

Universidad de Oviedo

**Programa de Doctorado
Investigación en Medicina**

TESIS DOCTORAL

*“Los Derechos de los Pacientes en el Sector
Salud de un Hospital Regional y un Hospital
Metropolitano en el estado de Jalisco”*

Alma Jessica Velázquez Gallardo

Oviedo 2015



UNIVERSIDAD DE OVIEDO

Vicerrectorado de Internacionalización
y Postgrado



CENTRO INTERNACIONAL
DE POSTGRADO
CAMPUS DE EXCELENCIA
INTERNACIONAL

RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis	
Español: Los derechos de los pacientes en el sector salud de un Hospital Regional y un Hospital Metropolitano en el Estado de Jalisco.	Inglés: The rights of the patients in the sector health of a Regional Hospital and a Metropolitan Hospital in the State of Jalisco.
2.- Autor	
Nombre: Alma Jessica Velázquez Gallardo	Pasaporte:
Programa de Doctorado: Investigación en Medicina	
Órgano responsable: Universidad de Oviedo; (Departamento de Medicina)	

RESUMEN (en español)

Los derechos de los pacientes están reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en leyes secundarias de México. En el 2001 se elaboró y publicó la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes en este país. El objetivo del presente estudio se centra en determinar la apropiación que tienen los ciudadanos que asisten a los hospitales Regional de La Barca, Jalisco y del hospital Metropolitano: Hospital General de Occidente, (ambos hospitales públicos pertenecientes a la Secretaría de Salud del Estado de Jalisco), respecto de sus derechos como pacientes, particularmente sobre el conocimiento que tienen de los mismos, la percepción de cumplimiento de ellos y la respuesta que toman cuando son vulnerados sus derechos. Este es un estudio exploratorio, descriptivo de corte transversal cuantitativo, en el que se aplicó un cuestionario previamente validado, mediante la entrevista personal "cara a cara" a los pacientes que acudían a consulta externa de ambos hospitales públicos. Es un cuestionario diseñado con 35 ítems, que prevé características sociodemográficas de la población en estudio así como las escalas de medición de conocimiento y percepción de cumplimiento de sus derechos, la parte final dedicada a la respuesta de los pacientes ante la vulneración de los mismos.

Los resultados del estudio muestran que con independencia del hospital al que acuden los pacientes tienen un conocimiento de regular a bueno de sus derechos y que la percepción de cumplimiento de los derechos de los pacientes es más alta en el hospital metropolitano que en el hospital regional, en tanto que se puede advertir que las personas que más conocen sus derechos señalan que ante la transgresión de éstos presentarían una queja verbal antes que una queja por escrito o que cambiarse de hospital. Respecto de las quejas presentadas por los encuestados se advierte que solo el 7% se ha quejado y porcentualmente se han presentado más quejas en el hospital regional que en el hospital metropolitano.

De lo anterior se puede concluir que los pacientes de los hospitales regional y metropolitano del estado de Jalisco no se han apropiado del todo de sus derechos,

aún cuando señalan que los conocen y que perciben que se respetan sus derechos en casi todos los casos, ante la transgresión de los mismos presentan una conducta pasiva respecto de su ejercicio.

RESUMEN (en Inglés)

The rights of the patients are recognized in the Political Constitution of the United States of Mexico and in secondary laws of Mexico. In 2001 was elaborated and published the Letter of the General Laws of the Patients in this country. The aim of the present study centres on determining the appropriation that there have the citizens who are present at the hospitals Regionally of The "La Barca, Jalisco" and the Metropolitan General Hospital of West, (both public hospitals belonging to the Secretariat of Health of the State of Jalisco), I concern of his rights as patients, particularly on the knowledge that they have of the same ones, the perception of fulfillment of them and the response that they take when his rights are damaged. This one is an exploratory, a descriptive cross-cutting study, in which a before validated questionnaire was applied, by means of the personal "face-to-face" interview to the patients who were coming to external consultation of both public hospitals. It is a questionnaire designed with 35 items, which foresees characteristics social demographic of the population in study as well as the scales of measurement of knowledge and perception of fulfillment of his rights, the final part dedicated to the response of the patients in the presence of the violation of the same ones.

The results of the study show that with independence of the hospital to which they come the patients have a knowledge of regulate to good of his rights and that the perception of fulfillment of the rights of the patients is high in the metropolitan hospital than in the regional hospital, while it is possible to warn that the persons who more know his rights indicate that before the transgression of these they would present a verbal complaint before that one complains in writing or that to change of hospital. Respect of the complaints presented by the polled ones becomes aware that alone 7 % has complained and in percentage terms they have presented more complaints in the regional hospital that in the metropolitan hospital.

Of the previous thing it is possible to conclude that the patients of the hospitals regional and metropolitan of the State of Jalisco they have not appropriated completely of his rights, still when they indicate that they know them and that they perceive that his rights are respected in almost all the cases, before the transgression of the same ones they present a passive conduct respect of his exercise.

SR. DIRECTOR DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO EN INVESTIGACIÓN EN MEDICINA.-

Agradecimientos

Agradezco profundamente a mis padres Alicia y Enrique, y a mis hermanos Ivan, Gualberto y Enrique que siempre están impulsándome, queriéndome y me han apoyado en todo el proceso de la vida y en particular de este estudio.

Agradezco al Dr. Antonio Cueto Espinar(+) con quien inicié este proyecto hace algunos años, me impulsó y fincó los cimientos en el estudio de este tema y que lamentablemente no pudo ver culminado.

Agradecimiento especial y mi reconocimiento al Dr. Radhames Hernández Mejía, quien con una profunda paciencia y sabiduría me ha guiado en este proyecto y del cuál he aprendido no sólo en el área de mi investigación sino además en la forma de ver la vida.

Agradezco a los profesores del Doctorado en Cooperación y Bienestar Social en especial al Dr. Raúl Medina Centeno por su ferrea entrega en la formación de mejores personas, académicos e investigadores. Por su guía y apoyo incondicional.

También debo agradecer a la Dra. Rocío Calderon García, a la Dra. Ana Cecilia Morquecho Güitron, al Dr. José de Jesús Becerra Ramírez, al Dr. Eduardo Hernández González y al Dr. Jorge Arturo Sánchez Aceves, quienes me ayudaron con sus consejos y sus conocimientos en la consecución de este trabajo.

Debo agradecer a todos los familiares, amigos, compañeros del doctorado, académicos e investigadores que en algún momento contribuyeron en la realización de este estudio.

Agradezco a los alumnos de la carrera de derecho del Centro Universitario de la Ciénega y de las licenciadas Monica Lizette Medina Gómez y Leticia Zamora Mercado, por su apoyo en la aplicación del instrumento, lo que permitió la realización de ésta investigación.

Mi agradecimiento a las autoridades de la Universidad de Guadalajara y en particular del Centro Universitario de la Ciénega por todo el apoyo brindado para la realización de mis estudios de doctorado.

Mi agradecimiento a las autoridades de los Hospitales: Regional de La Barca y el Hospital General de Occidente por las atenciones y facilidades otorgadas para la aplicación del instrumento. En Particular al Mtro. Manuel Campos Cerda y al Dr. Jaime Arias Amaral.

Índice

1	INTRODUCCIÓN	8
1.1	ESTADO DE LA CUESTIÓN	12
1.1.1	<i>Internacional</i>	17
1.1.1.1	Europa	17
1.1.1.2	Latinoamérica.....	22
1.1.2	<i>Nacional</i>	25
2	PRECISIONES CONCEPTUALES	29
2.1	DERECHOS HUMANOS	29
2.2	DERECHOS FUNDAMENTALES	31
2.3	DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD	34
2.4	PACIENTE	37
2.5	USUARIO	39
2.6	DERECHOS DE LOS PACIENTES.....	42
2.7	RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE	43
3	MARCO NORMATIVO.....	47
3.1	LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES EN EL ENTORNO INTERNACIONAL.....	47
3.1.1	<i>Código de Nüremberg</i>	48
3.1.2	<i>Declaración Americana de los Derechos Y Deberes del Hombre de 1948</i>	48
3.1.3	<i>Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948</i>	48
3.1.4	<i>Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 16 de Septiembre de 1966</i> 49	
3.1.5	<i>Declaración de los Derechos de los pacientes de la Asociación Americana de Hospitales 1973</i> 51	
3.1.6	<i>Declaración en Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre derechos de los pacientes 1981</i> 51	
3.1.7	<i>Protocolo adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 1988</i>	52
3.1.8	<i>Declaración para la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa de 1994</i>	54
3.1.9	<i>Convenio Para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina. Oviedo, 1997</i>	55
3.1.10	<i>Carta Europea de los derechos de los Pacientes de 2002</i>	55
3.1.11	<i>Declaración de Montevideo de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe de 2003</i> 56	
3.1.12	<i>Declaración Universal Sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco de 2005</i>	57
3.2	LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL MEXICANA	58
3.2.1	<i>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos</i>	58
3.2.2	<i>Ley General de Salud</i>	61
3.2.3	<i>Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación en Servicios de Atención Médica</i> 65	
3.2.4	<i>Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico</i>	66
3.2.4.1	Contar con un expediente clínico:.....	67
3.2.4.2	Titularidad de los datos y confidencialidad de los mismos:	67

3.2.4.3	Derecho a recibir información, a un resumen clínico y a los datos que obren en el expediente clínico: 68	
3.2.4.4	Confidencialidad de los datos contenidos en el Expediente Clínico.....	69
3.2.4.5	Consentimiento bajo información.....	69
3.3	LEGISLACIÓN EN EL ESTADO DE JALISCO	70
3.3.1	<i>Constitución Política del Estado de Jalisco</i>	70
3.3.2	<i>Ley Estatal de Salud del Estado de Jalisco</i>	71
3.4	CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES	72
3.5	ANÁLISIS PARTICULAR DE ALGUNOS DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES	78
3.5.1	<i>Derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz</i>	78
3.5.2	<i>Derecho de Confidencialidad</i>	80
3.5.3	<i>Derecho a otorgar o no su consentimiento válidamente informado</i>	82
4	CONFORMACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	87
4.1	SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	88
4.1.1	<i>Clasificación de los Servicios de Salud</i>	91
4.2	EL SISTEMA ESTATAL DE SALUD JALISCO	92
5	LOS MEDIOS DE DEFENSA DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE EN MÉXICO	94
5.1	VÍAS NO JURISDICCIONALES	94
5.1.1	<i>Comisión Nacional de Arbitraje Médico</i>	94
5.1.2	<i>Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco</i>	97
5.1.3	<i>Comisión Nacional de Derechos Humanos en México</i>	100
5.1.4	<i>Comisión Estatal De Derechos Humanos Jalisco</i>	102
5.2	VÍAS JURISDICCIONALES	103
5.2.1	<i>Proceso de Amparo</i>	103
5.2.2	<i>Consideraciones generales de los medios de defensa legal de los derechos de los pacientes</i> ..	104
6	MARCO CONTEXTUAL.....	107
6.1	REGIONALIZACIÓN ADMINISTRATIVA DEL ESTADO DE JALISCO	107
6.2	MUNICIPIO DE LA BARCA.....	108
6.2.1	<i>Descripción Geográfica</i>	109
6.2.2	<i>Aspectos Sociodemográficos</i>	109
6.2.3	<i>Economía</i>	109
6.3	MUNICIPIO DE ZAPOPAN	111
6.3.1	<i>Descripción Geográfica</i>	111
6.3.2	<i>Aspectos sociodemográficos</i>	111
6.3.3	<i>Economía</i>	112
6.4	REGIONES SANITARIAS EN JALISCO.....	113
6.5	HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA (REGIONAL).....	115
6.5.1	<i>Servicios que otorga el hospital</i>	115
6.5.2	<i>Especialidades con que cuenta el hospital</i>	116
6.5.3	<i>Infraestructura</i>	116
6.5.4	<i>Recursos humanos</i>	116
6.6	HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE (METROPOLITANO).....	117
6.6.1	<i>Servicios que otorga el hospital</i>	117
6.6.2	<i>Especialidades con que cuenta el hospital</i>	118

6.6.3	<i>Infraestructura</i>	118
6.6.4	<i>Recursos Humanos</i>	118
7	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	119
7.1	OBJETIVO GENERAL.....	119
7.2	OBJETIVOS PARTICULARES	119
7.3	PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	119
7.4	HIPÓTESIS	120
8	MATERIAL Y MÉTODO.....	121
8.1	EL INSTRUMENTO (CUESTIONARIO).....	121
8.2	PROPÓSITO DEL INSTRUMENTO.....	122
8.3	CONTENIDO DEL INSTRUMENTO	122
8.4	ESCALA DE MEDICIÓN	123
8.5	APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO	124
8.6	CAPACITACIÓN A ENCUESTADORES.....	125
8.7	PERFIL DEL ENCUESTADOR	125
8.8	LA MUESTRA.....	125
8.8.1	<i>Tamaño de la muestra</i>	126
8.9	VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.....	128
8.9.1	<i>Fiabilidad</i>	128
8.9.2	<i>Estudio Piloto</i>	132
8.10	VALIDACIÓN DE CONTENIDO Y DE CONSTRUCTO.....	133
8.10.1	<i>Validez de contenido</i>	133
8.10.2	<i>Validez de constructo</i>	134
8.10.2.1	Análisis factorial del cuestionario.....	134
9	RESULTADOS.....	142
9.1	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	142
9.2	ANÁLISIS DE RESULTADOS EN FUNCIÓN DE LOS OBJETIVOS PLANTEADOS	146
9.2.1	<i>Objetivo particular 1</i>	146
9.2.1.1	Relación entre las preguntas 5 y 6 y el factor conocimiento por hospitales	147
9.2.1.2	Relación entre las preguntas 6 y el factor conocimiento de la muestra en lo general.....	148
9.2.1.2.1	Correlación entre preguntas 5 y el factor conocimiento en el hospital Metropolitano.....	149
9.2.1.2.2	Correlación entre preguntas 5 y el factor conocimiento en el hospital Regional.....	150
9.2.2	<i>Objetivo particular 2</i>	150
9.2.2.1	Relación entre las preguntas 5 y 6 y el factor percepción por hospitales	151
9.2.2.1.1	Correlación entre preguntas 5, y 6 con el factor percepción de cumplimiento de los derechos de los pacientes en el hospital Metropolitano.....	152
9.2.2.1.2	Correlación entre preguntas 5, y 6 con el factor percepción de cumplimiento de los derechos de los pacientes en el hospital regional.....	153
9.2.2.2	Análisis de las variables sociodemográficas y los factores conocimiento y percepción.....	154
9.2.2.2.1	Escolaridad.....	154
9.2.2.2.2	Estado civil.....	155
9.2.2.2.3	Ingreso familiar mensual	155
9.2.2.2.4	Grupos de edad.....	157
9.2.2.2.5	Número de veces que han acudido al hospital	158

9.2.2.2.5.1	Factor Conocimiento de los derechos de los pacientes y número de veces que han acudido al hospital	158
9.2.2.2.5.2	Factor Percepción de cumplimiento de sus derechos como pacientes y número de veces que han acudido al hospital.....	162
9.2.2.2.5.2.1	Factor conocimiento de los derechos de los pacientes en el hospital Metropolitano por número de veces que acuden al hospital.....	165
9.2.2.2.5.2.2	Factor conocimiento de los derechos de los pacientes en el hospital Regional por número de veces que acuden al hospital.....	167
9.2.2.2.5.2.3	Factor Percepción de cumplimiento de sus derechos como pacientes en el hospital Metropolitano por número de veces que acuden al hospital.....	167
9.2.2.2.5.2.4	Factor Percepción de cumplimiento de sus derechos como pacientes en el hospital Regional por número de veces que acuden al hospital.....	170
9.2.2.3	Análisis individual de las respuestas a cada uno de los reactivos	171
9.2.2.4	Análisis de las respuestas a la pregunta 17, relativa a la importancia que le dan a los derechos los encuestados.....	176
9.2.3	Objetivo particular 3.....	179
9.2.3.1	Factor Conocimiento de los derechos de los pacientes y la respuesta ante una inadecuada atención médica en el hospital Metropolitano	180
9.2.3.2	Factor Conocimiento de los derechos de los pacientes y la respuesta ante una inadecuada atención médica en el hospital Regional.....	182
9.2.3.3	Factor Percepción de Cumplimiento de los derechos de los pacientes y la respuesta ante una inadecuada atención médica en el hospital Metropolitano	185
9.2.3.4	Factor Percepción de Cumplimiento de los derechos de los pacientes y la respuesta ante una inadecuada atención médica en el hospital Regional.....	187
9.2.3.5	Quejas interpuestas por los pacientes encuestados	190
9.2.3.5.1	Motivo de queja	192
9.2.3.5.2	Quejas interpuestas por Género de los encuestados.....	194
9.2.3.5.2.1.1	Hospital Metropolitano.....	194
9.2.3.5.2.2	Hospital Regional.....	194
9.2.3.5.3	Quejas interpuestas por nivel de escolaridad de los encuestados.....	195
9.2.3.5.3.1	Hospital Metropolitano.....	195
9.2.3.5.3.2	Hospital Regional.....	196
9.2.3.5.4	Quejas interpuestas por ingreso familiar mensual de los encuestados.....	197
9.2.3.5.4.1	Hospital Metropolitano.....	197
9.2.3.5.4.2	Hospital Regional.....	198
9.2.3.5.5	¿Ante qué instancia se han presentado las quejas?	199
9.2.3.5.6	De las quejas presentadas, ¿se dió respuesta a las mismas?.....	200
10	DISCUSION	201
10.1	CONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS	203
10.2	PERCEPCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS	207
10.3	RESPUESTA ANTE LA VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES.....	211
10.4	QUEJAS PRESENTADAS	212
	CONCLUSIONES.....	217
	PROPUESTAS	222
	ÁREAS DE OPORTUNIDAD.....	224
	REFERENCIAS	225
	ANEXOS	238

Índice de ilustraciones

ILUSTRACIÓN 1. MAPA DE REGIONES ADMINISTRATIVAS DE JALISCO	108
ILUSTRACIÓN 2. MAPA DEL MUNICIPIO DE LA BARCA, JALISCO.....	110
ILUSTRACIÓN 3. MAPA DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN, JALISCO	112
ILUSTRACIÓN 4. GRÁFICO DE SEDIMENTACIÓN.....	136
ILUSTRACIÓN 5. GRÁFICO DE COMPONENTES EN ESPACIO ROTADO	138
ILUSTRACIÓN 6. GRÁFICO DE COMPONENTES EN ESPACIO ROTADO	140
ILUSTRACIÓN 7 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR HOSPITAL.....	142
ILUSTRACIÓN 8. CONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE.....	156
ILUSTRACIÓN 9 CONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE VECES QUE ACUDEN AL HOSPITAL	161
ILUSTRACIÓN 10 PERCEPCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE SUS DERECHOS COMO PACIENTE Y NÚMERO DE VECES QUE HAN ACUDIDO AL HOSPITAL	164
ILUSTRACIÓN 11 PERCEPCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES Y EL NÚMERO DE VECES QUE LOS PACIENTES ACUDEN AL HOSPITAL METROPOLITANO	170
ILUSTRACIÓN 12. OPINIÓN PROMEDIO RESPECTO DEL CONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES	172
ILUSTRACIÓN 13. OPINIÓN PROMEDIO DE LA PERCEPCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES.....	173
ILUSTRACIÓN 14. COMPARATIVO DE RESPUESTAS A CADA ÍTEM DE LOS FACTORES CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES ENTRE EL HOSPITAL METROPOLITANO Y EL HOSPITAL REGIONAL.....	175
ILUSTRACIÓN 15. LOS 3 DERECHOS QUE LOS PACIENTES CONSIDERAN MÁS IMPORTANTES.....	178
ILUSTRACIÓN 16. CONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL METROPOLITANO Y LA RESPUESTA QUE PRESENTARÍAN LOS PACIENTES ANTE UNA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA.....	182
ILUSTRACIÓN 17. CONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL Y LA RESPUESTA QUE PRESENTARÍAN LOS PACIENTES ANTE UNA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA	184
ILUSTRACIÓN 18. PERCEPCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS COMO PACIENTE EN EL HOSPITAL METROPOLITANO	187
ILUSTRACIÓN 19. PERCEPCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL	189
ILUSTRACIÓN 20. PORCENTAJE DE PERSONAS QUE HAN PUESTO ALGUNA QUEJA.....	190
ILUSTRACIÓN 21. QUEJAS INTERPUESTAS POR HOSPITAL.....	191

