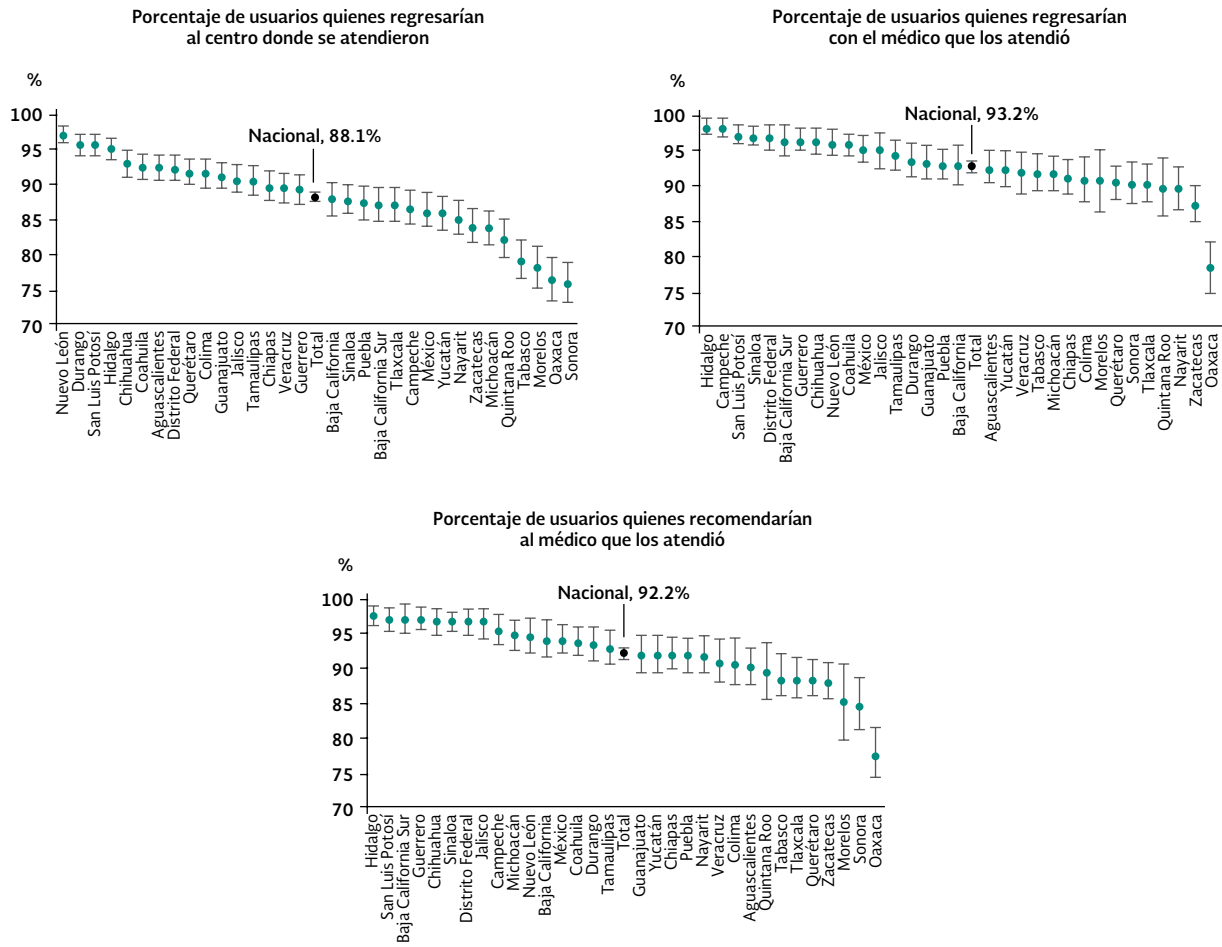


Gráfico G.3. Valoración de las expectativas tras el servicio recibido

rencia del resto de entidades. Los valores más bajos se aprecian en el porcentaje de usuarios que volverían a la unidad médica, en un rango de 76 a 97 por ciento. Destaca que en los tres indicadores la mitad de las entidades se ubican con valores por arriba del promedio nacional (Gráfico G.3).