Índice de tablas

TABLA 1 DERECHOS PREVISTOS EN LA CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES MÉXICO DE 2001, EMPATADA A LA CLASIFICACIÓN DE LOS DERECHOS DE ROMEO CASABONA (1990)	77
TABLA 2 COMPARATIVO EN EXTENSIÓN TERRITORIAL Y POBLACIÓN DE LOS MUNICIPIOS DE LA BARCA Y ZAPOPAN.....	113
TABLA 3 COMPOSICIÓN DE LA REGIONES SANITARIAS DE JALISCO.....	114
TABLA 4. ANÁLISIS DE LA CONFIABILIDAD DE LA ESCALA	129
TABLA 5. CORRELACIÓN DE LOS ÍTEMS CON LA ESCALA DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES	131
TABLA 6. CORRELACIÓN DE LOS ÍTEMS CON LA ESCALA DE PERCEPCIÓN SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES	132
TABLA 7. ANÁLISIS FACTORIAL DEL CUESTIONARIO.....	134

TABLA 8. MATRIZ DE LOS COMPONENTES ROTADOS	136
TABLA 9. VARIANZA TOTAL EXPLICADA.....	139
TABLA 10. MATRIZ DE COMPONENTES ROTADOS	139
TABLA 11. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MUESTRA POR SEXO	143
TABLA 12. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MUESTRA POR EDAD.....	143
TABLA 13. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MUESTRA POR NIVEL DE ESCOLARIDAD	144
TABLA 14. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MUESTRA EN FUNCIÓN DEL ESTADO CIVIL	144
TABLA 15. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MUESTRA POR INGRESO FAMILIAR MENSUAL	145
TABLA 16. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MUESTRA POR SERVICIO AL QUE ACUDE.....	145
TABLA 17. MEDIA DE CONOCIMIENTO POR HOSPITAL.....	146
TABLA 18. PRUEBA T RESPECTO DE LAS PREGUNTAS 5 Y 6 POR HOSPITAL	147
TABLA 19. CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE PREGUNTA 6 Y CONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS	148
TABLA 20. CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE PREGUNTA 5 Y CONOCIMIENTO EN EL HOSPITAL METROPOLITANO.....	149
TABLA 21. CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE PREGUNTA 5 Y CONOCIMIENTO EN EL HOSPITAL REGIONAL	150
TABLA 22. PERCEPCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES POR HOSPITALES	151
TABLA 23. CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE PREGUNTA 5 Y 6 CON PERCEPCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE SUS DERECHOS EN EL HOSPITAL METROPOLITANO.....	152
TABLA 24. CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE PREGUNTA 5 Y 6 Y PERCEPCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE SUS DERECHOS EN EL HOSPITAL REGIONAL	153
TABLA 25. ANOVA DEL CONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS Y ESCOLARIDAD	154
TABLA 26. ANOVA DEL CONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS Y EL ESTADO CIVIL	155
TABLA 27. ANOVA DEL CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE LOS DERECHOS RESPECTO DEL INGRESO MENSUAL.....	156
TABLA 28. CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE LOS DERECHOS POR GRUPOS DE EDAD	157
TABLA 29. ANOVA DEL CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN POR RANGOS DE EDAD	158
TABLA 30. PRUEBA DE ANOVA CONOCIMIENTO DEPENDIENDO DEL NÚMERO DE VECES QUE ACUDEN AL HOSPITAL	158
TABLA 31. COMPARACIONES MÚLTIPLES ENTRE EL NÚMERO DE VECES QUE ACUDEN AL HOSPITAL Y CONOCIMIENTO DE SUS DERECHOS COMO PACIENTES.....	160
TABLA 32. PRUEBA DE ANOVA PARA CONOCER LA DIFERENCIA ENTRE GRUPOS POR EL NÚMERO DE VECES QUE ACUDEN AL HOSPITAL Y EL FACTOR PERCEPCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE SUS DERECHOS COMO PACIENTE	162
TABLA 33. PRUEBA DE COMPARACIONES MÚLTIPLES ENTRE GRUPOS POR NÚMERO DE VECES QUE ACUDEN AL HOSPITAL Y EL FACTOR PERCEPCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE SUS DERECHOS.	163
TABLA 34. PRUEBA DE ANOVA PARA CONOCER SI EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE GRUPOS ATENDIENDO AL NÚMERO DE OCASIONES QUE ASISTEN AL HOSPITAL Y EL FACTOR CONOCIMIENTO DE SUS DERECHOS EN EL HOSPITAL METROPOLITANO	165
TABLA 35. PRUEBA DE COMPARACIONES MÚLTIPLES ENTRE GRUPOS PARA VERIFICAR DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS POR EL NÚMERO DE VECES QUE ACUDEN AL HOSPITAL Y EL FACTOR CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL METROPOLITANO... ..	166
TABLA 36. PRUEBA DE ANOVA PARA ANALIZAR SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS GRUPOS DE PERSONAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SUS DERECHOS	167
TABLA 37. PRUEBA DE ANOVA PARA DETECTAR DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE LOS GRUPOS Y EL FACTOR PERCEPCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE SUS DERECHOS COMO PACIENTE EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE VECES QUE ACUDEN AL HOSPITAL METROPOLITANO	168
TABLA 38. PRUEBA DE COMPARACIONES MÚLTIPLES ENTRE LOS GRUPOS POR EL NÚMERO DE VECES QUE ACUDEN AL HOSPITAL METROPOLITANO Y EL FACTOR PERCEPCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE SUS DERECHOS COMO PACIENTES.....	169
TABLA 39. PRUEBA DE ANOVA PARA VERIFICAR SI EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE LOS GRUPOS POR EL NÚMERO DE VECES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL Y LA PERCEPCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE SUS DERECHOS.....	171
TABLA 40. DERECHOS CONSIDERADOS MÁS IMPORTANTES MENCIÓN 1.....	176

TABLA 41. DERECHOS CONSIDERADOS MAS IMPORTANTES MENCIÓN 2	177
TABLA 42. DERECHOS CONSIDERADOS MÁS IMPORTANTES MENCIÓN 3	177
TABLA 43. SI USTED NO RECIBE ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA GENERALMENTE (RESPUESTAS POR HOSPITAL)	179
TABLA 44. PRUEBA DE CHI CUADRADO PARA ADVERTIR DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LA RESPUESTA DE LOS PACIENTES POR TIPO DE HOSPITAL	179
TABLA 45. ANOVA CONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL METROPOLITANO.....	180
TABLA 46. COMPARACIONES MÚLTIPLES DE RESPUESTA A LA PREGUNTA 29 EN EL HOSPITAL METROPOLITANO, RESPECTO AL NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE PRESENTAN LOS PACIENTES.....	180
TABLA 47. ANOVA DEL CONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES HOSPITAL REGIONAL	183
TABLA 48. COMPARACIONES MÚLTIPLES DE RESPUESTA A LA PREGUNTA 29 EN EL HOSPITAL REGIONAL, RESPECTO AL NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE PRESENTAN LOS PACIENTES	183
TABLA 49. ANOVA PERCEPCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS EN EL HOSPITAL METROPOLITANO Y LA RESPUESTA ANTE UNA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA	185
TABLA 50. COMPARACIONES MÚLTIPLES DE RESPUESTA A LA PREGUNTA 29 EN EL HOSPITAL METROPOLITANO, RESPECTO AL NIVEL DE PERCEPCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN LOS ENCUESTADOS	186
TABLA 51. ANOVA PERCEPCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS EN EL HOSPITAL REGIONAL Y LA RESPUESTA ANTE UNA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA	188
TABLA 52. COMPARACIONES MÚLTIPLES DE RESPUESTA A LA PREGUNTA 29 EN EL HOSPITAL REGIONAL, RESPECTO AL NIVEL DE PERCEPCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN LOS ENCUESTADOS	188
TABLA 53. FRECUENCIAS DE LA PREGUNTA 30 MOTIVO DE QUEJA	190
TABLA 54. ¿HA PUESTO UNA QUEJA?.....	192
TABLA 55. PRUEBA DE CHI CUADRADO PARA VERIFICAR DIFERENCIAS ENTRE LOS HOSPITALES.....	192
TABLA 56. MOTIVO DE LA QUEJA POR HOSPITALES	193
TABLA 57. QUEJAS POR GÉNERO Y MOTIVO DE LA QUEJA EN EL HOSPITAL METROPOLITANO	194
TABLA 58. QUEJAS POR GÉNERO Y MOTIVO DE LA QUEJA EN EL HOSPITAL REGIONAL	195
TABLA 59. MOTIVO DE LA QUEJA POR ESCOLARIDAD HOSPITAL METROPOLITANO	195
TABLA 60. MOTIVO DE LA QUEJA POR ESCOLARIDAD HOSPITAL REGIONAL.....	196
TABLA 61. QUEJAS PRESENTADAS POR INGRESO FAMILIAR MENSUAL Y MOTIVO DE QUEJA EN EL HOSPITAL METROPOLITANO.....	197
TABLA 62. . QUEJAS PRESENTADAS POR INGRESO FAMILIAR MENSUAL Y MOTIVO DE QUEJA EN EL HOSPITAL REGIONAL	198
TABLA 63. ANTE QUIEN PRESENTO LA QUEJA SEGÚN EL MOTIVO DE LA QUEJA.....	199
TABLA 64. SI PRESENTÓ UNA QUEJA ¿SE LE DIÓ UNA RESPUESTA? Y EL MOTIVO DE QUEJA.....	200

1 Introducción

Los derechos de los pacientes surgen con la historia misma de la medicina, no obstante su desarrollo e implementación se registra a partir del surgimiento de las distintas declaraciones que sobre los derechos del hombre se fueron proclamando, así encontramos como antecedente de lo que en su oportunidad se le llamó el derecho a la salud, (ahora protección a la salud). Surge entonces el Pacto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales cuya vigencia inició en el año de 1976 en el que claramente en su artículo 12 señala que los Estados-Parte en el pacto, reconocen el derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental, señala que las medidas que deberán realizar los Estados Partes en el pacto a fin de asegurar la plena efectividad de éste derecho, figuran la “creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

Con la adhesión de México al pacto en mención surge a nivel constitucional el reconocimiento del derecho fundamental a la protección de la salud en el año de 1983, instaurándose en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

De las disposición constitucional se desdoblaron los llamados derechos de los pacientes, entre otros recibir atención médica de calidad, información clara, oportuna y veraz, el consentimiento informado, el derecho a la confidencialidad, a recibir trato digno y respetuoso, etc., Mismos que se encuentran estipulados en las normas secundarias, de forma dispersa e inequitativa, ya que distinguen entre los derechos de los pacientes en un esquema de salud, respecto de otro, lo que dificulta conocerlos.

Para una mejor difusión de los derechos y en cumplimiento al Plan Nacional de Desarrollo 2001 – 2006 se inicia en México una ardua tarea para recopilar en un solo documento los derechos de los pacientes, es así que en diciembre de 2001, surge la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, como instrumento para que de una forma sencilla, los pacientes, médicos y demás personal de salud pudieran conocerlos, y en su caso los pacientes hacerlos valer ante instancias establecidas para tal fin en caso de vulneración.

En el Sistema Nacional de Salud convergen los tipos de servicios de atención médica y los diferentes esquemas de atención para salvaguardar el derecho a la protección de la salud, del cual se desprenden los derechos de los pacientes.

El reconocimiento legal de los derechos de los pacientes ha propiciado el establecimiento de políticas públicas, estrategias y acciones con el objetivo de que se protejan estos derechos, entre otros el ampliar la cobertura en salud y buscar la universalidad de los servicios, por ello también los servicios de salud se encuentran en las regiones y municipios de las entidades federativas y por supuesto los servicios en las zonas de concentración de la población como lo son las zonas metropolitanas.

El presente trabajo expone si los pacientes de dos hospitales que se encuentran inmersos en dinámicas sociales y económicas diferentes del estado de Jalisco en México difieren respecto a la apropiación de los derechos de los cuales son titulares. Ello bajo tres ejes fundamentales: a) Conocimiento de los derechos de pacientes, b) la percepción de cumplimiento de los derechos en los hospitales materia del presente trabajo y c) La respuesta que toman los pacientes ante la transgresión de sus derechos en materia de salud. Trabajo que no ha encontrado uno parecido en esta entidad federativa, ni en México.

Para apropiarse de los derechos de los que las personas somos titulares, se requiere más que simplemente la instauración en la ley de los mismos o del establecimiento de instancias en los cuales hacerlos valer. Además se hace necesario conocerlos y educarse en ellos, tal y como lo señala Cárdenas en donde cita a Habermas en el sentido de que para que haya una democracia, “la educación en derechos humanos se convierte en un asunto obligatorio, pues es indispensable formar seres con pleno conocimiento y uso de sus derechos”(2012: 28).

La presente investigación se organiza en diez apartados. En el primero de ellos se presentan estudios a fin de revisar cómo se encuentra el fenómeno de los derechos de los pacientes en México y la revisión de estudios que se han hecho a nivel internacional y nacional sobre el tema.

En un segundo capítulo se exploran los conceptos básicos que rodean a la investigación. Aproximarse a los conceptos de derechos humanos, fundamentales, de los

pacientes permite dar una idea de los que éstos son y la importancia que revisten para la dignidad humana.

En el apartado tres se hace referencia a los antecedentes cronológicos de los instrumentos jurídicos que han originado el reconocimiento legal de éstos en los diversos países del orbe y en particular en México.

En el apartado 4 se expone como se encuentra compuesto el Sistema Nacional de Salud en México y el respectivo Sistema Estatal de Salud en Jalisco, a fin de dar una idea de cómo se ha organizado el Estado con la finalidad de colmar el derecho fundamental de protección a la salud.

En el apartado quinto se exponen los medios de defensa legal de los derechos de los pacientes que el Estado ha instaurado con dicha finalidad y las funciones de las respectivas instancias para lograrlo.

En tanto que en subsecuente apartado sexto se expone un marco contextual que permite situarnos en la realidad social que rodea a los municipios en dónde se encuentran establecidos los hospitales materia del presente trabajo y particularmente la descripción de dichos hospitales.

Posteriormente en el apartado siete se exponen los objetivos de la investigación y las hipótesis de trabajo que la guían.

En el octavo apartado se explica lo relacionado a la metodología utilizada para la realización del trabajo de investigación, en la que se explica con detenimiento la conformación del instrumento realizado, así como su aplicación y en general el diseño de ésta investigación.

En el apartado nueve se exponen los resultados de la investigación realizada, en el orden en que se encuentra conformado el cuestionario aplicado.

En el apartado diez se realiza la discusión entre los resultados encontrados y lo que se ha encontrado en la doctrina, asimismo se analiza la comprobación de las hipótesis planteadas y el logro de objetivos.

Finalmente se encuentran las conclusiones y propuestas que derivan de la investigación, así como las áreas de oportunidad que se avisoran con motivo de la presente investigación.

El fenómeno de los derechos de los pacientes debe ser visto no solo como meras disposiciones de derecho positivo, ya que el apropiarse de ellos y a hacerlos exigibles es lo complicado. En tanto que llevarlos a la práctica para los sujetos obligados a su respeto irrestricto, tampoco es tarea fácil.

1.1 Estado de la cuestión

Los derechos de los pacientes es un conjunto de prerrogativas que día a día han venido tomando fuerza a nivel global, a tal punto en donde una gran cantidad de países en el mundo los han reconocido en su legislación interna (ya sea en sus leyes fundamentales y/o secundarias o reglamentarias) e incluso se han establecido instancias o instituciones como medios de protección y defensa de estos derechos, en donde cada vez con mayor énfasis se entiende que los derechos fundamentales inherentes a la persona por su condición de tal abarca todos aquéllos relacionados al cuidado de las personas. El derecho a la protección de la salud como uno de los bienes jurídicos por excelencia, en dónde el ejercicio del resto de los derechos depende de él, por tanto tarea primordial de cualquier Estado es la protección de la misma y por ende del cumplimiento de los derechos materia de este estudio.

Pese el reconocimiento de los derechos de los pacientes, derivados del derecho a la salud o protección a la salud, se advierte que su violación es cotidiana ya que según cifras de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (en adelante CONAMED) (2014a), en el año 2013 recibió en total 2033 y para el año 2014 fueron 2050 quejas.

Según nota periodística de EL UNIVERSAL en su edición del 7 de abril de 2011, en el Distrito Federal de las cinco autoridades con más quejas ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos se encuentra en primer sitio el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) encabezando la lista con más del 20 % de las quejas, en cuarto lugar se encuentra el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del estado (ISSSTE) con el 12 % de las quejas presentadas. (Espinosa, 2011). Lo anterior permite advertir que el Instituto referido que otorga atención médica a poco menos del 50% de la población en México es un organismo que transgrede los derechos humanos en materia de salud.

En el mismo tenor en el estado de Jalisco se tienen visos de que la protección de la salud es un derecho que con una gran incidencia es vulnerado pues según cifras de la Comisión Estatal de Derechos Humanos (en adelante CEDHJ) (2014) refieren en sus estadísticas que en el año de 2013 se emitieron 8 diversas recomendaciones por violación al

derecho a la protección de la salud y haber derivado a la postre en fallecimiento de personas, en tanto que para el año 2014 en Jalisco se presentaron 1705 quejas por la supuesta violación de ese derecho (CNDHJ, 2014). En el mismo año se emitieron 5 recomendaciones relacionadas a la violación al derecho a la protección de salud, lo que permite seguir advirtiendo la vulneración a los derechos de los pacientes derivados del derecho de protección a la salud.

Así se encontró que en la Comisión Estatal de Arbitraje Médico del estado de Jalisco (en adelante CAMEJAL) (2013) durante el año 2012 recibió 275 quejas por prestación de servicios inadecuados siendo el servicio más solicitado durante ese año de los que otorga el organismo, mientras que para el año 2013 se recibieron 187 quejas. (CAMEJAL, 2014).

Lo que indica una transición paulatina de un comportamiento pasivo hacia la cultura del ciudadano de acudir en queja ante las instancias establecidas con el fin de exigir un derecho violentado: No obstante es difícil conocer lo que en la realidad ocurre, ya que el número de violaciones a los derechos de los pacientes no es un dato que se pueda conocer a ciencia cierta, los datos que guían en este sentido las políticas de estado son las quejas interpuestas ante las instancias establecidas con dicha finalidad. No obstante la mayor parte de las personas no se queja ante la violación a sus derechos.

Por otro lado se denuncian día a día situaciones que atentan en contra de los derechos de los pacientes como la inadecuada atención médica, según la nota de Animal Político de fecha 13 de octubre de 2014 “60 por ciento de los pacientes en México necesitan controlar un dolor, pero no tiene acceso al tratamiento”, “por lo cual miles de personas mueren con dolor, lo que afecta de forma severa su calidad de vida y por tanto atenta contra los derechos humanos de la persona”. (Vega, 2014).

Otro ejemplo en Jalisco es el caso en el que la intervención de 16 médicos del Hospital de Pediatría del IMSS en el Estado derivó con la muerte de un menor y la orden de aprehensión de los médicos participantes, según la nota del periódico MILENIO Jalisco de fecha 4 de junio de 2014 es un hecho histórico que se hayan decretado dichas órdenes y refiere al igual a la situación que impera en México respecto a actos de inadecuada atención

médica que nos llevan a situaciones extremas como lo es el fallecimiento de una persona. (Rello, 2014).