4.7. Asociación entre indicadores de calidad percibida y satisfacción con la atención recibida

Anteriormente, al comentar los resultados de los indicadores generales se ha advertido sobre la asociación de los problemas de calidad y el índice de satisfacción. Esta misma asociación se observa en casi la totalidad de indicadores sobre problemas específicos de calidad percibida en la atención a la salud, en el sentido de que en los encuestados que contestan las opciones que se consideran problema de calidad muestran también una satisfacción menor que el resto de los encuestados.

En relación con la atención recibida, sólo tres de los 28 indicadores sobre problemas de calidad percibida muestran niveles de satisfacción menores en aquellos que no reportan problemas, aunque en sólo dos de ellos (conocimiento del procedimiento para dar de baja a un integrante de la familia del Seguro Popular; conocimiento de los pasos para presentar una queja) la diferencia es estadísticamente significativa con relación a los usuarios que si reportan problemas de calidad. En el resto de indicadores (25 indicadores) la satisfacción es mayor en los usuarios que no reportan problemas de calidad y en su mayoría (18 indicadores) la diferencia es significativa (Tabla E.12).

De los 28 indicadores relacionados con la atención recibida, 22 presentan niveles de satisfacción menores en aquellos usuarios que reportaron percibir problemas, comparado contra los que no. En el caso del índice de satisfacción, los 28 indicadores muestran valores inferiores en los

usuarios encuestados que perciben problemas en la calidad del servicio.

Las diferencias más grandes en la satisfacción de los encuestados que perciben los problemas y los que no los perciben (tanto en la satisfacción con la atención recibida como en el índice de satisfacción), se encontraron en pri-

mer lugar, en los indicadores relacionados a la actuación de los profesionales que los atendieron (No le pareció bueno el servicio de enfermería), en segundo lugar, con problemas de comunicación (El médico no le dio oportunidad para preguntar las dudas; El médico no le dio explicaciones del tratamiento), y en tercer lugar con indicadores relaciona-

Tabla E.12. Asociación de los indicadores de calidad percibida con la satisfacción con la atención recibida y el índice de satisfacción.

Indicador	Satisfacción con la atención recibida			Índice de satisfacción		
	Promedio sin problema	Promedio con problema	Diferencia	Promedio sin problema	Promedio con problema	Diferencia
El médico no le dio oportunidad para preguntar las dudas	8.7 [8.6, 8.7]	6.9 [6.8, 7]	1.76 ***	0.87 [0.87, 0.88]	0.69 [0.68, 0.7]	0.19 ***
No le pareció bueno el servicio de enfermería	8.9 [8.8, 8.9]	7.1 [7, 7.2]	1.74 ***	0.89 [0.89, 0.89]	0.71 [0.71, 0.72]	0.17 ***
Considera que las condiciones del lugar no son buenas	8.9 [8.9, 8.9]	7.8 [7.7, 7.8]	1.12 ***	0.89 [0.89, 0.9]	0.78 [0.78, 0.79]	0.11 ***
El tiempo que esperó para que lo atendieran le pareció largo	8.8 [8.8, 8.8]	7.7 [7.7, 7.8]	1.05 ***	0.91 [0.9, 0.91]	0.74 [0.73, 0.74]	0.17 ***
El médico no le dio explicaciones del tratamiento	8.7 [8.6, 8.7]	7.9 [7.8, 8]	0.78 ***	0.89 [0.89, 0.89]	0.76 [0.76, 0.77]	0.13 ***
En el lugar de atención esperó más de 30 minutos para que lo atendieran	8.7 [8.6, 8.7]	8.3 [8.3, 8.3]	0.38 ***	0.89 [0.89, 0.89]	0.83 [0.82, 0.83]	0.06 ***
Le cobraron por la consulta	8.6 [8.6, 8.6]	8.4 [8.2, 8.6]	0.23 **	0.86 [0.86, 0.87]	0.82 [0.8, 0.84]	0.05 ***
El médico no le ha dicho qué hacer en caso de que se presenten episodios de baja de azúcar	9 [8.8, 9.1]	8.7 [8.6, 8.9]	0.23 **	0.89 [0.88, 0.9]	0.88 [0.87, 0.89]	0.01 *
Durante la consulta no le dudas sobre los medicamentos que toma o aplicación de insulina	9 [8.9, 9.2]	8.8 [8.6, 9]	0.22 *	0.91 [0.9, 0.92]	0.88 [0.87, 0.89]	0.03 ***
Compró medicamentos y/o material para su atención	8.6 [8.6, 8.6]	8.4 [8.3, 8.5]	0.17 ***	0.87 [0.86, 0.87]	0.82 [0.81, 0.83]	0.05 ***
Durante la consulta no le sugirió acudir a grupos de educación en diabetes	9 [8.9, 9.2]	8.9 [8.7, 9]	0.17 *	0.92 [0.91, 0.93]	0.88 [0.87, 0.89]	0.04 ***
No sabe que hay un Gestor de Seguro Popular en los establecimientos de salud	8.6 [8.6, 8.7]	8.5 [8.4, 8.5]	0.16 ***	0.87 [0.86, 0.87]	0.85 [0.85, 0.86]	0.01 ***
Más de 6 meses sin dieta para el control de diabetes	8.9 [8.8, 9]	8.7 [8.6, 8.9]	0.16 *	0.89 [0.88, 0.9]	0.87 [0.86, 0.88]	0.02 ***
Algún integrante de la familia (menor de 5 años) no se ha beneficiado por el Seguro Popular	8.6 [8.5, 8.6]	8.4 [8.4, 8.5]	0.13 ***	0.87 [0.86, 0.87]	0.85 [0.85, 0.85]	0.02 ***