Situación que día a día se va complejizando, por citar otro documento el 30 de octubre de 2013, se emitió el Informe Especial de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (En adelante CNDH) sobre los hospitales psiquiátricos que dependen del gobierno federal y estados de la República Mexicana. En éste se establece la existencia del derecho a la protección de la salud en México y que el Estado es el responsable de garantizar su acceso a todas las personas y en la actualidad la situación que impera se reflejó al hacer una visita de supervisión a este tipo de unidades medicas en la que se hace evidente que no se está cumpliendo con lo que mandata la Constitución, “se constató que en estos hospitales se vulneran los derechos humanos de los pacientes como lo son el trato digno, legalidad y seguridad jurídica”. (CNDH, 2013: párr. 13). En las conclusiones se señala que existen irregularidades relacionadas con la falta de personal médico, deficiencias en la prestación del servicio, equipo y abasto de medicamentos, etc.

Informe que establece una vulneración de los derechos de los pacientes de atención psiquiátrica, aún cuando se sabe que en particular éstos cuentan con una gama de derechos específicos establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, razón por lo que se se hace referencia al mismo al empatar con el tema que se esta presentando.

En el año 2003 la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México, (en adelante OACNUDHM) elaboró un Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México, cuyo coordinador general fue Anders Kompass representante de la oficina en comento. En el que se establecen recomendaciones generales previa revisión de rubros entre los que se encuentran el cumplimiento a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, destacando el derecho a la salud. En el diagnóstico se advierte cuáles son los principales problemas detectados: “entre otros que el presupuesto que se invierte en salud es insuficiente, está fragmentado y hay desperdicio de

recursos, mientras que existen intereses creados en el diseño y la operación del sector público de salud” (OACNUDHM, 2003: 96).

Con lo cual en el diagnóstico se advierte que éstos son “obstáculos estructurales que impiden soluciones de fondo que permitan avanzar en la universalización del derecho al disfrute al más alto nivel de salud física, mental y social de los mexicanos”. (OACNUDHM, 2003: 96).

Dentro de las recomendaciones que se emitieron en el informe fueron entre otras cosas:

“Integrar los sistemas de atención abierta y la derechohabencia, con lo que se estima necesario la adopción de un sistema público universal de protección de la salud que incluya la definición programada y progresiva de los servicios de salud pública, mantener la gratuidad para las poblaciones de menores recursos e incorporar la modalidad de libertad de elección del proveedor dentro del sector público”. (OACNUDHM, 2003: 96).

Asimismo se recomienda el incremento del presupuesto en salud por lo que se exhorta a los poderes ejecutivo y legislativo hagan lo necesario para tal fin.

Resalta del diagnóstico que se requiere de legislación pertinente para que haya justiciabilidad de los derechos humanos en el campo de la salud, así como la promoción de comisiones de arbitraje médico en las entidades federativas que aún no cuentan con ellas. (OACNUDHM, 2003: 98).

También respecto al derecho a la salud como el disfrute del más alto nivel de salud física, mental y social, se hacen recomendaciones generales de las que se rescata entre otras en el rubro de difusión, el que se realice:

“una campaña nacional permanente para la promoción del conocimiento de los derechos humanos, la tolerancia y el respeto a la diversidad, así como el reconocimiento del valor de la denuncia mediante todos los medios disponibles, difundiendo ampliamente los derechos humanos en general y en particular los

derechos de aquéllos grupos que viven situaciones desiguales y de discriminación”. (OACNUDHM, 2003: VII)

Con las recomendaciones en el rubro de protección de la salud lo que se busca es que haya certeza respecto de la trayectoria “para lograr en forma progresiva la universalización del derecho al nivel más alto de salud como una de las responsabilidades sociales principales del Estado mexicano”. (OACNUDHM, 2003: 98).

Como se puede advertir de dicho diagnóstico se requieren realizar tareas específicas por parte del Estado mexicano para cumplir con los fines de protección de los derechos humanos, entre los que se encuentran los derechos de los pacientes, rubro de salud que se ha expuesto y de cuyo análisis refleja que en principio se debe establecer un presupuesto más amplio para que en la materia se pueda llevar a buen puerto los objetivos de salud que se deben cumplir por México.

Ahora bien en un trabajo denominado “informe sobre la situación de los derechos humanos en Jalisco 2013” del Centro de Justicia para la Paz y el Desarrollo A.C., en realidad se da cuenta de diversos artículos relacionados con los derechos humanos, de entre los que se destaca que la participación de la sociedad civil organizada, influye fuertemente en pro de estos derechos (CEPAD A.C., 2014). En la actualidad se advierte que en tratándose de derechos de los pacientes no se ha hecho algún movimiento social ni a nivel estatal ni a nivel nacional que pueda documentarse como tal, con lo que se cuenta es con algunas asociaciones de pacientes y familiares que padecen alguna enfermedad específica más no en defensa particular de los derechos de los pacientes. Con lo que sí se cuenta es con las siguientes instancias: la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco a nivel local y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico a nivel nacional y las diferentes comisiones de derechos humanos en ambos ámbitos.

No hay como tal un diagnóstico específico sobre los derechos de los pacientes en el estado de Jalisco, existen las cifras a las que ya se ha hecho mención en las que se da cuenta del cúmulo de violaciones a estos derechos y cómo esto redundo en quejas ante las

diferentes Comisiones ya mencionadas, sin embargo no son un fiel reflejo de lo que ocurre en la vida cotidiana de los servicios de salud ya que para el año 2012 en la República Mexicana se realizaron 327'048,918 consultas externas otorgadas en el sector público del Sistema Nacional de Salud, en tanto que para el mismo año se reportan 5'835,000 egresos hospitalarios, 3'637,000 intervenciones quirúrgicas. Respecto del total de las consultas externas para 2012 el estado de Jalisco reporta 20'208,905. (INEGI, 2012).

Para abordar el tema sobre los derechos de los pacientes se hace una revisión de lo que se ha escrito a la fecha, una vez revisado lo que hay me he percatado que se han hecho algunos estudios a nivel internacional similares a lo que se está planteando, sin embargo en México existen pocos que refieren al conocimiento de los derechos o a la percepción de su cumplimiento, sin embargo existen algunos que abordan la percepción de los pacientes en torno a su satisfacción con la calidad en la atención, comenzando por poner algunos ejemplos de carácter internacional, latinoamericano y de ámbito nacional.

1.1.1 Internacional

En el ámbito internacional se pueden encontrar diversas leyes o Cartas de Derechos que se han venido promulgado en torno al tema de los derechos de los pacientes, derivadas de los pactos, declaraciones, convenciones, etc. Los que se mencionan más adelante de manera ilustrativa, sin considerar la regulación extensa que de forma heterogénea se ha promulgado en cada país, un ejemplo de ello se puede ver claramente en la Unión Europea¹, en Latinoamérica y el resto del orbe. En virtud de ello se han realizado algunos estudios en torno a los derechos de los pacientes, a los que se hace mención a continuación.

1.1.1.1 Europa

Leino y Kurittu en Finlandia, realizaron un estudio en Turku, en el que se tomó en consideración el conocimiento de los pacientes en torno a sus derechos, cuáles les gustaría

¹ Revisar la tesis doctoral denominada La protección de los Derechos de los Pacientes en la Unión Europea: Legislación comparada de Ma. De la Encarnación González Hernández de 2009 de la Universidad de Granada, España

tener y cuáles de ellos se cumplen, mismo que realizaron previo a la entrada en vigor de la ley promulgada en 1993 sobre la Situación y Derechos de los Pacientes, en el que resaltan que el 38% considera que sabían lo suficiente sobre sus derechos, solo el 33 % sabía que se instauraría una nueva legislación sobre sus derechos, también mencionan que los pacientes con menor nivel académico menos conocía sus derechos, que el rol de la enfermera es muy importante para concientizar al paciente sobre sus derechos y que harían otro estudio de seguimiento en cinco años posteriores a fin de verificar si la Ley ha sido factor para el conocimiento de los derechos de los pacientes. (Leino y Kurittu: 1995: 103-112).

Posteriormente en Grecia se realizó un estudio en el año 2001 en el que se contemplan tres normas que establecieron en torno a los derechos de los pacientes en dicho país: 1992, 1997 y del año 2000, en el que se midió el grado en que se ejercen y en el que se respetan los derechos de los pacientes en la perspectiva de ellos mismos, así 84% de los pacientes no conocían la ley, 25.7% de ellos no haría nada de violarse sus derechos, y aparentemente están satisfechos con la forma en que se ejercen sus derechos en el hospital, son algunas de las conclusiones a las que llegan los autores.(Merakou, Dalla, Garanis y Kourea, 2001: 449-509).

En Turquía también se han hecho algunos estudios en torno al conocimiento de los derechos de los pacientes en el año 2005 y desde la existencia de la ley específica sobre esos derechos en 1998, se determinó por las autoridades que se hiciera del conocimiento de los pacientes dicha normatividad, situación que no se refleja a siete años de existencia de la misma solo el 9% sabe acerca de la ley y el 40% de ellos no presentarían queja ante la violación de sus derechos, consideran importante informar y educar al público y a los profesionales de la salud para evaluar la calidad de los servicios de salud (Kuzu, Ergin y Zencir, 2005: 290-296).

En tanto que para el año 2010 en el mismo país se realizó un estudio de la recurrencia en las quejas entre los años 2004 y 2008, a raíz de la emisión de la directiva de implementación de derechos del paciente en 2005 se ve un incremento considerable en las quejas tanto verbales (in situ) como las escritas debido a la existencia de Unidades de Derechos de los Pacientes y el respectivo Comité de Derechos de los Pacientes, así como el proyecto de formación pública en todo el país en torno a estos derechos, además los autores

observan la falta de aplicación de la normatividad para la atención primaria (Saracoglu, Tokuc, Güler y Gül, 2010: 486- 493).

En el año 2006 Guix, Fernández y Sala, establecieron como objetivo de trabajo el “analizar las actitudes y las percepciones de pacientes, médicos y enfermeros respecto a los derechos de los pacientes en el ámbito de los hospitales públicos del sector sanitario de Reus (Tarragona)”(Guix, Fernández y Sala, 2006). Dicho estudio analiza cómo diversos autores advierten que “la autonomía no es una necesidad percibida como esencial por los pacientes y que incluso prefieren declinar esta capacidad de decisión en favor del médico” (Guix, et al, 2006: 470). Además se señala que los derechos de los pacientes no son suficientemente conocidos valorando más importante el recibir información que el diverso a ejercer la autonomía.

Se puede apreciar que tanto pacientes como enfermeros en buena medida no comprenden correctamente que el consentimiento informado es una garantía al derecho de elección sino que en su lugar lo catalogan como una actividad que se realiza por personal del hospital para protegerse sobre posibles errores. (Guix, et al, 2006: 471).

También se resalta en el mismo que los pacientes tienen un mínimo conocimiento de sus derechos con 30,1%, que sin embargo los médicos también poseen bajo conocimiento de los mismos al tener solo el 46,1% y que son los de enfermería que tienen un buen nivel de conocimiento con el 83,6%. (Guix, et al, 2006: 471).

Es un estudio en el que se considera a los principales actores de las relaciones de atención en salud, de la que cabe resaltar la opinión de expacientes, de la cual derivó en que desconocen sus derechos y la autonomía pensada como la capacidad de tomar libre decisión en torno a su situación de salud, la consideran importante pero se prefiere que sea el médico quien tome las decisiones.

En Irán se realizó un estudio en un hospital Gubernamental en Saudi por Almojael (2012: 329-335) en el cual se especifica que existe una Ley de 2001 en torno a los derechos de los pacientes en dicho país y que de los 250 pacientes hospitalizados que participaron en el estudio el 25,5 % de ellos dijeron no saber que tienen derechos y tan solo la mitad de ellos son conscientes de más de 6 derechos, resaltando que la muestra está compuesta en su

mayoría por mujeres y la mitad de los participantes están por debajo de educación elemental. Población que es muy similar a la mayoría de las personas que acuden a los servicios de salud públicos en México y en particular que empatan con este estudio.

En el mismo país en el año 2012, Parsapoor, Mohammad, Malek, Ala'eddini y Larinjani, realizaron diverso estudio en dónde abordaron el punto de vista de pacientes, enfermeros y médicos en tres hospitales diversos uno de enseñanza, uno público y uno privado, en el que concluyeron que es necesario que médicos y enfermeras estén mejor informados de los derechos de los pacientes a elegir y decidir, acceder a la información: Los pacientes evaluaron el grado de observancia de sus derechos inferior a lo realizado por médicos y enfermeras. (Parsapoor, Mohammad, Malek, Ala'eddini y Larinjani, 2012:1-8).

Asimismo en Egipto se encontró que Abou, El Nouman y Zayed (2013) realizaron un estudio en el sur de dicho país en el que determinaron: el grado de conocimiento acerca de los derechos de los pacientes, la fuente donde obtuvieron el conocimiento respecto de los mismos y si llevan a la práctica esos derechos, el 77% de los pacientes y sus acompañantes no sabía acerca de la lista de derechos de los pacientes, en tanto que los médicos solo conocían el 44 % de ellos y las enfermeras el 48%. Respecto de los pacientes que estaban bien informados se enteraron a través de medios de comunicación masiva. Respecto a la conducta que tomarían al considerar violentados sus derechos señalaron que preferían no hacer nada lo que concluye puede ocurrir por la falta de conocimiento y comprensión de sus derechos y por otro lado el desconocer cómo reclamarlos. (Abou, El Nouman y Zayed 2013:46)

En un estudio de Erer, Atici y Erdemir (2007) realizado en el departamento de Oncología de un hospital de investigación y práctica en pacientes con cáncer en Turquía, a fin de evaluar el punto de vista de los pacientes sobre sus derechos en el contexto del derecho a la información y la autonomía acorde a la ley, arroja que en su mayoría, los pacientes que participaron en el estudio están de acuerdo en que tienen el derecho a ser informados, que el médico debe informarles sobre el diagnóstico y tratamiento, asimismo que el médico está obligado a proporcionar información y sólo 43.3% de los entrevistados dijo que tienen el derecho a rechazar el tratamiento recomendado por el médico. Que la principal violación a los derechos de los pacientes es la falta de conocimiento sobre ellos,

por lo tanto no saben que pueden exigir de la institución de salud, que se hace necesario el educar a pacientes y médicos en materia de derechos del paciente.

En España se realizó un estudio Delphi con los participantes al VI Simposium de la Sociedad Española de Atención al usuario de la Sanidad (SEAUS) celebrado en 2004, en el que determinaron que la formación que más se sugiere introducir es la relativa a técnicas de comunicación y atención al cliente y de entre las propuestas consensuadas tanto entre los participantes en el simposio como de los expertos de la SEAUS, destaca la “puesta en práctica de campañas informativas de los derechos y deberes de los pacientes” y “sensibilizar a los profesionales sobre estos derechos y deberes” (Pérez, Mira y Rodríguez, 2005: 330).

En el recuento de lo expuesto se advierte que en la mayoría de los estudios realizados, existe un bajo conocimiento de los pacientes acerca de sus derechos y que al mismo tiempo se hace necesario informar a los pacientes en el tema y educar al personal de la salud en el conocimiento y respeto de los derechos. Evidencia de que la percepción de cumplimiento de los derechos por parte de los pacientes no siempre es buena, sin embargo las personas toman una actitud pasiva ante el incumplimiento de los mismos.

Cabe mencionar también que existen muchos otros países en Europa que tienen previsto en sus leyes internas los derechos de los pacientes derivados del derecho a la protección de la salud (también llamado derecho a la salud), tal es el caso del Reino Unido, en dónde se lanzó en 1991 una iniciativa sobre una Carta del Ciudadano en el Sistema Nacional de Salud, en la que se contemplan 10 derechos, sin embargo no tienen fuerza coercitiva al no ser una ley como tal y aún cuando se especifica que el paciente podrá quejarse no se especifica el ¿Cómo hacerlo?, directamente ante el proveedor de los servicios de salud. Lo deseable sería un sistema eficaz de mecanismos de gestión de quejas (Wilson, 1997: 213-215).

1.1.1.2 Latinoamérica

En Latinoamérica el tema de los derechos de los pacientes no cuenta con un desarrollo de la misma magnitud que en Europa, sin embargo se está avanzando en temas como éste a través de la legislación interna, con ello se ha dado paso a un marco legal en el que impera los derechos fundamentales mínimos de los pacientes.

Valenzuela, Pezoa y Morales (2014), en su estudio realizado en Chile denominado “Estudio de Usuarios del Sistema de Salud y prestadores respecto de la Ley de Derechos y Deberes del paciente” establecieron como objetivo del mismo “Conocer las percepciones, experiencias, grado de satisfacción, expectativas y valoración que tienen los usuarios del sistema de salud, respecto de la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, en relación con acciones vinculadas a su atención de salud. Asimismo, el grado de conocimiento e implementación de la citada Ley de parte de los prestadores que otorgan atenciones”. (Valenzuela, Pezoa y Morales, 2014: 3).

En el mismo se indagó sobre el conocimiento que los usuarios tienen respecto a la Ley de Derechos y Deberes, del que se desprende que el 47 % la conoce, que en su mayoría la han visto en los hospitales, clínicas o consultorios. El 67 % dijo haber hecho uso de la ley, el 76 % cree que existen los derechos del paciente, el 56 % señaló creer que no se respetan los derechos del paciente. (Valenzuela et al, 2014: 16-21).

Asimismo se les preguntó a los usuarios si sabían dónde podrían acudir para reclamar sus derechos y la respuesta fue que el 40% no sabe a dónde acudir, del resto mencionaron acudirían a la Superintendencia de Salud y en un segundo lugar señalaron que podría ser con los administrativos del hospital, clínica o consultorio de salud (Valenzuela et al, 2014: 61).

El citado estudio además de medir los aspectos de la ley, mide la satisfacción con la atención en salud, en donde se valoran el diagnóstico, la rapidez, la atención, la calidad de

los médicos y el tratamiento adecuado como los aspectos más importantes en una atención de salud (Valenzuela et al, 2014: 99).

Es un estudio que empata con la investigación que se presenta, ya que aborda el tema del conocimiento de los derechos y de las vías de reclamación de los mismos, elaborado a partir de la existencia de la Ley en la materia que se encuentra vigente desde octubre de 2012 en dicho país y como otras leyes de países de Latinoamérica, son todas ellas referentes para las naciones que a la fecha no han contemplado una ley de derechos de los pacientes.

En Bucaramanga, Colombia también se trabajó en el análisis del conocimiento que tienen los usuarios que acuden a atención a la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander en torno a sus derechos y deberes como pacientes, tomando en consideración el decálogo de los derechos de los pacientes en Colombia, conforme la resolución 13437 de 1991 del Ministerio de Salud. Se aplicó una encuesta inicial en la cual se advirtió que el 83,2% tenían pocos conocimientos sobre sus derechos y deberes, posterior a ello realizaron una campaña para dar a conocer sus derechos y deberes y el resultados es: A grandes rasgos la muestra está compuesta mayormente por mujeres 64,5%, que sólo el 4,6% de las personas aseguraron conocer sus derechos y deberes como pacientes, los autores concluyeron que el 54,7% tienen buenos conocimientos, 40,6 % regulares y el 4,8% deficientes y el 65,6% de las personas considera que siempre le fueron respetados los derechos durante la estancia, aunado a que el 83,9% de los encuestados considera que siempre cumplió con sus deberes, únicamente el 1.9% de los encuestados se quejó por incumplimiento a sus derechos y de ellos únicamente el 50% considera que no le fue resuelta su queja. (Camargo, et al, 2010:11-19).

De los países que han abierto brecha en el continente Americano, está el caso de Estados Unidos de Norteamérica, con el movimiento de la asociación de hospitales americanos y la expedición del Patient's Bills of Rights y en 1989 la Nueva Ley de los derechos de los pacientes en New Jersey (Wilson, 1997:213-220). Fueron pioneros en estos temas a nivel global. Por lo que cabe citarlos en este apartado.

Si a los estudios mencionados sumamos las leyes que se han venido proclamando en Latinoamérica, por ejemplo en Argentina dónde se da un avance considerable en el tema de los derechos de los pacientes con la Ley nacional número 26529 denominada “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud” promulgada el 19 de noviembre de 2009. Ley que al análisis de la Dra. Marisa Aizenberg profesora de la Facultad de derecho de la Universidad de Buenos Aires, señala que tiene aspectos positivos como “El afinamiento de derechos; la regulación de institutos conocidos sobre los que existía acuerdo doctrinal y jurisprudencial; el favorecimiento de algunos aspectos relativos a la relación médico-paciente y el ordenamiento a nivel nacional y con carácter de orden público, del deber de información...”(Aizenberg, s.f.), sin embargo ella resalta que también se omite legislar sobre los deberes del paciente y los derechos del personal de la salud.

En tanto que en Perú aún cuando ya existían disposiciones en pro de los derechos del paciente en la Ley General de Salud, se proclamó por el Congreso de la República, la Ley General del Paciente de octubre de 2013, la cual pretende declarar y resguardar los derechos del paciente de forma específica ante los adelantos de la ciencia, la medicina, la biología y la tecnología.

En Costa Rica se cuenta con la Ley de Derechos y Deberes de las personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados, de 13 de marzo de 2002, en el que como su nombre lo dice establece los derechos y los deberes de los pacientes. En tanto Ecuador tiene la Ley 77 denominada Ley de Derechos y Amparo del Paciente de 10 de enero de 1995, la cual además de prever los derechos de los pacientes, contempla el amparo al paciente en situaciones de emergencia e incluso establece conductas típicas sancionadas con pena de prisión.

Panorama ante el cual los derechos de los pacientes comienzan a estar más y mejor posicionados en la normatividad interna de los países, con leyes especializadas de carácter nacional, lo que permite reforzar los derechos humanos en materia de protección a la salud de cara a una relación médico-paciente cada vez más horizontal y en la cual el paciente comienza a ser visto como una persona autónoma, sujeto de derechos y corresponsable de la protección de su salud.

1.1.2 Nacional

En el plano nacional, se encuentran una serie de estudios dirigidos al análisis de la percepción de los pacientes sobre su atención en su salud, y escasamente sobre el análisis del conocimiento de los derechos de los pacientes y de la percepción en su cumplimiento. Así se encontró un estudio realizado sobre satisfacción de usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2013 de Gutiérrez, Hernández, Romero y Castro se buscó evaluar la opinión de los beneficiarios del Sistema, respecto a los servicios de salud que reciben a partir de información primaria obtenida de una encuesta representativa de la población y desarrollar a partir de los resultados, recomendaciones para incrementar la satisfacción de los usuarios, de hecho en los objetivos de la encuesta aplicada son “analizar el nivel de satisfacción por servicios recibidos, el acceso efectivo a los servicios, el conocimiento sobre los derechos de los afiliados y el proceso de gestoría”. (Gutiérrez, Hernández, Romero y Castro, 2013: 3).

En dicho estudio se indagó sobre la entrega de la carta de los derechos y obligaciones y si ello les permite conocer esos derechos y obligaciones de los afiliados, a lo que las personas respondieron haber recibido en un 80% la carta y el 59.10 % dijo que el haber recibido la carta no es suficiente para conocer sus derechos (Gutiérrez, et al, 2013: 9-10).

Se concluyó que la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud dependen de diversos factores, “para incidir en la misma se requiere de acciones de los proveedores de los servicios de salud y por otro lado de elementos estructurales entre ellos la oportunidad y ubicación de los servicios y el empoderamiento de las personas” (Gutiérrez, et al, 2013: 28), también es importante según los autores que un elemento que afecta de forma positiva o negativa a la calidad es la interacción entre médico y paciente en donde los usuarios identifican problemas ya sea en la atención, incluida la competencia profesional de los médicos y elementos de la información que se les proporciona. (Gutiérrez, et al, 2013: 28)

En otro estudio realizado por Reyes et al (2013) se propusieron como objetivo “conocer la percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México y los factores asociados con dicha percepción”, teniendo

como base los datos de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición 2006 y 2012, se analizó la percepción de la atención recibida y de mejoría en salud después de la atención, lo que arrojó de dicho estudio que hay incremento tanto en la buena percepción del servicio como en la proporción de mejoría del estado de salud posterior a la atención. (Reyes et al, 2013: S100-S102)

En el estudio denominado “Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México, Un estudio de satisfacción con la atención médica”, realizado por Hamui, García, Aguirre y Ramírez; como su nombre lo indica, recoge los puntos de vista de los pacientes que acudieron a recibir los servicios a distintas unidades hospitalarias del Sistema de Salud en México, del que se desprende que: “37.3% de la población muestra se manifestó muy satisfecha con la atención recibida y el 62.4% restante se manifestó como no muy satisfecha, tan solo el 0.6% nada satisfecha”. (Hamui, García, Aguirre y Ramírez, 2013: 11)

En un estudio similar al presentado aquí, denominado “Conocimiento del paciente sobre sus derechos”, cuyo objetivo fue precisamente el de identificar el conocimiento que tienen los pacientes hospitalizados sobre sus derechos en un hospital de Especialidades número 14 (Centro Médico Nacional “Adolfo Ruíz Cortines”) en Veracruz, Veracruz México, del Instituto Mexicano del Seguro Social, tuvieron como resultados que solo 32% de los pacientes conocían sus derechos, que poco más de la mitad de los derechos son aplicados por el personal. (Carrillo, Durán y Leal, 2001: 23-26).

Casas y Zepeda (2012) realizaron un estudio denominado “Percepción del Cumplimiento de la Carta de Derechos de los Pacientes: experiencia de 8 años en un hospital público”, en el cual compararon la percepción del cumplimiento de la Carta de Derechos de los Pacientes con un intervalo de ocho años en el que a través de un cuestionario auto-administrado que se aplicó a sujetos voluntarios derechohabientes del hospital, se midieron categorías relacionadas a los 10 derechos establecidos en la Carta mencionada, del que arrojó que “hubo un incremento importante en el apoyo al desarrollo

de la autonomía y las decisiones libres e informadas por los pacientes, la percepción de atención médica de calidad y calidez tiene un alto porcentaje”. (Casas y Zepeda, 2012:120).

En tanto que Lobato y Pichardo (2013: 49-57) Evaluaron la comprensión de los sujetos de investigación acerca de sus derechos y en qué medida son capaces de hacerlos valer, para ello hicieron entrevistas semiestructuradas aplicadas en Instituciones de salud en la ciudad de México, en el que el porcentaje de mujeres fue muy superior 71% por 29% de hombres, respecto de la muestra en general el 31% desconoce el derecho de la confidencialidad de la información brindada, los entrevistados en 65,7 % creen conocer sus derechos, sin embargo la realidad es que pocos de ellos pudieron mencionar algún derecho, como señalan las autoras.

El 36 % de los participantes refirió les han hablado sobre sus derechos. Las autoras llegan a la conclusión que se abusa de los sujetos de investigación en salud al no conocer ni entender sus derechos como participantes y por lo mismo ser incapaces de exigirlos, por ello sugieren entre otras cosas: que se establezca un nuevo modelo médico-paciente que en primer término se traduzca en respeto a los derechos más elementales de los pacientes. Que se realice la difusión de los derechos humanos en materia de salud de tal forma que los pacientes puedan conocerlos y en su caso exigirlos ante la transgresión de los mismos. (Lobato y Pichardo, 2013:56).

De los trabajos de investigación presentados se da cuenta de que existen estudios dedicados al conocimiento de los derechos por un lado y la percepción de parte de los pacientes sobre la calidad de los servicios en los Sistemas de Salud y del cumplimiento de sus derechos por otra, estudios que abonan a conocer e interpretar la realidad desde la perspectiva de quienes participan en ella, cuya experiencia es fundamental para realizar mediciones, ya que los pacientes se convierten en el sensor de la calidad de los servicios de salud, por lo cual conocer sus puntos de vista abonará en beneficio de estos servicios y a mejorar la salud de las personas. Lo que implica darle voz a los pacientes en temas relacionados a su salud y para el caso de esta investigación para identificar que tanto conocen sus derechos y cuál es la percepción de cumplimiento de los mismos.

Cabe mencionar que de la revisión bibliográfica se encontró escasos en México del material para abordar en particular el conocimiento de los derechos de los pacientes así como la percepción sobre su cumplimiento, incluso si se ha presentado alguna queja, sin embargo lo poco que hay da una idea general que las personas conocen poco sus derechos y su cumplimiento en las instancias de salud lo califican como regular.

La participación de los pacientes en la evaluación de los sistemas de salud sobre la satisfacción que tienen es muy importante para mejorar la calidad de la atención, esto es, que la percepción de los pacientes abona para lograr elevados niveles de calidad en la atención médica, así también el conocimiento y la percepción de cumplimiento de sus derechos ayuda a valorar como se encuentra ese tema para a partir de ahí realizar los ajustes necesarios para formar ciudadanía informada y participativa en el ejercicio de los derechos fundamentales de las personas en materia de protección a la salud.

Acercarnos a un análisis de los datos sobre el conocimiento y percepción de cumplimiento que tienen los pacientes abonará a reforzar las estrategias y acciones que puedan realizarse en el actual Sistema de Salud con miras a lograr la calidad deseada en la atención en salud, pero principalmente para acercarse al irrestricto respeto a los derechos fundamentales de las personas.

2 Precisiones conceptuales

En este capítulo se abordan conceptos que son necesarios para comprender la base y la evolución de los derechos de los pacientes, cuál es la fuente originaria y la conceptualización que sobre los derechos de los pacientes se tiene, el aproximarnos a los conceptos permite apropiarnos del tema y de los antecedentes que han dado pauta al reconocimiento de derechos.

2.1 Derechos Humanos

Los derechos humanos en nuestro planeta no están legalmente protegidos del todo, cada país ha implementado una serie de normas, instituciones, procesos, etc., para la salvaguarda de los mismos; con diferencias marcadas respecto de las instituciones, funciones, presupuesto económico, etc. Lo anterior es normal en función del tipo de gobierno que impera en cada lugar y del nivel de desarrollo que cada estado internacional tiene.

Sobre la terminología en torno a los derechos humanos, ésta es prolija, es un concepto que hoy en día es de los más utilizados en el mundo, a estos se les ha llamado de diversas formas, “derechos naturales, derechos públicos subjetivos, libertades públicas, derechos morales, derechos fundamentales, derechos individuales, derechos del ciudadano, etc” (Peces, 1999:22). y estos han derivado de sus antecedentes históricos, se podría opinar en la línea de aprobar o no los conceptos o de su enfrentamiento, sin embargo lo que ha de reconocerse como lo señala el propio Peces es que derechos humanos “es el término más común y el que todos los hombres comprenden o intuyen”(1999:22).

En México los derechos Humanos son concebidos por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos como:

El conjunto de prerrogativas inherentes a la naturaleza de la persona, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral del individuo que vive en una sociedad jurídicamente organizada. Estos derechos, establecidos en

la Constitución y en las leyes, deben ser reconocidos y garantizados por el Estado (Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2013 párr. 1).

Esta concepción es certera toda vez que establece que son prerrogativas inherentes a la naturaleza de la persona, por el hecho de serlo goza de los mismos y su realización es indispensable para el desarrollo de los individuos en lo personal y en lo colectivo; no necesariamente están contemplados en leyes, ya que existirán algunos que no se encuentren establecidos en ellas y no por ello dejan de ser derechos humanos.

Las declaraciones de Derechos Humanos en América y en el mundo, obedecen a movimientos sociales que se propiciaron en aras de justicia social y reconocimiento de derechos mínimos tales como la libertad, igualdad, seguridad, etc., que son inherentes a la naturaleza propia del hombre y por su sola existencia ya es beneficiario de los derechos elementales que todos debemos tener.

La Organización de las Naciones Unidas, a través de la oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, establece que éstos son: “derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua o cualquier otra condición. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles” (ONU, 2014).

Efectivamente se establecen derechos o prerrogativas por la condición de ser de la especie humana, esa es la única condicionante para ser receptor de los derechos llamados humanos.

Sobre la acepción de derechos humanos se vuelve controversial el termino ya que según Casa Madrid “Estamos muy acostumbrados a hablar de derechos humanos. Sin embargo en un principio se definían como derechos de gentes o derechos de humanidad; en estricto sentido técnico, decir derechos humanos es una anglicismo, es una traducción literal del inglés “*human rights*” (Casa Madrid, 2003:107).

Lo que sí se puede asegurar según Peces (1999:24) es que el concepto de derechos humanos tiene la ambigüedad de “referirse a una pretensión moral o a un derecho subjetivo protegido por una norma jurídica”.

En la actualidad en México a partir de la reforma de junio de 2011 a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se cambia el nombre del capítulo I del Título primero y se reforma el artículo primero para quedar:

Título Primero

Capítulo I

De los Derechos Humanos y sus Garantías

Artículo 1o. “En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia”.

Se establece específicamente en el artículo de referencia la calidad de *derechos humanos*, reemplazando el término de garantías, dándole con ello una concepción amplia de los derechos y su interpretación, estableciendo principios que abonan a la justicia con la visión amplia de los derechos inherentes a la condición humana, en pro de la dignidad de la persona.

De tal forma que la conceptualización de los derechos humanos es que son inherentes al ser humano, siendo la única condición para gozar de los mismos.

2.2 Derechos Fundamentales

El concepto de derechos fundamentales en muchas ocasiones se ha utilizado como sinónimo de derechos humanos, pero existen opiniones en contra que establecen la diferencia entre estos.

¿Por qué se atribuye un carácter fundamental a los derechos de una persona?, ¿por que existen los derechos humanos y también los derechos fundamentales?

El concepto de derecho fundamental ha dado la pauta para que muchos autores reflexionen sobre el mismo, Alexy señala que “todo derecho fundamental está recogido en una “disposición de derecho fundamental”, una disposición de ese tipo es un enunciado previsto en la constitución o en los tratados internacionales que tipifican un derecho fundamental”. (Alexy, 2002 en Carbonell 2004:11).

Por su parte Carbonell afirma que son derechos fundamentales “aquellos que se encuentran consagrados en la Constitución, es decir, en el texto que se considera supremo dentro de un sistema jurídico determinado; por ese solo hecho y por que la constitución los dota de un estatuto jurídico privilegiado tales derechos son fundamentales” (Carbonell, 2004:2).

Los derechos fundamentales por tanto están previstos en normas de carácter fundamental, es decir, la constitución y los tratados internacionales y son considerados como tales en la medida en que “constituyen instrumentos de protección de los intereses más importantes de las personas, puesto que preservan los bienes básicos necesarios para desarrollar cualquier plan de vida de manera digna” (Carbonell, 2004: 5).

En tanto que Luigi Ferrajoli, sostiene que los derechos fundamentales son:

“Todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a “todos” los seres humanos en cuanto dotados del status de personas, de ciudadanos o de personas con capacidad de obrar. Entendiendo por derecho subjetivo “cualquier expectativa positiva (de prestaciones) o negativa (de no sufrir lesiones) adscrita a un sujeto por una norma jurídica”; y por “status” debemos entender “la condición de un sujeto, prevista así mismo por una norma jurídica positiva, como presupuesto de su idoneidad para ser titular de situaciones jurídicas y/o autor de los actos que son ejercicio de éstas”. (Ferrajoli, 2001:37)

Si bien es un concepto muy comprensible, al final cuando refiere al status, establece lo que en México conocemos como la capacidad de ejercicio, entendiendo ésta como la

capacidad de ser beneficiario de derechos pero también de poder ejercerlos, excluyendo así a quienes no tienen esa capacidad, por ejemplo la minoría de edad, lo cual se subsana en tanto que puede ser ejercida a través de un representante legal, por lo que en éste trabajo se está de acuerdo con la concepción de Luigi Ferrajoli.

Los derechos fundamentales en México son los que se encuentran recogidos en el propio texto legal de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en la parte denominada “dogmática”, es decir gozan de protección legal, ya que la Constitución y los Tratados Internacionales en que México sea parte son la máxima ley en nuestro país, de conformidad a lo que establece el artículo 133 de la propia Carta Magna.

“Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los Tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión”.

El ser fundamental no implica necesariamente que deben ser garantía, sino que son fundamentales como ya se dejó explícito por estar contenidos en disposiciones normativas fundamentales.

En la actualidad la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establecen en su artículo primero que todas las personas gozaran de los derechos humanos establecidos en la Constitución y en los tratados internacionales en los que México sea parte, en función de ello esos derechos se encuentran reconocidos en la norma fundamental del Estado mexicano, por ello aún cuando su denominación es de derechos humanos son hoy en día derechos fundamentales.

Termino mejor empleado que el de derechos humanos al decir de Peces (1999) por ser una definición más precisa que abarca la dimensión moral y la jurídica.

Los derechos fundamentales en México gozan de protección legal a través de un proceso ante los tribunales denominado “El amparo mexicano”, en el que se establece previo proceso si existe o no, violación a esos derechos fundamentales, para el caso de que

haya violación, se ordenaría por parte del tribunal competente que se deje de conculcar el derecho.

2.3 Derecho a la Protección de la Salud

El derecho a la protección a la salud también se le llama derecho a la salud o viceversa, se hace la crítica de que el verdadero derecho fundamental que se encuentra establecido tanto en los instrumentos internacionales como en las leyes del estado Mexicano, es el de protección a la salud ya que la salud misma no puede ser garantizada ante las circunstancias personales y sociales en las que se vive, siempre existirá el riesgo ante la condición humana de enfermarse, por lo cual afirmar que es un derecho a la salud sería un objetivo de las naciones utópico e irrealizable.

En palabras de Acosta “la salud es un valor cambiante, no estático. La mejor prueba de su mudanza es la espectacular elevación de la esperanza de vida en los países desarrollados” (Acosta, 2002:2), al mismo tiempo que las personas cada día incrementan sus expectativas de salud, por tanto, referirse a un derecho a ella continúa el autor “conlleva un margen de insatisfacción” y que por tal motivo la Constitución no asegura el derecho a la salud en términos absolutos (Acosta, 2002: 34-35)

No obstante existe una buena parte de doctrinistas que se refieren a éste derecho como “Derecho a la Salud” como un concepto más genérico y amplio, y el de protección a la salud como las obligaciones que el estado debe implementar para proteger la salud de la población, en sí el debate respecto a la nomenclatura, podría traducirse en algo oneroso, simplemente se puede referir a él de ambas formas, lo importante es que se trata de un derecho fundamental sin el cual no pueden ejercitarse el resto de los derechos.

El derecho de protección a la salud “es un derecho social que se despliega en una amplia serie de posiciones jurídicas fundamentales para los particulares y para el Estado” (Carbonell y Carbonell, 2013:1).

Para Moctezuma (2001), el derecho de protección de la salud es:

“Un sistema de normas jurídicas de derecho social que regula los mecanismos para garantizar la protección de la salud como bien supremo del hombre, a través de la delimitación del campo de la actividad gubernamental, con la finalidad de que sirva de medio para obtener justicia social” (Moctezuma, 2001:17).

Esta definición acertada ya que se deben establecer las reglas para garantizar el derecho en mención, esto es, instrumentar el derecho para hacerlo tangible ante la relevancia para su titular al ser como ya se dijo indispensable para ejercer el resto de los derechos, por lo cual se puede afirmar que es lo mínimo que debe protegerse.