Continúa...

...continuación

No sabe que los niños menores de 5 años tienen derecho al acceso a los servicios de salud por Seguro Médico Siglo XXI	8.6 [8.5, 8.6]	8.4 [8.4, 8.5]	0.11 ***	0.86 [0.86, 0.87]	0.85 [0.85, 0.85]	0.01 ***
Que Seguro Popular cubre enfermedades de alto costo (Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos)	8.5 [8.5, 8.6]	8.5 [8.4, 8.5]	0.09 ***	0.86 [0.86, 0.87]	0.85 [0.85, 0.85]	0.01 ***
En caso de haber detectado algún problema de salud durante la primera consulta no lo refirieron	8.5 [8.5, 8.6]	8.5 [8.4, 8.5]	0.04 *	0.86 [0.86, 0.86]	0.85 [0.85, 0.86]	0.01 ***
Más de una semana entre que le solicitaron y se realizó el estudio	8.6 [8.5, 8.6]	8.6 [8.6, 8.7]	-0.07 *	0.86 [0.85, 0.86]	0.86 [0.85, 0.86]	0 -
No conoce el procedimiento para dar de baja a un integrante de la familia del Seguro Popular	8.4 [8.4, 8.5]	8.5 [8.5, 8.6]	-0.09 ***	0.86 [0.86, 0.86]	0.86 [0.85, 0.86]	0 **
No conoce los pasos para presentar una queja	8.4 [8.4, 8.5]	8.5 [8.5, 8.5]	-0.1 ***	0.86 [0.86, 0.87]	0.86 [0.85, 0.86]	0.01 **
Le cobraron por los servicios de laboratorio y/o rayos X	8.5 [8.4, 8.5]	8.4 [8.2, 8.5]	0.09 -	0.85 [0.85, 0.85]	0.8 [0.78, 0.81]	0.06 ***
No ha acudido a grupos de ayuda en el último año	8.9 [8.7, 9.2]	8.8 [8.8, 8.9]	0.09 -	0.9 [0.89, 0.91]	0.88 [0.87, 0.89]	0.02 **
No conoce la prueba y los valores de hemoglobina glucosilada	9 [8.8, 9.2]	8.9 [8.8, 9]	0.09 -	0.89 [0.88, 0.91]	0.89 [0.88, 0.89]	0.01 -
La consulta duró menos de 15 minutos	8.5 [8.5, 8.5]	8.4 [8.4, 8.5]	0.05 -	0.86 [0.86, 0.86]	0.85 [0.85, 0.86]	0 -
Más de un año sin visitar al oftalmólogo	8.9 [8.7, 9.1]	8.9 [8.8, 8.9]	0.05 -	0.89 [0.87, 0.9]	0.88 [0.88, 0.89]	0 -
No sabe que con afiliación al Seguro Popular puede recibir atención en cualquier estado de la República	8.5 [8.5, 8.5]	8.5 [8.5, 8.5]	-0.01 -	0.86 [0.86, 0.86]	0.85 [0.85, 0.86]	0.01 ***
Le cobraron por el servicio del vehículo de traslado	8.5 [8.5, 8.6]	8.6 [8.4, 8.7]	-0.01 -	0.86 [0.86, 0.86]	0.85 [0.83, 0.87]	0.01 -
Durante la consulta no le recomendó tomar medicamento para disminuir el riesgo de enfermedad del corazón	8.9 [8.7, 9]	8.9 [8.8, 9.1]	-0.07 -	0.91 [0.9, 0.92]	0.89 [0.88, 0.9]	0.02 ***