El derecho de protección a la salud le implica al estado que lo debe tutelar una serie de obligaciones que debe cumplir en relación a la salud de la población a la que debe atender, por eso se afirma que este derecho es un derecho de crédito en el que el estado debe establecer los medios necesarios para que se dé la protección de la salud, no le implica una obligación de resultados ya que no se puede garantizar la salud de las personas, pero sí la de poner los mecanismos a disposición de las personas para en lo posible restablecer la salud.

En ese tenor señala Acosta “el derecho a la salud es un derecho tendencial, no pueden existir derechos de contenido imposible, no implica una obligación de resultados pero sí una obligación de medios” (Acosta 2002: 36), al unísono Carbonell y Carbonell (2013) manifiestan que “el derecho a la salud tiene un carácter de prestación en la medida en que principalmente implica y conlleva una serie de obligaciones positivas (de hacer) por parte de los poderes públicos” (2013:1-2). Se debe entender como el acceso a los medios que el Estado pone a disposición de los ciudadanos para lograr la salud.

El derecho a la protección de la salud implica un mínimo de obligaciones para el Estado como se ha mencionado y concretamente según Casa Madrid: “el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud; la descentralización; determinación de servicios esenciales o servicios básicos, determinación de grupos vulnerables y de derechohabientes; establecimiento de un régimen de policía sanitaria” (2003: 109).

El derecho a la salud o a la protección de la salud debe tener como elementos esenciales: La disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad (Carbonell, Moguel y Pérez Portilla, 2003: 598).

En cuanto a la disponibilidad consiste en establecer las instancias de salud necesarias para salvaguardar este derecho, personal capacitado y abasto de medicamentos, en tanto que la accesibilidad se refiere a que los servicios de salud que se oferten a la población, estén al alcance de todos, sin discriminación. Por lo que ve a la aceptabilidad el personal de los establecimientos de salud deberá respetar la diversidad cultural de las personas y de las minorías. En tanto que la calidad de los servicios de salud que es el fin primordial para que haya un servicio acorde a los requerimientos de los ciudadanos implica que haya personal altamente capacitado, contar con la infraestructura adecuada y acorde a los adelantos de la ciencia. (Carbonell et al, 2003: 598-599)

El derecho a la protección de la salud por tanto es un derecho social que establece las reglas y mecanismos para garantizar a la población el establecimiento de instituciones, servicios, estrategias y políticas públicas para proteger la salud de las personas y acceder a una mejor calidad de vida, aún cuando hay ocasiones como lo menciona Pilar León en que “el hecho de que tanto la financiación como la provisión de la asistencia sanitaria sea responsabilidad casi exclusiva de la administración pública resta agilidad para poner en práctica los derechos de los pacientes, en torno a la protección de la salud” (León, 2004:12).

Por otra parte los Derechos Humanos se han clasificado temporalmente en generaciones, algunos autores (Casamadrid Mata, 2003; y Hernández, Coello y Santa Cruz, 2008) señalan que el derecho a la protección de la salud es un derecho humano de segunda generación, en tanto que se propone también puedan ser de última generación, pertenece a los llamados derechos sociales en el que se procuran mejores condiciones de vida para las personas a cargo del Estado.

2.4 Paciente

Hablar sobre pacientes es referirnos a la totalidad de las personas que conforman determinada sociedad, ya que todos en algún momento dado hemos padecido alguna enfermedad, que aún por leve que ésta sea requiere de la intervención de un profesional de la salud, quien a través del diagnóstico, pronóstico y datos clínicos, ofrezca un tratamiento.

Ya lo señala Bellver, que “en los actuales Estados Sociales, en los que los servicios de salud alcanzan a todos los ciudadanos, también cuando están sanos, se puede decir que la condición de paciente se mantiene a lo largo de toda su vida” (2006: 12).

La palabra paciente por sus raíces latinas: *patiens*, – *enties*, part. act. de *pati*, padecer, sufrir, *es el que padece*, sin embargo en la actualidad, no siempre se padece una enfermedad; con los avances tecnológicos el dolor y sufrimiento ocasionados por las enfermedades es una cuestión del pasado, ahora con los tratamientos que se implementan el dolor se reduce considerablemente o se elimina.

El paciente es “el enfermo que padece el proceso de restablecimiento de su salud” (Manteca, 2004: 271), así dicho termino se acotaría a las personas que tienen un padecimiento y en tanto no se restablezcan, se consideran pacientes.

Por lo tanto no es lo mismo paciente que enfermo, paciente es quien padece una enfermedad y recibe atención médica, ya que si no se atiende, se reducirá a ser solo “enfermo”, habrá ocasiones en que una persona enferma no acuda a recibir atención para mejorar su condición, por ende no se considerará paciente.

En España bajo el auspicio de la Ley 41/2002 denominada Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (en adelante Ley 41/2002) concibe al paciente como “la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud”.

Esto es la actuación del médico y/o la intervención de los servicios de salud le dotan de sentido a la palabra paciente, al intervenir y brindar la atención médica que se le ha

solicitado. El paciente como persona tiene derechos que se actualizan con la intervención de los profesionales de la salud, mismos que derivan en su mayoría de la máxima ley.

Se debe entender en todo momento en el presente trabajo que el término “paciente”, es un sinónimo de sujeto de derechos, en el caso particular en México diríamos que es un ciudadano, entendido tal y como lo establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 34:

“Son ciudadanos de la República, los varones y las mujeres que, teniendo la calidad de mexicanos, reúnan además, los siguientes requisitos:

I.- Haber cumplido 18 años y

II.- Tener un modo honesto de vivir”

En esta concepción de ciudadano se podría argumentar que se excluye a los menores de edad, sin embargo ellos están representados legalmente por quien detente la patria potestad, la tutela o a través de la representación estatal.

El concepto de ciudadano visto aquí como titular de derechos políticos, civiles y sociales; se concuerda con Gómez (2004) en el sentido de aducir que al ciudadano se le ha asociado con aquél que puede ejercer derechos políticos, sin embargo dice que no todos comparten esa idea, y citando a Marshall, éste “reconoce tres tipos de derechos constitutivos de la ciudadanía: Los derechos civiles, los derechos políticos y los derechos sociales” (Marshall 1965 en Gómez 2004:376). Gómez especifica que “Los derechos sociales, finalmente, incluyen los que proporcionan un mínimo de bienestar y seguridad, como la atención a la salud y la educación” (2004: 376).

Gómez (2004) continúa citando a Marshall, quien afirma que “el desarrollo de la ciudadanía culmina con la implantación de los derechos sociales”.

También Gómez (2004) cita al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en su publicación “La Democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos”, en la cual aboga por la construcción de lo que se denomina *ciudadanía integral*, es decir una ciudadanía que permita el ejercicio pleno de los derechos políticos, civiles y sociales (PNUD, 2004 en Gómez 2004: 376).

Uno de los derechos sociales por autonomía es el derecho a la protección de la salud, por lo que de acuerdo con ello nuestro titular de derechos “paciente” es un ciudadano, situación que se equipara a lo reconocido en otros países como en España Sánchez, Gallego, Rodríguez e Hinojosa, (1994) señalan que “la Constitución Española ha supuesto la consagración del ciudadano en su más amplio sentido”, alejándose del término “administrado” y sustituyéndolo por el de usuario como sujeto de derechos (1994: 41-42) .

Méjica y Díez, señalan que en España a través de la Ley 41/2002, al establecerse el principio de *respeto a la dignidad y autonomía de la voluntad del paciente*, con ello cambia la relación médico-paciente en la que éste último es quien la protagoniza (2006:24).

Por su lado la Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012 sobre el Expediente Clínico en su punto 4.7 define al paciente como: “*todo aquel usuario beneficiario directo de la atención médica*”.

Por lo mencionado se debe considerar que no hay un concepto inequívoco de paciente, sin embargo los diversos autores citados establecen que es una persona que busca respuesta ante un problema de salud presente o futuro y recibe atención médica.

2.5 Usuario

Algunas leyes han definido en lugar de paciente al de “usuario”, es ésta última definición la de usuario de los servicios de salud que diversos autores han adoptado para referirse a los pacientes, argumentando que el término “paciente es cosa del pasado”, ya que referirse a paciente en la actualidad, “asigna de entrada una actitud pasiva, contemplativa y supeditada a la acción de otra persona o institución” (Serna, 2003:21).

El paciente en la era actual ha cambiado radicalmente en relación al paciente de antaño por lo que no se le puede asimilar, esto es que el paciente, ya no es la persona que recibía instrucciones y obedecía al médico, en una relación desigual en donde el médico era quien todo lo sabía: la autoridad; en tanto que el paciente era quien debía obedecer y tener una actitud pasiva, contemplativa, depositando la confianza en su médico.

En efecto como se mencionará más adelante esa relación ha cambiado, tan es así hoy por hoy el paciente cuestiona al médico, pregunta sobre su tratamiento y tiene una participación activa en el proceso curativo; de ahí que se le ha dado el carácter de autónomo, a quien se debe atender e informar por parte del médico y en su caso obtener su consentimiento para cualquier tratamiento curativo.

En España la Ley 41/2002 concibe al usuario en su artículo tercero como “la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información”.

Es así como en uno de los principios de la citada Ley 41/2002 consiste en la autonomía como menciona Lorenzo (2003:20) en un verdadero “principio general de derecho”, en este caso de derecho sanitario, por lo que deben respetarse tanto en los servicios públicos como en los servicios privados.

La construcción de una cultura de respeto a cualquier tipo de derechos, en cualquier lugar debe entenderse al paciente como ya se dijo (supra) como un ciudadano, que es titular de derechos, derivados de la protección de la salud, como derecho fundamental, en donde su participación en la relación médico-paciente es muy importante, ya que derivará en una mejora de la relación, mejor comunicación y en su caso mejor entendimiento del padecimiento y del tratamiento lo que como consecuencia redundará en una pronta recuperación y en consecuencia una sociedad más sana.

Incluso para López Guzmán (2004:27) debería incluirse el término “Cliente”, que es “el que acude a los servicios sanitarios solicitando prestaciones no curativas”.

En la legislación de México en materia de salud y principalmente en la del estado de Jalisco, no se define lo que debe entenderse por paciente, sin embargo en el artículo 50 de la Ley General de Salud (en adelante LGS) y en el diverso 92 de la Ley de Salud del Estado de Jalisco (en adelante LSJ), refieren lo que debe entenderse por usuario de los servicios de salud, con la misma redacción:

“Para los efectos de ésta ley se considera usuario de los servicios de salud, a toda persona que requiera y obtenga, los que presten los sectores públicos, social y

privado, en las condiciones y conforme a las bases que, para cada modalidad, se establezcan en esta ley y demás disposiciones legales aplicables”.

Por su parte el artículo 7° del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (en adelante RLGSPSAM), refiere al paciente (Aún cuando no lo define), al usuario, al paciente ambulatorio y al demandante: Al usuario lo define como “toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica”.

En tanto que a la luz de dicho ordenamiento será demandante “Toda aquella persona que para sí o para otro, solicite la prestación de servicios de atención médica” como en el caso de las madres que llevan a sus menores hijos a que reciban los servicios de atención médica o en su caso quienes con la representación de algún familiar cuya condición de salud le impide por sí mismo solicitar los servicios de atención medica.

En tanto que al paciente ambulatorio como “todo aquél usuario de los servicios de atención médica que no necesite hospitalización”.

De ahí que la palabra usuario de los servicios de la salud, lo toma como un concepto más amplio en el que tienen cabida todas las personas que requieran y obtengan la prestación de servicios de atención médica, de entre los que pueden figurar la atención en salud (tratamientos curativos) pero también los servicios de prevención, educación en salud y promoción de la salud. Sin embargo no hace una definición de paciente.

Por su lado la Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012 del Expediente Clínico en su punto 4.12 define al usuario como “toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica”, se hace una diferenciación entre paciente y usuario, sin embargo prácticamente son conceptos idénticos.

La diversidad de normas en materia de salud y la propia doctrina no han encontrado un concepto univoco para definir al paciente, ello propicia confusión de términos y asignación de etiquetas a las personas que reciben atención médica o servicios de salud.

Si bien se está de acuerdo en que ya no debería denominársele paciente, por las razones expuestas (se entiende que el término paciente conlleva una actitud pasiva), también cierto lo es que en la actualidad en México y en el orbe se conoce a los derechos de los usuarios, como derechos de los pacientes, por ello se da a continuación una definición de paciente, aludiendo al ciudadano que ejerce sus derechos y que en su caso es usuario de los servicios de salud, ya sea de carácter, público, privado o social.

Por lo antes expuesto sobre ciudadanía, los conceptos de paciente y/o usuario y/o demandante de servicios de salud, etc. se llega a la siguiente definición que aplica al presente trabajo:

“El paciente es el ciudadano que requiere atención médica y es titular de derechos en materia de protección a la salud”.

2.6 Derechos de los Pacientes

Surgen con el derecho fundamental de protección a la salud, incluso para Seijas:

“La concepción del derecho de acceso de los ciudadanos a las prestaciones sanitarias como un derecho subjetivo que legitima su plena exigibilidad en las vías administrativa y judicial es su punto de partida para la toma en consideración de todas las aplicaciones y modulaciones de los derechos del paciente” (Seijas, 2006:21).

En tanto que también se les ha conceptualizado por aquellos derechos “que protegen la dignidad del hombre en la situación precaria del enfermar, vienen impuestos por leyes de la humanidad. Son Universales: sus titulares son todos los hombres enfermos que entablan relación con el médico, se disfrutan por el hecho de que el enfermo es un ser humano, están inscritos en la relación médico/paciente, y repelen cualquier tipo de discriminación excluyente” (Herranz en González, 2009: 29).

Los derechos de los pacientes obedecen a la existencia del derecho fundamental de protección a la salud, en los que se salvaguarda la dignidad humana por encima de cualquier circunstancia y se establecen condiciones mínimas en la atención en salud.

A continuación proporciono un concepto de lo que debe entenderse por derecho del paciente, a falta de acuerdo o de definición en la doctrina y/o en las leyes:

Derechos del Paciente: Son la serie de prerrogativas jurídicas que derivadas de un ordenamiento ya sea Constitución, Tratado, Ley, Reglamento, Norma, etc., se establecen para asegurar a las personas calidad y dignidad en la atención de la salud, llámese prevención en salud, de curación, de rehabilitación, paliativas o promoción de salud.

Los derechos de los pacientes no están consignados en una legislación particular que los prevea de forma específica, sino que se encuentran en diferentes textos normativos de México en materia de salud, sin embargo es necesaria una ley cuya finalidad sea la creación, la aplicación y protección de los derechos de los pacientes tal y como lo afirma Kaye (2003: 19). Esto ante la dispersión normativa existente en materia de derechos de los pacientes, que en muchas veces solo son repetitivos y en ocasiones con redacción desafortunada, como lo dirían en su oportunidad Gallego, Hinojal y Rodríguez (1993: 538) al referirse a las normas que en su momento imperaban en España en relación a los derechos de los pacientes y de cómo se hacía necesario que se homogenizaran.

En la actualidad, los derechos de los pacientes atienden a los postulados legales e instrumentos internacionales aprobados y de los que es parte México, de ahí que se presentaran para fundamentar en ésta indagación el derecho subjetivo a la protección de la salud.

2.7 Relación Médico – Paciente

A continuación se desarrolla el tema de la relación médico-paciente, importante en la medicina actual. Mucho ha cambiado el mundo desde el célebre médico griego Hipócrates, conocido como el padre de la medicina, y creador del juramento médico.

Recordando así, que la medicina es la ciencia más humana, donde el paciente reconoce y trata al médico como tal, y éste reconoce y trata al paciente como persona, no como objeto [...] a diferencia del autoritarismo. (Sánchez, 2007:23)

Antes de iniciar, se debe señalar que hoy en día, esta relación no se trata únicamente ya de una relación médico-paciente, sino que se debe agregar también a la institución hospitalaria y a los familiares, lo que viene a complicar las cosas.

Las relaciones entre pacientes y médicos son muy complejas. Pueden ser discutidas desde muy diferentes ángulos y perspectivas. Por esta razón, existen muchas definiciones y clasificaciones. Además, su estudio se realiza a través de muy diversas ciencias, entre otras la psicología, la sociología, y la filosofía.

Conforme a las ideas anteriores, se puede definir la relación médico-paciente como una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud (González, 2004).

Sobre todo, la relación entre el médico y su paciente es una de las bases de la ética médica en la actualidad.

Como se puede observar, se pueden realizar muchos estudios sobre esta relación desde muy diferentes propósitos, pero una de las visiones más importantes para este trabajo de investigación, tomando en cuenta el tema de los derechos humanos ya desarrollados en puntos anteriores, es el arista jurídica.

Ahora bien, debemos iniciar el estudio de esta relación, con la evolución que ha tenido el concepto a través del tiempo, pues desde siempre, el hombre ha sido vulnerable a las enfermedades, y a las lesiones físicas y mentales. En otras palabras, desde los albores de la humanidad, las personas han necesitado del apoyo de brujos, sacerdotes, magos, doctores o médicos, sin importar el nombre con el que se les ha designado en las diferentes culturas a las personas que se encargan de restablecer la salud de los enfermos.

De esta manera, nació la dependencia del médico por parte del paciente, al no tener normalmente la posibilidad de aliviarse por sí mismo. Por esta razón, normalmente se le considero al médico en un nivel superior que el paciente, pues por un lado, se tiene al médico con el conocimiento especial para sanar, y por el otro, el paciente que sufre la enfermedad y que requiere de la ayuda del médico para recuperar su salud.

Sin embargo ha habido una evolución en la relación médico-paciente, en la que antaño había una gran cercanía del médico con el paciente, incluso se le denominaba “el médico de familia o cabecera”, las razones eran variadas: la relación vecinal, la poca especialización que existía, (en su mayoría los médicos ejercían la medicina general), la poca existencia de profesionales de la medicina, entre otras. Hoy en día como lo menciona Mira (s.f.: 111), los adelantos tecnológicos y el gran desarrollo del conocimiento científico con ello los avances en medicina, el desarrollo socio-económico, factores que han permitido dar paso a un incremento en la esperanza de vida, con lo que se han incrementado las expectativas de los pacientes en la recuperación de su salud, al tiempo que el vivir en la denominada “era de la información” permite que el paciente encuentre (cada vez más) a su alcance información sobre su padecimiento, sobre su tratamiento y las alternativas con las que cuenta, por lo que también cuestiona al médico y sus procedimientos.

También ello ha dado paso a la denominada medicina defensiva, en donde ante el incremento de la judicialización sanitaria se ha aparejado la práctica de solicitar estudios y exámenes que más que con fines diagnósticos forman parte más de una práctica en la cual el médico lo que quiere recabar es evidencia de su buen actuar profesional, dejando de lado el interés propiamente de la recuperación de la salud de las personas ante la incertidumbre que se genera en el personal de la salud respecto a una posible demanda. En tanto que esta situación también ha generado un incremento considerable en los costes sanitarios.

En este último tema, se ha criticado la distorsión en “... el ejercicio de la medicina con la falsa idea de que los nuevos recursos diagnósticos y terapéuticos pueden sustituir el método clínico. Todos estos avances técnicos (la biotecnología, la inmunología molecular, la ingeniería genética, la imagenología) son de suma utilidad y de gran ayuda en el

diagnóstico y tratamiento, pero nunca son ni serán sustitutos del método científico.” (Carrera, 2006).