dos con los tiempos de espera (El tiempo que esperó para que lo atendieran le pareció largo; En el lugar de atención esperó más de 30 minutos para que lo atendieran).

Es de destacar que comprar medicamentos y/o material para la atención y el cobro por algún servicio (consulta, laboratorio y/o rayos X), aunque influyen muy significativamente en la satisfacción, lo hacen de forma menor que los otros indicadores mencionados (Tabla E.12).

4.8. Problemas de calidad específicos en la atención a la salud

La metodología del Pareto consiste en ordenar los problemas reportados en forma descendente desde la mayor frecuencia con relación al total de problemas de calidad reportados en cada uno de los ámbitos o servicios estudiados; de tal forma que es posible detectar los problemas de mayor

frecuencia, logrando así también identificar áreas de oportunidad para la mejora de la calidad de los diversos servicios ofrecidos en las unidades médicas.

En este sentido se analizan cinco grupos de problemas (gestoría y atención administrativa, atención médica, surtimiento de medicamentos, atención a pacientes diabéticos, y cobros en la atención) bajo esta metodología con el fin de documentar la frecuencia con la que se presentan los problemas específicos de calidad, e identificar prioridades y oportunidades de mejora para cada ámbito o tipo de servicio analizado.

Dentro de la atención médica, los resultados mostraron que las problemáticas más destacables fueron los tiempos de espera en diversas situaciones; para ser atendido en la unidad médica (51.9%), para realizarse un estudio después de que éste le fue indicado (31.3%), para ser atendido desde que solicitó la cita (24%) y para recibir los resultados de un estudio (21%). Asimismo, el 29% de los afiliados reportó que las condiciones del lugar no eran buenas, mientras que el 24% reportó no haber recibido el surtimiento completo de sus medicamentos.

4.9. Áreas de oportunidad en los servicios de afiliación y gestoría

Los problemas relacionados con la información y funcionamiento de los servicios en el momento de la afiliación al Seguro Popular se presentan con frecuencia, resulta relevante que 81.7% de los encuestados desconoce los pasos para presentar una queja, y que 72.1% desconozca la existencia del gestor del Seguro Popular; 57.5% tiene algún integrante de la familia menor de 5 años que no se ha beneficiado por el Seguro Popular, y el 56.1% después de haberle detectado algún problema de salud durante la primera consulta no lo refirieron para atención. Adicionalmente, 51.1% no sabe que con su afiliación al Seguro Popular puede recibir atención en cualquier estado de la República y 48% no sabe que el Seguro Popular cubre enfermedades de alto costo a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

En conjunto, 8 de los problemas que se presentan con mayor frecuencia representan el 65.5% del total de problemas presentados en el servicio de afiliación y gestoría. Sólo atendiendo los primeros seis problemas (de un total de 23 indagados) se resolvería el 51.7% del total de problemas presentados, todos ellos relacionados principalmente con el desconocimiento del funcionamiento del Seguro Popular.

4.10. Áreas de oportunidad en el abasto y surtimiento de medicamentos

Para el análisis en esta área solamente se incluyeron a los afiliados que en el momento de la encuesta contaron con una receta médica. Los resultados mostraron que el surtimiento incompleto de los medicamentos prescritos se dio en el 24.1% de los afiliados, siendo el segundo problema más frecuente de los cuatro identificados en el área. Por su parte, poco más de la mitad de los afiliados que no tuvieron un surtimiento completo refirieron que tendrían que comprar el o los medicamentos prescritos (57%), mientras que el 24% refirió que no lo tomaría.