En este orden de ideas, se ha denunciado que esta tecnificación moderna está distorsionando la relación entre el médico y sus pacientes en sus aspectos fundamentales, a tal punto que algunos autores plantean que ya no es buena ni mala, sino que simplemente ha dejado de existir (Burbinski, 1990: 43-46)

A veces parece que lejos queda ya la relación médico-paciente, pero la realidad es que no es suficiente obtener a través de aparatos un buen diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, sino que es necesario que el médico, en su condición de profesional, esté dispuesto a brindar su ayuda en forma humanitaria y sensible. (González, 2004)

El paciente es hoy en día una persona que se informa, cuestiona y también tiene una alta responsabilidad en el tema de su salud, aún cuando hoy en día todavía existen personas que prefieren dejar la responsabilidad de la salud en manos del médico, cada vez ese porcentaje es menos, Mira cita que en el Reino Unido, ante el nuevo escenario “han dado paso al programa del “Expert Patient” en el que se permite al paciente ser el protagonista de su salud” respetando la decisión de quienes no quieren ser informados (Mira, s.f.:112)

La tendencia del respeto de los derechos humanos de las personas y la evolución de la relación médico –paciente que se ha transformado y en la cual el paciente cuestiona al médico, pregunta sobre su tratamiento y tiene una participación activa en el proceso curativo; de ahí que se le ha dado el carácter de autónomo, pasando de una relación vertical a una relación cada vez más horizontal en la que se debe entender que el cambio es favorable para las dos partes de la relación.

3 Marco normativo

En este capítulo encontraremos como el devenir histórico ha propiciado el reconocimiento de los derechos de los pacientes en diferentes instrumentos internacionales y que a la postre han terminado en legislación interna de algunos países. Al mismo tiempo que se analiza cómo se encuentran establecidos en la legislación mexicana.

Los derechos de los pacientes permiten aproximarnos al concepto básico de protección de la dignidad de la persona ante el bien jurídico: salud.

Para encontrar el respeto de los derechos del otro, no basta su reconocimiento simple y llano, sino que se requiere la positivización de las relaciones humanas para mantener un orden y preservar los bienes jurídicos en pro de la persona y de la propia sociedad.

3.1 Los derechos de los pacientes en el entorno internacional

Se ha dicho por expertos que el derecho a la protección de la salud surge con fuerza a raíz del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que ha derivado de movimientos sociales importantes como la conformación del Estado Social en donde la exigencia era un completo Estado de bienestar en el que se demandaban acciones concretas que el Estado debe implementar para lograr ese nivel de vida.

Con la firma de México para adherirse a dicho pacto surgió en el año 1983 una reforma en el sentido de adicionar al artículo cuarto constitucional, el derecho a la protección de la salud, por lo cual y ante lo que se ha expuesto este derecho es humano y en nuestro país, fundamental.

El pacto en mención no es el único instrumento internacional que se ha pronunciado en torno al derecho de protección a la salud y los derechos de los pacientes, sino que existen muchos más en el orbe que han motivado su inclusión legislativa como parte del derecho interno del Estado mexicano. Algunos instrumentos que se reconocen como cimientos de los actuales derechos de los pacientes en el mundo se exponen a continuación.

3.1.1 Código de Nüremberg

El Código de Nüremberg es el primer antecedente legal de los derechos de los pacientes reconocido así en la literatura ya que en 1947 y por primera ocasión aparece el derecho al consentimiento y por ende a la información, esto “como resultado del enjuiciamiento de veinte médicos por haber experimentado con seres humanos” (Rodríguez, Gallego e Hinojal, 1996:15). Por lo cual se fijaron principios que orientarían en adelante la investigación/experimentación en seres humanos con motivos de salud en donde la voluntad del paciente es indispensable para su realización.

3.1.2 Declaración Americana de los Derechos Y Deberes del Hombre de 1948

Surge a raíz de la celebración de la Novena Conferencia Internacional Americana, en la que participaron 21 estados en Bogotá, Colombia, la que establece: la libertad e igualdad en dignidad y derechos del hombre. (OEA, 1948)

En su artículo 11 establece: “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad” (OEA, 1948).

Lo que entraña el derecho a la preservación de la salud y a derechos de protección mínima, como la alimentación, el vestido, en general al bienestar como un derecho.

Avance importante en nuestro continente en la materia que daría pautas para nuevas legislaciones e incluso para la posterior Declaración Universal de los Derechos Humanos en donde la intervención de los Estados Americanos fue fundamental. (Velázquez en Velázquez y Becerra, 2011:68).

3.1.3 Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948

La Declaración Universal de Derechos Humanos proclamada y aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 1948 surge con motivo de movimientos sociales que acontecían en el mundo (como el fin de la segunda guerra

mundial), lo que daba la pauta para la proclamación de derechos de las personas a través de diversas declaraciones y convenciones internacionales lo que originó la citada Declaración, que en su texto se lee “se debe promover mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren por medidas progresivas, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos...”. (ONU, 1948).

Es en éste instrumento internacional que se establece con carácter universal el derecho a la seguridad social conforme al artículo 22 y en su diverso 25 que establece:

“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que asegure la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, **la asistencia médica** y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”. (ONU, 1948).

Lo que dio la pauta para que progresivamente se fuera instaurando el derecho de protección a la salud en la legislación interna de los países.

3.1.4 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 16 de Septiembre de 1966

El 3 de enero de 1976 cobra vigencia el "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales" mismo que cuenta con más de 160 partes que lo han firmado y ratificado, que en resumen prevé que, “conforme a los principios enunciados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad inherente a toda persona y de sus derechos iguales e inalienables” (ONU, 1966). De ahí que el pacto genere la obligación a los Estados firmantes sobre la promoción y respeto de los derechos humanos, de entre los que se impone la obligación del derecho a la salud.

El Pacto en su artículo 2 impone el deber a todas las partes a “adoptar las medidas hasta el máximo de los recursos de que disponga para lograr progresivamente por los

medios apropiados, inclusive la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos reconocidos”. (ONU, 1966)

A lo que se le conoce como principio o concepto de “realización progresiva”, (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, 2014: 16) por medio del cual se obliga a los Estados firmantes a establecer lo necesario para que se logre el respeto a los derechos, conforme a los medios a su alcance, en particular el derecho a la protección de la salud, de forma que siempre dichos Estados vayan cumpliendo con los compromisos internacionales adquiridos.

Éste último es el relevante para este trabajo en tanto que en su artículo 12 contiene disposiciones relativas a la salud, disponiendo:

“1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el **derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.**

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d) **La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” (ONU, 1966).**

Este pacto como se había señalado es fundamental en nuestro país, ya que a raíz de su adhesión en el año de 1981 motivó el origen del derecho a la protección de la Salud en México, se generó no sólo como derecho humano sino que se convierte en lo que se denomina derecho fundamental al establecerse en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el año de 1983.

3.1.5 Declaración de los Derechos de los pacientes de la Asociación Americana de Hospitales 1973

El 6 de febrero de 1973 surge la primera declaración explícita de derechos de los pacientes, en la que se establecen como derechos el de tener cuidados adecuados y respetuosos, derecho a la información, derecho a otorgar o no su consentimiento informado, derecho a la confidencialidad de los datos, entre otros, que se proclaman, mismos que hoy en día permanecen como tales en la legislación particular de los Estados, por lo que fueron un gran aporte en el escenario mundial sobre derechos de los pacientes.

3.1.6 Declaración en Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre derechos de los pacientes 1981

En esta declaración la Asociación Médica Mundial establece que se deben garantizar la autonomía y justicia con el paciente y que “los derechos en ella contenida representan algunos de los derechos principales del paciente que los médicos ratifican, promueven y establecen la responsabilidad de reconocer y respetar estos derechos” así como buscar los medios para asegurarlos o restablecerlos (ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL, 1981 párr. 1), entre los que se encuentran:

“Derecho a la atención medica de buena calidad, derecho a ser atendido por un médico con libertad de dar opinión clínica y ética, el paciente siempre debe ser tratado respetando sus intereses, atención de calidad, selección justa para el tratamiento y atención médica continua, derecho a la libertad de elección, derecho a la autodeterminación, a negarse a realizarse tratamientos o exámenes, a negarse a participar en la investigación o enseñanza de la medicina, derecho a la información

o a no ser informado. Derecho al secreto a que sus datos no puedan ser divulgados; derecho a la dignidad del paciente y el derecho a su vida privada deben ser respetadas en todo momento, al igual que su cultura y sus valores, derecho a aliviar sufrimiento, atención terminal humana y recibir ayuda para que muera lo más digna y aliviadamente posible. A recibir o rechazar asistencia espiritual y moral, inclusive la de un representante de su religión” (ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL, 1981, sección de principios párr. 2-12).

Es un instrumento de carácter internacional en el que la Asociación Médica Mundial reconoce derechos elementales o básicos de los pacientes y al tiempo se compromete a su promoción y cumplimiento, en ésta declaración se delinear los derechos en primer término a la atención médica de calidad, y enseguida se refiere a derechos derivados del principio básico de considerar la autonomía del paciente y su autodeterminación, y en su caso, reconoce también derechos inalienables a la persona como la dignidad humana.

3.1.7 Protocolo adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 1988

En este protocolo se ratifica la importancia de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y resalta los compromisos que los Estados parte deben realizar a fin de colmar los derechos enunciados de forma progresiva y conforme lo permitan sus recursos, es en el artículo 10 del mismo en el que se establecen cuestiones inherentes al derecho a la salud en la siguiente forma:

1. “Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer **la salud como un bien público** y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

- a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
- b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
- c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
- e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
- f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”. (COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, 1988).

En este protocolo se establece claramente el derecho de protección a la salud debiendo entender ésta como un “bien público” y da la pauta en el propio texto para asegurar las medidas necesarias que se deben adoptar para garantizar el derecho en comento, como lo es, la atención primaria, el principio de cobertura universal, prevención y atención de las enfermedades. Protegiendo con ello a los grupos más vulnerables o de más alto riesgo.

En México existe el Sistema Nacional de Salud al cual se hará referencia de forma más puntual líneas adelante, a través del cual se otorga esa atención primaria, sin embargo el actual esquema de salud pública en nuestro país no ha permitido aún la cobertura universal, pese a que se han hecho reformas para lograrlo, como la instauración del denominado Seguro Popular, que *es un mecanismo para garantizar el acceso efectivo y oportuno, de calidad y sin desembolso en el momento de su utilización* (Secretaria de Salud, 2015 párr. 1).

3.1.8 Declaración para la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa de 1994

Esta declaración tuvo como objetivo definir principios y estrategias para promover los derechos de los pacientes, dentro del contexto del proceso de la reforma de la atención sanitaria que se ha dado en la mayoría de los países del continente europeo.

Así se ofrecen como una contribución para apoyar el creciente interés de muchos Estados miembros por el tema de los derechos de los pacientes. En su alcance y eje central, para ello se propuso que se emitiría normatividad al respecto y que se promovieran redes de pacientes, promoción de la investigación, etc., para dicha finalidad. Este documento intenta reflejar y expresar las aspiraciones de la gente, no sólo por mejorar la atención sanitaria de que son objeto, sino por un reconocimiento más amplio de sus derechos como pacientes (OMS/EURO, 1994).

En la declaración se exponen como derechos de los pacientes: Derecho de autodeterminación, a la integridad física a la privacidad e intimidad, al respeto a sus valores y creencias, a la protección de la salud; a la información, al consentimiento, a la atención sanitaria y tratamiento. Asimismo se establece un apartado para la aplicación de los derechos enumerados en la declaración que en su primer inciso establece que “El ejercicio de los derechos expuestos en este documento implica el establecimiento de los medios apropiados para este propósito, El disfrute de estos derechos debe ser asegurado sin discriminación” (OMS/EURO, 1994).

Con ello en Europa se da un paso más en la promoción, atención y cumplimiento de los derechos de los pacientes, estos son hoy en día derecho positivo en algunos de los países europeos, establecidos tanto a nivel nacional como a nivel local. Lo que permite que incremente la calidad en los servicios de atención en salud, propósito al que se pretende llegar para alcanzar un alto nivel de bienestar. Por ejemplificar España ha legislado en el tema de los derechos de los pacientes, al igual que Francia, Eslovenia, Finlandia, Hungría, Países Bajos, entre otros (González, 2009).

3.1.9 Convenio Para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina. Oviedo, 1997

El 4 de abril de 1997 los Estados miembros del Consejo de Europa y la Comunidad Europea, firmaron en Oviedo en Asturias, España, el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, considerando para ello los instrumentos internacionales que se habían suscrito en la materia.

El convenio establece en su artículo primero que “los Estados parte protegerán al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizarán a toda persona el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina”. Por otro lado señala en su artículo 2º “que el bienestar de las personas está por encima del interés de la sociedad o la ciencia”.

Asimismo establece derechos específicos tales como que el paciente debe ser informado, que puede otorgar o no su consentimiento informado, que sus datos son confidenciales, entre otros. (CONSEJO DE EUROPA, 1997).

El continente Europeo se pone a la vanguardia en la protección de los derechos humanos, respecto de la biología y la medicina, advirtiendo la evolución en estas áreas así como de la tecnología y pretendiendo la uniformidad de los derechos en este campo en los países de Europa.

3.1.10 Carta Europea de los derechos de los Pacientes de 2002

En la Carta Europea de los derechos de los Pacientes de noviembre de 2002, proclamada en Roma, por Active Citizenship Network en colaboración con 12 organizaciones de diferentes países de la Unión Europea, que tiene como propósito que los países miembros de la Unión Europea, aún cuando tengan leyes o instrumentos que consignan los derechos de los pacientes, se expide la carta con el fin de estandarizar y reforzarlos, ya que habrá otros que no los tengan.

En dicha carta se establece en la segunda parte 14 derechos que abarcan derechos fundamentales establecidos en diferentes instrumentos por la OMS o por el Consejo de Europa, entre otros: derecho a medidas preventivas, al acceso, a la información, al consentimiento, a la libre elección, a la privacidad y confidencialidad, derecho a la seguridad, al cumplimiento de estándares de calidad, a la innovación, a un tratamiento personalizado, a reclamar o a la compensación, etc. (Carta Europea de Derechos de los pacientes, 2002)

En la implementación de la carta se prevé haya información y educación de las personas en general y del personal de la salud, es decir que se promueva la misma no solo en hospitales y centros de salud sino en todos aquéllos lugares en dónde se pueda incidir como forma de concientización y apropiación de derechos.

3.1.11 Declaración de Montevideo de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe de 2003

En el año 2003 se realizó la VI Asamblea Ordinaria Anual de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe el colegio médico de México, con el fin de revisar “los avances y dificultades que enfrentan los sistemas de salud latinoamericanos, la lucha por el derecho a la salud y las reivindicaciones de la profesión médica” (Velázquez en Velázquez y Becerra 2011:77). Derivado de ello se estatuye en su artículo sexto que “Ratificamos el compromiso con nuestros pacientes de: *hacer bien lo que hay que hacer bien hecho y nunca hacer daño*. Este compromiso nos motiva a promover la excelencia profesional y la calidad de la atención” (CONFEMEL, 2003). Principio de beneficencia que siempre ha estado presente en la práctica médica y que se confirma con la declaración realizada por los miembros de esta asociación, en el compromiso del respeto a los derechos de los pacientes.

El artículo séptimo de dicha declaración se establece la obligación de promover la normatividad para los casos de investigación clínica en personas, así como la promoción de formación de Comités de Bioética Clínica y de investigación para la protección amplia de las personas en materia de salud frente a los nuevos retos que plantean los avances en medicina.

3.1.12 Declaración Universal Sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco de 2005

El 19 de Octubre de 2005 se crea la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, en el cual al considerar se establece que acorde con las tareas de la UNESCO, ésta debe definir principios universales basados en valores éticos que orienten las acciones en tratándose de adelantos científicos y desarrollo tecnológico, la transformación social y la esperanza de vida, así como la promoción del bienestar de las personas en lo individual y colectivo (UNESCO, 2005).

Dentro de los principios que se consideraron resalta el previsto por el artículo sexto en el que se establece la autonomía de la persona a fin de que tome un papel relevante en su atención en salud cuando consigna:

“Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada” (UNESCO, 2005).

Además en el diverso artículo 14 de la Declaración se establecen disposiciones relativas a la responsabilidad social y la salud, en la que se establece en sus puntos primero: que es un cometido de los pueblos la promoción de la salud y un segundo punto: “Teniendo en cuenta que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción los progresos de la ciencia y la tecnología deberían fomentar el acceso a la atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales:

a) El acceso a una **atención médica de calidad** y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano... (UNESCO, 2005).

Como lo señala Velázquez en Velázquez y Becerra, 2011: 79 este instrumento de carácter universal, pretende armonizar en un solo documento los instrumentos que ya se tenían en torno a la materia a fin de dar claridad a nivel mundial sobre las reglas generales

en materia de protección a la salud y el respeto irrestricto de los derechos de las personas frente a los avances sociales y tecnológicos.

Así, haciendo un recuento del trabajo elaborado alrededor del orbe se advierte el avance que en materia de reconocimiento de derechos de los pacientes se tiene hoy en día y como los Estados internacionales se han ido adaptando a las necesidades y cambios sociales para la protección de las personas en materia de salud, esto ha propiciado que se generen leyes internas de los países en la materia, si bien (cabe aclarar) esto no se ha dado de manera uniforme ni equitativa en el mundo, sí se han generado cambios de forma paulatina creándose legislación que da seguridad jurídica a los pacientes y su posibilidad de acceso a la justicia.

3.2 Los Derechos de los pacientes en la Legislación Nacional Mexicana

3.2.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Los derechos de los pacientes están en el rango de derechos fundamentales, como ya se comentó, en México el 10 de junio de 2011 se llevó a cabo una reforma constitucional en materia de derechos humanos de gran extensión, que por su importancia se catalogó en su momento como una reforma que venía a evolucionar el sistema jurídico mexicano.

Varias fueron las normas constitucionales y legales que fueron afectadas por esta reforma, sin embargo, la más importante se introduce a través del artículo primero constitucional, en el que se insertan en nuestro sistema jurídico, entre otros, los siguientes principios constitucionales:

- El principio internacional pro persona o pro homine
- El principio de interpretación conforme
- La obligación de que todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen el deber de promover, respetar, proteger, y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, individualidad y progresividad.
- La introducción del control de convencionalidad.

Cabe mencionar que esta reforma no hubiera sido posible si en su momento la Suprema Corte de Justicia de la Nación no hubiere reconocido la jurisdicción de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.² Lo que trajo como consecuencia la apertura del sistema jurídico mexicano al derecho internacional de los derechos humanos.

En otras palabras, se trata del reconocimiento en el derecho interno del país, de los tratados internacionales en materia de derechos humanos, lo que viene a interpretarse como el nacimiento de un bloque de constitucionalidad en esta materia. De esta forma, el bloque de constitucionalidad estaría integrado por fuentes internas: las normas constitucionales, y por fuentes externas: las normas surgidas de los tratados internacionales, y la jurisprudencia de las jurisdicciones internacionales de los que nuestro país sea parte.

En razón de lo expuesto, ahora se puede comprender ya que los tratados, pactos, declaraciones o convenciones internacionales que se han señalado y que tienen que ver con los derechos de los pacientes, ya no pueden ser negados por ninguna de las autoridades mexicanas.

En ese sentido en México existe el derecho fundamental a la protección de la salud, fue en 1983 en que se agrega al artículo 4º constitucional un párrafo tercero derivado de la adhesión de México al Pacto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, para quedar:

En el Título Primero capítulo I denominado DE LOS DERECHOS HUMANOS Y SUS GARANTIAS, en su artículo 4º párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se establece:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la

² Véase la resolución del Expediente Varios 912/2010, relativa a la Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos dictada en el caso Rosendo Radilla Pacheco vs México en 2009, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de octubre de 2010

federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución”³

Mismo párrafo que fue insertado por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 03 de Febrero de 1983.

La fracción del artículo 73 de la Constitución se transcribe a continuación:

Artículo 73. El congreso tiene facultad:

*XVI. para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y **salubridad general de la república**. (reformado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 18 de enero de 1934).*

Ia. el consejo de salubridad general dependerá directamente del presidente de la república, sin intervención de ninguna secretaria de estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

Por tanto se considera que en primer término surgen los derechos de los pacientes a nivel internacional y con posterioridad a nivel nacional teniendo como fuente la reforma de 1983 al citado artículo 4º Constitucional y el reforzamiento de su protección como derechos fundamentales en la diversa reforma de 2011.

De tal forma que este derecho prevé un derecho inherente a los ciudadanos mexicanos en el que se deben establecer los medios para lograr progresivamente la protección de la salud de todas las personas y deriva a la ley secundaria: LGS se realice la regulación pertinente.

³ Párrafo que se insertó por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983.

3.2.2 Ley General de Salud

El derecho de protección a la salud previsto en el artículo 4º constitucional, como ya se mencionó es la fuente que le da acceso a los derechos de los pacientes en México, pero es la LGS, en la que se establecen concretamente esos derechos.

Es en ésta Ley de aplicación general en toda la república mexicana en que se establecen derechos de los pacientes en diversos artículos, es decir no existe un capítulo específico sobre los mismos, por lo tanto nos vamos a encontrar con un capítulo IV del título tercero denominado “Usuarios de los Servicios de Salud y Participación de la Comunidad” en el cual el artículo 51 instituye el derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares, derecho a elegir al médico.

En los diversos artículos 51 Bis, 51 Bis 2 y 51 Bis 3, se establecen los derechos a recibir información (suficiente, clara oportuna y veraz), a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, contar con facilidades para obtener una segunda opinión médica, así como a que las quejas que presenten los pacientes se resuelvan de manera oportuna y eficiente y a establecer procedimientos de orientación y asesoría tanto sobre el uso de los servicios así como implementar para que los pacientes puedan presentar sus quejas, reclamaciones o sugerencias. Numerales que se especifican a continuación:

Artículo 51.- “Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Los usuarios tendrán el derecho de elegir, de manera libre y voluntaria, al médico que los atienda de entre los médicos de la unidad del primer nivel de atención que les corresponda por domicilio, en función del horario de labores y de la disponibilidad de espacios del médico elegido y con base en las reglas generales que

determine cada institución. En el caso de las instituciones de seguridad social, sólo los asegurados podrán ejercer este derecho, a favor suyo y de sus beneficiarios.

Artículo 51 Bis 1.- Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.

Cuando se trate de la atención a los usuarios originarios de pueblos y comunidades indígenas, estos tendrán derecho a obtener información necesaria en su lengua.

Artículo 51 Bis 2.- Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico.

Los usuarios de los servicios públicos de salud en general, contarán con facilidades para acceder a una segunda opinión”.

Artículo 51 Bis 3.- “Las quejas que los usuarios presenten por la atención médica recibida, deberán ser atendidas y resueltas en forma oportuna y efectiva por los prestadores de servicios de salud o por las instancias que las instituciones de salud tengan definidas para tal fin, cuando la solución corresponda a su ámbito de competencia.

En el diverso artículo 54 señala que las instituciones de salud deberán establecer procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran e implementar mecanismos para que los usuarios solicitantes presenten quejas, reclamaciones o sugerencias respecto de la prestación de servicios de salud.

En el Título Tercero Bis de la LGS denominado “De la Protección Social en Salud”, establece los siguientes derechos en beneficio de los mexicanos que accedan al Sistema de Protección Social en Salud, que es un programa Federal en beneficio de los mexicanos no derechohabientes denominado coloquialmente “Seguro Popular” que es un seguro público y voluntario.

El artículo 77 Bis 1 establece el derecho de todos los mexicanos para ser incorporados a dicho sistema sin importar la condición social, en el diverso 77 Bis 36 señala el derecho a recibir bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, medicamentos e insumos requeridos para el diagnóstico, tratamiento en las unidades de salud pública.

Por su parte el ordinal 77 bis 37 establece una serie de derechos de las personas afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) que son los siguientes:

- I.** Recibir servicios integrales de salud;
- II.** Acceso igualitario a la atención;
- III.** Trato digno, respetuoso y atención de calidad;
- IV.** Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud;
- V.** Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;
- VI.** Conocer el informe anual de gestión del Sistema de Protección Social en Salud;
- VII.** Contar con su expediente clínico;
- VIII.** Decidir libremente sobre su atención;
- IX.** Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos;

X. Ser tratado con confidencialidad;

XI. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión;

XII. Recibir atención médica en urgencias;

XIII. Recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención médica;

XIV. No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban;

XV. Presentar quejas ante los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud o ante los servicios estatales de salud, por la falta o inadecuada prestación de servicios establecidos en este Título, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas, y

XVI. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida”

Por lo anterior la LGS en su articulado establece derechos en primer lugar para todos los ciudadanos y declarados de manera general, pero enseguida hace una distinción enumerando los derechos de los beneficiarios del seguro popular, es decir, solo a éstos les aplica los derechos establecidos en el artículo 77 bis 37, que se expusieron.

Lo que diferencia dentro de la norma a algunos ciudadanos respecto de otros, dándole un marco legal de soporte a sus derechos a los afiliados al seguro popular, respecto de los otros que no lo están, por lo que la ley hace la distinción, cuando no debería existir. La equidad y más aún la generalidad de la ley debe imperar por encima de los esquemas de salud establecidos.

Aunado a lo anterior en el artículo 77 Bis 38 se establecen obligaciones a las personas beneficiarias del Sistema de Protección Social en Salud, haciendo también la distinción que solo le aplica a éstas y no a cualquier persona que reciba atención médica. Además es en el rubro de los deberes de los pacientes en dónde también se encuentra un área de oportunidad para México.

3.2.3 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación en Servicios de Atención Médica

Por su parte el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (Por sus siglas: RLGPSAM), enlista en su articulado una serie de obligaciones a cargo de los prestadores de servicios de salud que se traducen en derechos de los usuarios de los mismos (pacientes), Artículos 21, 29,30, 30 Bis, 32, 46 al 53, del 71 al 73., relativos a obtener información sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, a contar con un resumen clínico, a contar con un expediente clínico, establecer procedimientos de orientación y asesoría, obtener prestaciones de calidad idónea y recibir trato digno y respetuoso, se establecerán procedimientos para poder presentar quejas, etc., se transcriben algunos artículos por su importancia:

ARTÍCULO 29.- “Todo profesional de la salud, estará obligado a proporcionar al usuario y, en su caso, a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes.

ARTÍCULO 30.- El responsable del establecimiento estará obligado a proporcionar al usuario, familiar, tutor o representante legal, cuando lo soliciten, el resumen clínico sobre el diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico del padecimiento que ameritó el internamiento.

ARTÍCULO 30 Bis.- En caso de urgencia médica y cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del usuario y en ausencia de los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad, los responsables de su guarda o custodia y, a falta de estos, la persona de su confianza, mayor de edad o el juez competente, de conformidad con las disposiciones aplicables, la decisión de proporcionar la información a las personas que la soliciten con posterioridad al ingreso del usuario, será tomada por los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa comprobación de la relación de parentesco o representación correspondiente.

ARTÍCULO 46.- Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los demandantes y usuarios sobre el uso de los servicios que requieran.

ARTÍCULO 48.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

ARTÍCULO 51.- Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, señalarán los procedimientos para que los usuarios de los servicios de atención médica, presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias, respecto de la prestación de los mismos y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos o privados”.

De lo anterior se puede deducir que existen los derechos de los pacientes básicos que se establecen en diversas normas como lo es en éste caso un Reglamento de la LGS, en el que claramente los insta de forma general y que generan obligaciones para los prestadores de servicios de salud y el derecho a favor de los ciudadanos en lo general que reciben atención médica.

3.2.4 Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico

En ésta norma se especifica en su introducción el contemplar los derechos de los pacientes a la autonomía de decisión en la forma del consentimiento informado y al reconocimiento de la titularidad del paciente sobre sus datos en materia de protección a la salud:

“En el marco del ejercicio de los derechos del paciente, esta norma ratifica la importancia de que la autoridad sanitaria, garantice la libre manifestación de la voluntad del paciente de ser o no atendido a través de procedimientos clínicos o quirúrgicos, para lo cual, el personal de salud debe recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y beneficios esperados.

Un aspecto fundamental en esta norma, es el reconocimiento de la titularidad del paciente sobre los datos que proporciona al personal del área de la salud. En ese sentido, se han considerado aquellos datos que se refieren a su identidad personal y

los que proporciona en relación con su padecimiento; a todos ellos, se les considera información confidencial. Lo anterior ratifica y consolida el principio ético del secreto profesional”.

Los derechos declarados en esta norma se extienden más allá de la mera documentación clínica, y son:

3.2.4.1 Contar con un expediente clínico:

En su punto 5.1 de la norma se señala:

“Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, **estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico** los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal”.

3.2.4.2 Titularidad de los datos y confidencialidad de los mismos:

En su punto 5.4 de la norma se señala:

Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste, no dependa de una institución. En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberán observar las disposiciones que en la materia estén vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, **el paciente en tanto aportante de la información y beneficiario de la atención médica, tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos**, en los términos de esta norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.

Disposición que abre a la ya tan larga y estridente discusión que siempre ha habido en torno a la propiedad del expediente y de la información que en ella se contiene. Dejando claro que para el caso mexicano la propiedad de la historia clínica es de la institución o prestador de servicios médicos y el titular de la información el paciente.

3.2.4.3 Derecho a recibir información, a un resumen clínico y a los datos que obren en el expediente clínico:

En el punto 5.6 se establece la obligación de los profesionales de la salud a proporcionar información en los siguientes terminos.

“Los profesionales de la salud **están obligados a proporcionar información verbal al paciente**, a quién ejerza la patria potestad, la tutela, representante legal, familiares o autoridades competentes. **Cuando se requiera un resumen clínico u otras constancias del expediente clínico, deberá ser solicitado** por escrito. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas”.

Estas disposiciones establecidas en la Norma Oficial Mexicana sobre el Expediente clínico han sido motivo de pronunciamiento por parte de los tribunales del Poder Judicial de la Federación en el país, quienes en relación al derecho del paciente a contar con un expediente clínico y al derecho de solicitar un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido, han establecido con claridad que todos los requisitos extraordinarios que se establezcan por autoridades médicas en los hospitales, y que tengan la finalidad de limitar el acceso libre al expediente del paciente; o que entreguen únicamente resúmenes incompletos del mismo, o inclusive, la omisión de normas reglamentarias que omitan señalar los lineamientos respecto al préstamo del expediente, son acciones que vulneran de forma directa este derecho en específico, y al derecho a la salud en lo general.⁴

En tal virtud, si bien bastará con la solicitud del paciente para que los hospitales deban expedir las constancias del expediente clínico, es importante también que estas

⁴ Vease en Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Tesis: I.3o.(I Región) 8 A (10a.), Tesis Aislada (Constitucional), Libro XI, Agosto de 2012, Tomo 2, Pag. 1838, No. Registro: 2001385, cuyo rubro dice: “NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. NO OBSTANTE LO ESTABLECIDO EN SU PUNTO 5.5., BASTA LA SOLICITUD DEL PACIENTE PARA QUE LE SEAN EXPEDIDAS LAS CONSTANCIAS DE LOS ESTUDIOS CLÍNICOS Y PATOLÓGICOS QUE LE FUERON PRACTICADOS.”

constancias reflejen el estado real de salud del paciente, por lo que deben emitirse en base a exámenes médicos actuales y no antiguos.⁵

Cabe destacar que por ningún motivo el paciente tendrá que promover medios de defensa previos para que les sean entregadas las constancias del expediente, incluso en pleno juicio o proceso litigioso⁶.

3.2.4.4 Confidencialidad de los datos contenidos en el Expediente Clínico

Sobre la confidencialidad de los datos e información que se debe respetar como un derecho fundamental de los pacientes, establece la Norma en comentario que:

“En los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico **será manejada con discreción y confidencialidad**, por todo el personal del establecimiento”.

3.2.4.5 Consentimiento bajo información

Se deben llenar cartas de consentimiento bajo información teniendo como requisitos, conforme lo dispone la norma entre otros :

10.1.1.7 Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; y

⁵ Véase en Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Tesis: XXVI.5o.(V Región) 7 L (10a.), Tesis Aislada (Constitucional), Libro XVI, Enero de 2013, Tomo 3, Pag. 2126, No. Registro: 2002616, cuyo rubro dice: “PRUEBA PERICIAL MÉDICA EN MATERIA LABORAL. LOS DICTÁMENES RESPECTIVOS DEBEN REFLEJAR EL ESTADO REAL DE SALUD DEL PACIENTE, POR LO QUE SI LOS PERITOS DICTAMINAN CON BASE EN EXÁMENES MÉDICOS ANTIGUOS ELLO ORIGINA UNA VIOLACIÓN A LAS LEYES DEL PROCEDIMIENTO QUE TRASCIENDE AL RESULTADO DEL FALLO.”

⁶ Véase en Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Tesis: I.2o.C.46 C, Tesis Aislada (Constitucional), Tomo XXXI, Abril de 2010, Pag. 2755, No. Registro: 164752, cuyo rubro dice: “NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, PUNTO 5.5. EL JUZGADOR ESTÁ FACULTADO PARA SOLICITAR EL EXPEDIENTE CLÍNICO Y NO SE REQUIERE QUE EL PACIENTE PROMUEVA MEDIOS PREPARATORIOS PARA QUE SE LE OTORQUE LA INFORMACIÓN VERBAL, EL RESUMEN O EL EXPEDIENTE CLÍNICO.”

10.1.1.8 Nombre completo y firma del paciente, si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, del tutor o del representante legal;

Como puede observarse, en la Norma Oficial Mexicana denominada del Expediente Clínico establece derechos palpables para los pacientes, particularmente los relativos a contar con el expediente clínico, a la confidencialidad de los datos, a la información y a otorgar el consentimiento informado. Derechos elementales en la relación médico –paciente que tienen como pilar fundamental el respeto a la dignidad de la persona y a su autodeterminación.

3.3 Legislación en el Estado de Jalisco

A continuación se revisará lo que la legislación a nivel estatal señala en torno a los derechos de los pacientes.

3.3.1 Constitución Política del Estado de Jalisco

Es en el artículo 4° de la Constitución Política del Estado de Jalisco, el que hace referencia a los derechos de las personas que habitan en su territorio, estableciendo que:

“Toda persona, por el solo hecho de encontrarse en el territorio del estado de Jalisco, gozará de los derechos que establece esta Constitución”.

Para luego hacer énfasis en que se reconocen como derechos humanos de las personas los que se encuentran establecidos en el territorio del Estado de Jalisco, los que se enuncian en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y declaraciones o convenciones, en la que se señala:

“Se reconocen como derechos humanos de las personas que se encuentren en el territorio del estado de Jalisco, los que se enuncian en la Constitución Política de los

Estados Unidos Mexicanos, así como los contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, y en los tratados, convenciones o acuerdos internacionales que el gobierno federal haya firmado o los que celebre o de que forme parte”.

“Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los tratados internacionales de la materia, favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia”.

Se puntualiza por tanto que en el Estado de Jalisco se establece el derecho fundamental de protección a la salud al reconocer a todas las personas los que se enuncian en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales. Particularmente establece lo que se determina en el artículo 4° de aquella y del derecho internacional al que se ha suscrito México.

3.3.2 Ley Estatal de Salud del Estado de Jalisco

En la Ley de Salud del estado de Jalisco (LSJ), se establecen en el artículo 93 los derechos de los “usuarios”, señalando:

Artículo 93.- “Los usuarios tienen derecho a:

- I. Obtener servicios de salud con oportunidad y a recibir atención profesional y éticamente responsable;
- II. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto a la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;
y
- III. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos”.

De lo anterior se puede advertir que los derechos de los pacientes están reconocidos parcialmente en éste último ordenamiento al establecer los derechos a recibir con oportunidad atención profesional, recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como otorgar o no su consentimiento válidamente informado, lo que se destaca de dicha norma es que se describe literalmente que estos son “derechos de los usuarios”, superando con ello a la Ley General de Salud que no los menciona como tales, a excepción como ya se comento de los derechos de los afiliados al Seguro Popular.

3.4 Carta de los Derechos Generales de los Pacientes

La Carta de los derechos de los pacientes no constituye formalmente una ley o norma ya que no ha pasado un proceso legislativo. Sin embargo como se ha dejado expuesto (supra) se han proclamado diversas leyes a nivel internacional que refieren a los derechos de los pacientes, pero en algunos casos con lo que se cuenta es con las denominadas “Cartas de Derechos de los Pacientes”, las que se definen como las “relaciones sistematizadas de los derechos que los ciudadanos tienen en su contacto con el mundo sanitario” (Gallego, et al., 1993: 538).

Efectivamente se cuenta con un listado de derechos que de forma sencilla se exponen ante los ciudadanos para que éstos se apropien de los mismos y el personal de la salud también esté en constante contacto con ellos. En el caso de México existen las leyes a que se ha hecho mención de manera enunciativa más no limitativa ya que existen algunas otras disposiciones en las que se prevén derechos a favor de los pacientes. Pero en el año 2001 se dieron las condiciones para el desarrollo y elaboración de un Carta de Derechos de los pacientes.

Es una carta que elaboraron una serie de instituciones con la finalidad establecida en el Plan Nacional de Desarrollo 2001 a 2006 y el Programa Nacional de Salud de México en los que según Tena et al, “se destaca la importancia de hacer explícitos los derechos de los pacientes para fomentar una cultura de servicio que satisfaga las expectativas y dignidad de éstos” (Tena, et al, 2002: 523).

Como se ha dejado patente los derechos de los pacientes se encuentran legislados en diferentes instrumentos normativos, lo que implica que “para el ciudadano es difícil integrar la información disponible en torno a sus derechos” (Tena, et al, 2002, 524).

Con la finalidad de compilar la información en un documento único como parte de los compromisos derivados de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, cuyo objetivo fue precisamente ese y considerando al paciente como eje central de la atención y contemplar su autonomía y su libertad en la toma de decisiones sobre su salud. Se encomendó a la CONAMED y otras instituciones (IMSS, ISSSTE, CONAMED, COMISION NACIONAL DE BIÓETICA, COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, FEDERACIÓN DE COLEGIOS DE LA PROFESION MÉDICA, etc.), la revisión de los antecedentes internacionales y la bibliografía mundial publicada. Después de elaborada la Carta, se revisó y se presentó a las instituciones de salud y en un segundo momento a las universidades y representantes de la sociedad civil, y posterior a ello se presentó el documento definitivo para su posterior difusión. (Tena, et al, 2002: 525).

Dicha Carta que a manera de decálogo consta de 10 derechos que a continuación se describen y explicitan con base en los comentarios que se hicieron por los que generaron el documento:

1.- RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA

El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando quiera referencia a otro médico⁷.

2.- RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

⁷ Se tomaron las explicaciones de la propia carta de los Derechos Generales de los Pacientes por ser sencilla y comprensible su redacción. Fuente: CONAMED.

3.- RECIBIR INFORMACIÓN SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

4.- DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SU ATENCIÓN

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

5.- OTORGAR O NO SU CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO

El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico.

Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

6.- SER TRATADO CON CONFIDENCIALIDAD

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

7.- CONTAR CON FACILIDADES PARA OBTENER UNA SEGUNDA OPINIÓN

El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

8.- RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE URGENCIA

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

9.- CONTAR CON UN EXPEDIENTE CLÍNICO

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

10.- SER ATENDIDO CUANDO SE INCONFORME POR LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA.

El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud (CONAMED, 2001).

Este trabajo colaborativo es un gran esfuerzo que ha de reconocerse. Esta Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, tiene como característica que es de aplicación general en la República Mexicana, lo que implica que en toda institución de salud, ya sea pública, social o privada se deberán regir por esta carta y difundirla entre los pacientes.