4.11. Áreas de oportunidad respecto a pago por servicios recibidos

Aunque se presentan con poca frecuencia, el cobro por servicios es una situación no deseable y que no debería presentarse para los afiliados al Seguro Popular. Por lo tanto, se analizan como áreas de oportunidad de mejora de los servicios recibidos. Son 8 los problemas relacionado al pago por servicios que se indagan en este apartado. De ellos el problema que se presenta con mayor frecuencia es el cobro por la consulta 2.4%, seguido del cobro por los servicios de laboratorios o rayos X, que se representa en 4.1% de los usuarios de este servicio, el cobro por el servicio del vehículo de traslado (ambulancia) se presenta en 1.9% de los que hacen uso del servicio, y el cobro por hospitalización en 1.3% de los usuarios. Estos cuatro problemas representan el 83.6% de los posibles problemas reportados en cuanto al pago por servicio. Sólo atender los dos primeros podría contribuir a resolver el 62.1% del total de problemas presentados en este rubro.

4.12. Áreas de oportunidad en la atención a pacientes con diabetes

Los problemas de calidad reportados en los servicios específicos que indaga la encuesta revelan procesos muy mejorables, principalmente primer nivel de atención. Los resultados mostraron que dos de los problemas de calidad referidos con mayor frecuencia (no haber acudido a grupos de autoayuda en el último año y tener más de un año de no haber sido revisado por un oftalmólogo) se presentaron en más del 70% de los diagnosticados con diabetes que respondieron a la encuesta (84.9% y 79.2% respectivamente);

asimismo, la atención de estas dos situaciones podría contribuir con el 27.2% de la mejora de los 24 problemas de calidad reportados.

Por su parte, el 76.9% reportó desconocer la prueba de hemoglobina glucosilada, el 40.9% refirió que el médico no le había dicho qué hacer en caso de que se presentaran episodios de baja de azúcar, mientras que el 61.4% refirió que durante la consulta el médico no le recomendó tomar medicamento para disminuir el riesgo de enfermedades del corazón. La atención a estos cinco problemas, más el hecho de que durante la consulta al 66.6% de los afiliados no se les sugirió acudir a grupos de educación en diabetes, podrían contribuir con la mejora del 55.3% de los problemas reportados en área. La atención a los siguientes cinco problemas más frecuentes relacionados con la información que se da al paciente durante la consulta y durante las revisiones ru-

tinarias, contribuirían con la reducción del 75.4% de los problemas de calidad en la atención de los pacientes con diabetes.

4.13. Propuestas de mejora por parte de los usuarios

En la pregunta directa al usuario sobre lo que le gustaría que mejorara en la unidad médica donde se atendió, las principales respuestas sugeridas se relacionan con mejorar la atención médica (en opinión de 43.5% de los encuestados), seguido de mejorar los horarios de atención (37.8%) y la mejora de las instalaciones de la unidad de salud (30.5%).

En menor proporción indicaron que es deseable mejorar la limpieza de las instalaciones (25.7%), la atención administrativa (24.6%) y el acceso al establecimiento (15.4%).

5. Comparación con resultados de encuestas de años anteriores

Con respecto a la comparación de resultados de encuestas de años anteriores se puede observar que dos de los indicadores presentan la serie completa de mediciones: el tiempo de espera para ser atendidos y el porcentaje de usuarios que manifiestan que regresarían a atenderse a la misma unidad médica. Si bien, las diferencias entre años no son muy grandes, en el caso del tiempo de espera se observa en los últimos años una cierta tendencia a disminuir, pasando de 86.4 minutos en 2014 a 64.6 en 2015 y 69.4 minutos en 2016 (Tabla E.13).

Los dos indicadores relacionados con la información (Recibió información comprensible sobre su tratamiento (%)) y porcentaje de usuarias(os) a quienes la (el) médica(o)

les dio información sobre su diagnóstico) tienden hacia la mejora en los años que se ha realizado la encuesta; sin embargo se observó un retroceso en lo relativo a la información sobre el tratamiento, pasando de 88.6 en 2015 a 84.6 en 2016. Mientras que el indicador sobre información del diagnóstico ha mejorado consistentemente en los últimos años hasta alcanzar un promedio de 91.5% en 2016 (Tabla E.13).

El porcentaje de recetas surtidas mejoró considerablemente en los últimos años, pero tuvo un franco retroceso en el último año disminuyendo 8.6 puntos porcentuales (Tabla E.13).

El porcentaje de usuarios que manifiestan que volverían a la misma unidad médica también disminuyó este

Tabla E.13. Comparativo de indicadores con años anteriores

Año	Indicador	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	Tiempo promedio de espera para ser atendidas(os) (minutos) [Una vez que estuvo dentro del establecimiento de salud, ¿cuánto tiempo tuvo que esperar para que lo atendieran?]	64.0	68.0	105.6	119.1	93.9	78.8	86.4	64.6	69.4
	Recibió información comprensible sobre su tratamiento (%) [En 2013 a 2015 se preguntó: Con relación a su tratamiento, ¿el médico que le dio la consulta... En 2016 se preguntó: ¿Le dieron información clara sobre su tratamiento (medicamento)?]	ND	ND	ND	ND	ND	83.7	86.2	88.6	84.6
	Porcentaje de usuarias(os) a quienes la (el) médica(o) les dio información sobre su diagnóstico [P18. ¿El médico que lo (la) atendió le dijo claramente cuál era su enfermedad?]	ND	76.0	ND	87.0	ND	83.7	83.7	89.5	91.5
	Porcentaje de usuarias(os) que manifiestan que regresarían a atenderse al mismo establecimiento [En 2008 a 2015 se preguntó: Si tuviera oportunidad de escoger, ¿regresaría a ese mismo lugar para atenderse? En 2016 se preguntó: Si pudiera elegir, ¿se atendería en el mismo establecimiento?]	93.0	88.5	88.0	89.0	97.2	91.1	91.3	91.6	88.1
	Porcentaje de recetas surtidas al 100%	77.0	ND	ND	ND	32.2	72.4	82.9	84.5	75.9
	Satisfacción con la atención de la (del) médica(o) [En 2015 se preguntó: Al término de la consulta, ¿cómo se sintió Usted? Para 2016 la pregunta fue: En una escala del 1 al 10, ¿cómo calificaría al médico general o familiar que lo (la) atendió del área médica?]* (Suma de "Totalmente Satisfecho" y "Satisfecho")	ND	92.2	ND	ND	96.8	89.5	93.2	90.6	91.1*
	Índice de satisfacción de afiliadas(os) (Rango: 0 a 1)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0.914	0.905	0.857

Nota: (*) Las opciones de respuesta fueron cambiadas para 2016 de escala Likert a escala continua de 0 a 10. Por lo que para mantener concordancia se transformó a escala porcentual usada en años anteriores. De este modo se alcanza un promedio de 91.1% de usuarios que califican la atención del médico con 10 (considerados "muy satisfechos") y a los de calificación 8 y 9 (considerados satisfechos); cuando se utiliza la valoración en escala de 1 a 10, el promedio es 8.5.

año pasando de 91.6 en 2015 a 88.1 en 2016; mientras que la satisfacción al término de la consulta no tiene una tendencia clara a través de los años pero mejoró su valor con relación al año anterior situándose en 91.1 puntos en su escala (Tabla E.13).

El índice de satisfacción, en los años en que se ha medido (2013 a 2016) muestra una cierta tendencia a disminuir, aunque los valores son altos, tal como se puede apreciar en la Tabla E.13.

6. Conclusiones

La primera gran conclusión es que la afiliación al SP se incrementó en 3.5% entre los participantes en este estudio, en comparación con el año 2015 (94% vs 97.5%). Lo que indica que el SP está alcanzando mayor cobertura y los servicios de salud estatales prácticamente ya sólo atienden a la población del SP. El estudio fue realizado principalmente en centros de salud (78.5%), seguido de hospitales de segundo nivel (17.1%) y finalmente hospitales de tercer nivel (4%).

En los porcentajes nacionales, la mayor parte de los participantes en la encuesta fueron mujeres, mayores de 20 años, con escolaridad la mayoría con promedio de secundaria, dos quintas partes con actividad laboral durante el último mes y en un porcentaje menor indígena, de acuerdo a su propia percepción.

El Índice de satisfacción fue en promedio de 0.86, mientras que el año previo fue de 0.9. Más de la mitad de las entidades federativas se encontró arriba del promedio nacional, y el resto del país obtuvo calificación menor, destacando por lo bajo, Oaxaca, con 0.75. Existen diferencias por nivel de atención y estratos considerados en la encuesta.

Los indicadores generales de satisfacción, con la clínica y con la atención médica recibida, las calificaciones fueron 8.3 y 8.5 respectivamente, inferiores también a lo alcanzado en 2015.

Las calificaciones otorgadas por los usuarios a la calidad del servicio y al trato recibido, 8 y 8.7, son menores a lo registrado anteriormente. En calidad del servicio, los puntajes más bajos se encontraron en las unidades médicas urbanas, la población indígena y los municipios de la CNCH, todos inferiores a 8.

La satisfacción del usuario con la farmacia, se encontró en niveles similares en centros de salud, inferiores en hospitales de segundo nivel y un poco mejor en hospitales de tercer nivel. Estas variaciones se presentan en casi todos los estados, independientemente de las condiciones en las cuales se encontraban los servicios de salud durante la encuesta. En general se asocian al surtimiento de medicamentos de las recetas recibidas durante las últimas visitas a las unidades médicas, el surtido incompleto se presentó en 24% de los participantes, y casi 9% tuvo que comprar medicamentos de su bolsillo. El no surtimiento completo de la

receta se presentó desde 0 a poco más de 40%, lo que representa el desembolso o no tomar los medicamentos, con el riesgo que esto implica para los usuarios de los servicios de salud. Por el contrario, los servicios de laboratorio fueron calificados con menor puntuación que el año 2015, en los tres niveles de atención.

Como es frecuente en las encuestas que miden satisfacción, se observan calificaciones altas en escenarios que identifican problemas de calidad. El promedio de los problemas detectados con el cuestionario se sitúa cerca del 18% de los posibles, con diferencias significativas entre entidades federativas y entre los niveles de atención, siendo mayor en el tercer nivel. En comparación con 2015, el promedio general disminuyó poco más de 10 puntos porcentuales. En 16 estados el porcentaje de problemas de calidad encontrado fue mayor a la media nacional, Sonora, el más alto, con casi 26%, mientras que en el lado opuesto, en Chihuahua se identificaron cerca de 12% de problemas, de los posibles descritos en la encuesta. En casi todos los estados, en el segundo y tercer nivel el porcentaje de problemas fue mayor.

En relación a los problemas de la atención médica en general, destacan los tiempos de espera para acceder a la unidad médica (tras pedir cita, tras la solicitud de un estudio) como a la consulta una vez en el establecimiento (51.9% esperan más de 30 minutos), las malas condiciones de la unidad (29%) y que el médico no le dio oportunidad para preguntar las dudas (8.9%). La suma de estos problemas específicos (cinco en total, de los 23 totales) representa 60% de todos los problemas identificados.

La correlación de la calificación del trato recibido con otros indicadores, es notoria con la satisfacción con la atención médica (0.61), con la satisfacción con la clínica (0.57), y en menor grado con el abasto de medicamentos (0.38). Por otro lado la asociación entre los indicadores de calidad percibida y el índice de satisfacción, mostró que es significativa con tiempo de espera para la consulta, trato del médico e información sobre la enfermedad y su tratamiento ($p \leq 0.005$), mientras que el OR de la asociación de los indicadores de calidad percibida y la satisfacción con la consulta, son significativos en trato del médico (2.1, $p=0.000$), información sobre

enfermedad y tratamiento (3.1, $p=0.000$), y condiciones de la unidad médica (7.3, $p=0.000$). Identificándose con claridad donde deben enfocarse los esfuerzos para mejorar la atención a los pacientes.

Los problemas en los servicios de gestoría y afiliación, son muy frecuentes y son relevantes para la operación del SP. En especial se observó que la gran mayoría de los respondientes dice no saber cómo presentar una queja (81.7%), desconocen la existencia del gestor del SP (72.1%), y con porcentajes menores todo lo relativo a la información efectiva sobre los derechos de los afiliados, como son la afiliación, el uso del fondo de protección contra gastos catastróficos y el SMSXXI, la portabilidad, entre las áreas de oportunidad más importantes. Por otro lado, hay una notable mejora en asociar al SP con el Derecho a la salud (34.8%). Sin embargo, la actividad del gestor del SP tiene amplio margen de mejora, tan sólo en su existencia y presencia como en su actuación para defender la tutoría de derechos de los afiliados.

El cobro por servicios, que en teoría deberían ser gratuitos, ocurre en 2.4% de los encuestados. Existen diferencias significativas entre entidades, el Distrito Federal es la más alta (13.5%) en todos los servicios que se preguntaron.

En el promedio nacional, hospitalización y urgencias son los de mayor porcentaje, 1.3 y 1.1% respectivamente.

Los problemas de calidad reportados en los servicios específicos que indaga la encuesta revelan procesos mejorables, principalmente primer nivel de atención. Los pacientes que ya han sido diagnosticados con diabetes en su mayoría no participan en los grupos GAM (84.9%), ni se les ha enviado a detección temprana de complicaciones oftalmológicas (79.2%), no conocen la prueba hemoglobina glucosilada ni sus valores para la monitorización, no tienen control con nutriólogo o indicaciones de dieta principalmente. Esta es un área de oportunidad que los servicios de salud deben mejorar a corto plazo, ya que al no realizar actividades de prevención, de control y seguimiento, la posibilidad de aparición de complicaciones se incrementa. Y en comparación con el año previo, los resultados muestran que la atención a esta importante enfermedad crónica no ha mejorado.

La población de Prospera presenta valores similares en casi todos los indicadores evaluados; sin embargo existen diferencias significativas en su percepción de problemas de calidad en tercer nivel (22.6%), en la calificación de la calidad del servicio en segundo nivel (7.8), y el abasto de medicamentos en segundo y tercer nivel, 7.7 y 6.6 respectivamente.

7. Recomendaciones

La presencia del gestor del SP en las unidades médicas, debe mejorarse ya que se encontró problemática importante en los servicios de afiliación, gestoría y apoyo administrativo a los afiliados al Seguro Popular, las actividades de difusión e información al afiliado sobre sus derechos debe privilegiarse para lograr el empoderamiento de la población usuaria, como un mecanismo para el uso efectivo de los servicios y la colaboración entre el personal de salud y los afiliados.

La evidencia de diferencias significativas en la satisfacción y calidad de la atención entre las entidades federativas y grupos de interés en este estudio, sugiere la necesidad de que el SP promueva la mejora de los servicios ofrecidos a sus afiliados, para pasar de cobertura a efectividad de la atención. Una forma de alcanzar este impulso es a través de promover las mejores prácticas, de aquellos estados con mejores calificaciones, hacia los que se encuentran debajo de la media nacional.

Con respecto a la equidad en el acceso, específicamente para grupos vulnerables, como los afiliados que se autodenominan indígenas y de bajo nivel socioeconómico,

se observó que disminuye su acceso en el tercer nivel, sin embargo, en segundo nivel se mantiene consistente con el resto de la población afiliada. Esto entonces, requiere de un estudio más profundo de las barreras en el acceso a las unidades de tercer nivel.

Los problemas asociados al surtimiento de medicamentos en general, que van desde el gasto de bolsillo hasta la total ausencia de seguimiento del tratamiento, indican la necesidad de trabajar intensamente en garantizar el abasto de medicamentos en las entidades federativas, durante todo el año, ya que el desabasto parece agudizarse hacia el último trimestre.

El seguro popular, al ser el brazo operativo del SPSS, y ser el financiador de los servicios de salud que demanda su población afiliada, debe tener la facultad de influir en la mejora de la calidad de los servicios, a través de establecer criterios que permitan que los Servicios Estatales de Salud (SESA) garanticen el acceso, la calidad de la atención y el surtimiento de medicamentos para sus afiliados de manera continua; esto es, mecanismos de vigilancia y control sistemáticos para que dichos atributos deseables no desmerezcan a través del tiempo.

Estudio de Satisfacción de Usuarios
del Sistema de Protección Social en Salud 2016
Resumen ejecutivo de resultados