De esta Carta se advierte la gran voluntad de sintetizar lo que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece, los tratados, pactos y convenciones firmados por México así como la normatividad que en materia de salud establecen, cuya

finalidad es hacer fácil su difusión y su conocimiento por los pacientes y el personal de salud, a la par también se busca su correcta aplicación.

Las tendencias que sobre los derechos de los pacientes existen se basan todas ellas en que se ha producido un cambio radical en donde se ha pasado del paternalismo (relación vertical del médico hacia el paciente) a una relación de autonomía del paciente en donde éste cobra un papel relevante y son sus decisiones las que dictan la pauta para que se realice o no el tratamiento médico, es decir a su autodeterminación.

A través de la proclamación de los derechos de los pacientes se busca un equilibrio en la relación entre paciente y personal de salud ya lo menciona López Guzmán, cuando señala que hoy en día “se da un cambio de valores y se pasa del predominio de la jerarquía al de libertad, del de lealtad al de opción; y del de deber al de derecho” (López, 2004: 28).

Derecho a la atención médica de calidad, derecho a la elección de médico, derecho a la autodeterminación, derecho al consentimiento bajo información, derecho a la información, derecho a una segunda opinión médica, entre otros; son derechos que ponen al paciente como auténtico protagonista en su atención en salud.

Gallego, Hinojal y Rodríguez (1993:539) proponen que para el estudio de los derechos de los ciudadanos en materia sanitaria “se requiere una sistematización”, y aluden a la clasificación elaborada por Romeo Casabona, en la que se establecen 5 grupos de derechos:

- 1.- Derechos relativos al respeto a la dignidad humana y a la igualdad
- 2.- Derechos Relativos al acceso a la asistencia sanitaria
- 3.- Derechos relativos a la libre autodeterminación del paciente
- 4.- Derechos relativos a la intimidad
- 5.- Derechos relativos a la información

Clasificación en la cual se encuadran los derechos de los pacientes previstos en la Carta de los Derechos Generales Mexicana y señalados con anterioridad, por lo que se presenta a continuación una tabla en la que se empatan ambos.

Tabla 1 Derechos previstos en la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes México de 2001, empatada a la clasificación de los derechos de Romeo Casabona (1990)

Clasificación de los derechos de los pacientes de Romeo Casabona (1990) en Gallego, Hinojal y Rodríguez (1993)	Derechos en la Legislación Mexicana, que recoge la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes de 2001
1. Derechos relativos al respeto a la dignidad humana y a la igualdad	<ul style="list-style-type: none"> • Recibir Trato Digno y Respetuoso • - Ser atendido cuando se inconforme por la atención Médica Recibida
2. Derechos Relativos al acceso a la asistencia sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Recibir Atención Médica Adecuada • Contar con Facilidades para obtener una segunda opinión médica • Recibir Atención Médica en caso de Urgencia • Contar con su expediente clínico
3. Derechos relativos a la libre autodeterminación del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Decidir libremente sobre su Atención • Otorgar o no su consentimiento válidamente informado
4. Derechos relativos a la intimidad	<ul style="list-style-type: none"> • Ser tratado con confidencialidad
5. Derechos relativos a la información	<ul style="list-style-type: none"> • Recibir Información suficiente, clara, oportuna y veraz • Contar con su expediente clínico (Recibir un resumen clínico respecto a su estado de salud).

Fuente: Elaboración propia, acorde a la Clasificación de Romeo Casabona (1990) en Gallego, et al, 1993: 539) y la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes en México (2001).

3.5 Análisis particular de algunos de los derechos de los pacientes

A continuación se expondrá con mayor detenimiento algunos de los derechos mencionados:

3.5.1 Derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz

El derecho a recibir información es uno de los derechos que se ha insertado hoy en día en el nuevo marco de la relación médico-paciente, se estima a la información que se otorga al paciente como un campo fértil para la autodeterminación del mismo bajo el nuevo concepto de “paciente autónomo”, para ello se requiere que se le brinde información relacionada con su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, pero esta debe tener ciertos requerimientos para que se entienda que ha sido proporcionada en términos claros, ya lo dice López cuando establece que el paciente bien informado “no es el que tiene más datos, sino el que haya sido capaz de comprenderlos. De esta forma puede obtener una idea sobre su propia salud que sea adecuada” (López, 2004:29).

La información proporcionada entonces debe ser en términos claros, libre de tecnicismos que compliquen su comprensión por el paciente, ya que la utilización de terminología médica puede dificultarla.

Sobre el destinatario de la información lo será el paciente y en su defecto ante la incapacidad de recibirla o por autorización del mismo podrá ser algún familiar o quien tenga la representatividad legal, aún cuando la ley no lo establece, es una práctica usual en el día a día de la actuación médica.

La información debe ser oportuna, es decir debe haber el tiempo suficiente para que el paciente “pueda reflexionar con calma y decidir libre y responsablemente” (Seijas, 2006: 39), al menos con veinticuatro horas previas a la realización del procedimiento, así lo establece la autora en cita. Importa resaltar que para que haya una decisión basada en la información esta no puede ser cuando ya se vaya a realizar el procedimiento al grado de que la persona ya se encuentre en el lugar en donde se le practicará.

Por otra parte se dice que la información debe ser suficiente, implica que no debe omitirse la que se considere relevante para que el paciente pueda tener la información disponible sobre su situación de salud, Seijas señala que la información debe incluir:

- “Identificación y descripción del procedimiento
- Objetivo del mismo
- Beneficios que se esperan alcanzar
- Alternativas razonables a dicho procedimiento
- Consecuencias previsibles de su realización
- Consecuencias previsibles de la no realización
- Riesgos frecuentes y poco frecuentes
- Riesgos y consecuencias en función de la situación clínica personal del paciente y con sus circunstancias personales o profesionales” (Seijas, 2006:39).

Con ello se da una información completa al paciente, sin que implique, ante dicha disposición, atiborrar al paciente con datos como ya se ha dejado aclarado, sino que se proporcione de forma que el paciente cuente con los elementos necesarios para conocer su estado de salud.

Aunado a lo anterior la información debe ser como ya se ha dejado anotado comprensible y también “**veraz**”, es decir ajustada a la realidad, el personal de salud no debe disfrazar la situación con el objetivo de evitarle situaciones incómodas o difíciles al paciente, debe ser verídica, esto implica que debe proporcionarse con tacto pero comunicarle de la mejor forma al paciente lo que realmente está ocurriendo con su salud. No está reglamentado en la normatividad los casos en los que el médico por razones terapéuticas decida no informar al paciente, por lo cual si se omite la información da paso a la vulneración de este derecho y las consecuencias que puedan derivar de lo mismo (responsabilidad médica).

Puede ser que el paciente no desee recibir la información que se le debe proporcionar, en esos casos el **derecho a no saber** está consagrado en algunas disposiciones como en la Ley 41/2002 en España. Se le debe preguntar al paciente si es su deseo conocer

o no la información, para el caso de que se niegue a recibirla, por razones propias, en dichos casos la normatividad mexicana es omisa, desafortunadamente no está contemplado dicho supuesto en las leyes sanitarias de México, solo se consagra el derecho a saber más no el derecho a no saber, constituyendo de nuevo una oportunidad para legislar al respecto.

Como bien lo señalan Gallego, Hinojal, et al. (1993) el derecho a recibir información sobre su tratamiento médico no implica la obligación de conocer su situación, el paciente no puede ser obligado a recibir la información, en esa caso dejaría de ser un derecho.

Ahora bien, respecto a la información proporcionada se otorga usualmente de forma verbal, lo que no exime de la obligación de dejar constancia en la historia clínica de que se realizó dicha actividad, incluso la norma establece que para determinados procedimientos se debe recabar el consentimiento, ante ello se debe otorgar previamente la información con las características que ya se han mencionado.

Se entiende que el paciente informado podrá tomar participación activa en el mejoramiento de su salud así como responsabilidad e implicación en el cuidado de la misma (Navarro, Muñiz y Jovell, 2008), por ello tiene en cuenta que el objetivo es incrementar su salud y con ello su calidad de vida.

3.5.2 Derecho de Confidencialidad

Toda persona tenemos derecho a que se respete la confidencialidad de los datos relacionados con la salud, la información que proporcionamos al médico es de tal carácter que difícilmente podríamos compartirla con alguna otra persona incluidos los más allegados, en razón de ser datos que afectan la esfera más íntima de las personas, incluso las leyes fundamentales de diversos Estados le han dado el carácter de “derecho fundamental”, al contemplarse en las leyes fundamentales e incluso se ha venido desarrollando legislación interna en los países relacionada a la protección de los datos de carácter personal.

El derecho a la confidencialidad implica según Lorenzo “la comunicación de información personal de una persona a otra, cuando se espera que la persona que recibe la

información, como sucede en el caso de los profesionales sanitarios, no revelará habitualmente la información confidencial a una tercera persona”. (Lorenzo, 2003:51)

De tal forma que se espera que las administraciones de las diversas unidades médicas de índole pública, social o privada, tomen las medidas necesarias para que se guarde de forma celosa la información proporcionada por los pacientes en lo referente a sus datos considerados no solo como confidenciales en nuestro país sino también como datos sensibles ya que afectan la esfera más íntima de su titular como lo son: creencias, filiación, preferencia sexual, el estado de salud presente y futuro. Datos que son proporcionados por los pacientes y obran en el expediente clínico de la institución o en el de las clínicas o consultorios de quienes ejercen la medicina particular.

Tal y como lo describe la propia Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, en su artículo 3° fracción VI:

“VI. **Datos personales sensibles:** Aquellos datos personales que afecten a la esfera más íntima de su titular, o cuya utilización indebida pueda dar origen a discriminación o conlleve un riesgo grave para éste. En particular, se consideran sensibles aquellos que puedan revelar aspectos como origen racial o étnico, **estado de salud presente y futuro**, información genética, creencias religiosas, filosóficas y morales, afiliación sindical, opiniones políticas, preferencia sexual”.

El derecho a la confidencialidad de los datos proporcionados con motivo de la actividad sanitaria, cuentan con protección legal y solo habrá excepciones a la ley cuando la autoridad judicial o administrativa por razones de investigación de conductas ilícitas soliciten esos datos.

En el mismo sentido en España se cuenta con el artículo 7 de la Ley 41/2002 que establece:

“Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley”.

Por lo cual se asume que existen casos en los que, a pesar de que los datos que obran en el expediente clínico, son datos de carácter confidencial, habrá ocasiones en que por excepción prevista en la ley se pueda acceder a ellos.

El doctor Tolivar refiere específicamente que la Ley Orgánica de la Protección de Datos en España en su artículo 7 apartado 3, se establece que “los datos personales que hagan referencia a la salud, sólo podrán ser recabados, cedidos y tratados, cuando por razones de interés general así lo disponga una ley o el afectado consienta expresamente” (Tolivar, 2007: 49).

El propio Tolivar hace énfasis en que sólo se requiere el consentimiento “expreso” para que se pueda acceder a los datos personales de salud, no obstante también advierte que en el caso de haber conflicto “si no existe una firma del titular de los datos, se podrán plantear problemas probatorios con respecto a la veracidad de tal consentimiento” (Tolivar, 2007 49).

Lo cierto es que la confidencialidad de los datos en salud es un derecho imponible al personal de la salud, con independencia del tipo de servicio de salud, llámese público, privado o social.

3.5.3 Derecho a otorgar o no su consentimiento válidamente informado

Dentro de los derechos que enarbolan la autonomía del paciente se encuentra el derecho a otorgar o no su consentimiento válidamente informado, esto cuando la intervención del personal de la salud requiera realizar exámenes, procedimientos quirúrgicos o considerados riesgosos por su propia naturaleza. Ante dicha circunstancia en primer término se debe otorgar la información necesaria como ya se ha dejado establecido que incluya la información completa para que el paciente pueda tomar la decisión correcta sobre su propia salud, una vez hecho lo anterior, pedir la conformidad del paciente a que se realice o no un procedimiento.

De tal forma que el consentimiento informado es un acto en la relación sanitaria que requiere de constatación, esto es que la forma que debe adoptar es que ordinariamente se

proporciona la información verbal al paciente pero siempre se debe hacer constar por escrito en la historia clínica, en su caso firmarse y dejar el documento como parte del expediente clínico.

Para el caso de México se hará referencia a la ya citada Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, en la cual se establece en el punto 10.1.2 la obligatoriedad de recabar un documento denominado “carta de consentimiento informado”, en los siguientes casos:

10.1.2 “Los eventos mínimos que requieren de cartas de consentimiento informado serán:

10.1.2.1 Ingreso hospitalario;

10.1.2.2 Procedimientos de cirugía mayor;

10.1.2.3 Procedimientos que requieren anestesia general o regional;

10.1.2.4 Salpingoclasia y vasectomía;

10.1.2.5 Donación de órganos, tejidos y trasplantes;

10.1.2.6 Investigación clínica en seres humanos;

10.1.2.7 Necropsia hospitalaria;

10.1.2.8 Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo;

10.1.2.9 Cualquier procedimiento que entrañe mutilación”.

Por otro lado es conveniente mencionar que la propia norma establece los requisitos mínimos que deben cubrirse al recabar el consentimiento informado:

10.1 “Cartas de consentimiento informado.

10.1.1 Deberán contener como mínimo:

10.1.1.1 Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso;

10.1.1.2 Nombre, razón o denominación social del establecimiento;

10.1.1.3 Título del documento;

10.1.1.4 Lugar y fecha en que se emite;

10.1.1.5 Acto autorizado;

10.1.1.6 Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado;

10.1.1.7 Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; y

10.1.1.8 Nombre completo y firma del paciente, si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, del tutor o del representante legal;

10.1.1.9 Nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado, en su caso, se asentarán los datos del médico tratante.

10.1.1.10 Nombre completo y firma de dos testigos”.

Con lo anterior podemos constatar que es la propia norma la que establece la obligatoriedad del consentimiento informado por lo que su realización no es opcional, es un requisito normativo y su incumplimiento dará lugar a consecuencias legales para aquéllos que no lo realicen conforme a lo dispuesto.

Esta obligación de informar y obtener en su caso el consentimiento, no siempre es bien vista por el gremio médico, ya que parecería que su obligatoriedad va encaminada a su protección, en actos que propician la medicina defensiva, no obstante en su lugar se debe conceptualizar que el médico “estará realizando un acto clínico, elevando la calidad de la asistencia y propiciando que la relación médico-paciente se asiente en unas bases que conducirán a su mejor éxito” (Lorenzo, 2003:54).

Asimismo el consentimiento informado es un acto que algunos lo consideran burocrático y resta autoridad al médico al colocarse en una posición en la que se debe equiparar al paciente cuando se estima que éste no tiene los conocimientos técnico-científicos que aquél, lo que le implica al médico un conflicto. Sin embargo como se ha

dejado señalado en la nueva concepción de la relación médico-paciente en la cual se le da un papel preponderante a éste último, este acto posibilita la autonomía del mismo en las decisiones sobre su salud.

El consentimiento informado tiene como característica que puede ser revocable, esto implica que en cualquier momento el paciente tiene esa posibilidad hasta en tanto por la propia naturaleza del acto médico, éste ya no pueda retrotraerse.

Actualmente en los Tribunales del Poder Judicial de la Federación, se puede constatar que ya comienzan los pacientes a defenderse por acciones que éstos consideran violatorios a sus derechos específicos. Así tenemos por ejemplo, respecto a los derechos del paciente, consistentes por una parte en recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, y por la otra, en otorgar o no su consentimiento válidamente informado, los tribunales federales recién sentencian que "... los consentimientos bajo información o autorizaciones que el hospital debe recabar del paciente, su familiar más cercano que le acompañe, su tutor o representante, en su caso, deben especificar los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado" ya que , "... resulta importante **que el paciente conozca y esté consciente de aquello a lo cual se enfrentará, y que primero otorgue su consentimiento con plena información de lo que implica**, lo cual debe coexistir con el principio de libertad prescriptiva, que facultaría al médico a actuar o dejar de hacerlo, si así se requiere o hay riesgos"⁸ (Las negrillas son propias).

El consentimiento informado implica un enfrentamiento de este derecho con el diverso derecho del paciente (antes anotado) de no recibir información. Ante tal circunstancia, se estará a lo establecido por la legislación cuando especifica los casos en los cuales no puede actuarse sin el consentimiento del paciente y sin haber proporcionado la información.

⁸ Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Tesis: I.4o.C.31 K, Tesis Aislada(Civil), Pag. 2458, No. Registro: 168530, cuyo rubro dice: "TRATAMIENTOS MÉDICOS. NECESIDAD DE INFORMACIÓN PREVIA AL PACIENTE O SUS FAMILIARES, DE LOS RIESGOS Y BENEFICIOS ESPERADOS."

Habrá casos excepcionales sealados en la normatividad en los que se especifica que en caso de urgencia o que le usuario no est  en condiciones de otorgar el consentimiento, lo podrá realizar el familiar que lo acompañe o su representante legal.

4 Conformación del Sistema Nacional de Salud

La protección de la Salud en México es tema primordial en el mundo, según la Interpretación del Poder Judicial de la Federación a través de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, “para ser efectivo el derecho a la protección de la salud se requiere la participación del individuo, la sociedad y el estado (...) su parte medular consiste en el acceso a los servicios de salud”. (Poder Judicial de la Federación, Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2005:70)

Si bien el contenido del artículo cuarto constitucional establece el derecho fundamental de protección a la salud, es la LGS, que se encarga de reglamentar lo relacionado a la salubridad en México a fin de colmar el derecho mencionado. Así se establece en el artículo 1º, que reglamentará las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la salubridad general en conjunto con las entidades federativas.

El artículo 2º dicha Ley señala las finalidades que tiene el derecho de protección a la salud, que por su importancia se transcriben:

ARTÍCULO 2o. “El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y

VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud”.

4.1 Sistema Nacional de Salud

Para lograr esos cometidos en México existe el Sistema Nacional de Salud que está constituido por dependencias y entidades de la administración pública tanto federal como local y personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, tal y como lo señala el artículo 5° de la LGS, reglamentaria del artículo 4° constitucional⁹.

Entendiendo que un Sistema Nacional de Salud conforme lo que establece la Organización Mundial de la Salud es “aquél que engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud” (OMS, 2014 temas de salud párr. 1).

Asimismo señala que las cuatro funciones principales de un sistema de salud son: “la Provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión”. (OMS, 2014 temas de salud párr. 2).

El Sistema Nacional de Salud debe contar con un elemento que cualquier sistema de este tipo debe tener que es como lo refieren Soto, Lutzow y González, “lograr la implementación de políticas sociales orientadas por el “Estado de bienestar”, considerado

⁹ Artículo 5° LGS.- “El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud”.

como un conjunto de instituciones estatales encaminadas a mejorar las condiciones de vida de la población”. (Soto, Lutzow y González, 2012: 4).

Los objetivos del Sistema Nacional de Salud en México se encuentran declarados en el artículo 6° de la LGS que señala:

“Proporcionar servicios de salud a toda la población, contribuir al desarrollo demográfico armónico del país, colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social con énfasis en menores abandonados y ancianos desamparados y minusválidos, dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como la integración social, al crecimiento físico y mental de la niñez, impulsar el bienestar de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político-sociales y culturales, apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente, impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud, promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena, coadyuvar a la modificación de patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección y promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud”.

Dentro de las acciones que se llevan a cabo para el logro de los objetivos de la protección de la salud de las personas, se encuentra el de ofrecer servicios para la atención en salud, “la legislación ha dado lugar a la creación de organismos que en gran medida participan a favor de la protección a la salud” (Poder Judicial de la Federación, Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2005:73). Así se da la aparición del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) en el año 1943 y del ISSSTE (Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) en 1961 (Soto, Lutzow Y González, 2012:9), más tarde se daría el nacimiento del ISSFAM (Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas) en el año 1976 con la creación de la ley del mismo nombre (ISSFAM, 2014 antecedentes históricos párr. 12).

En el año 2003 se da una reforma a la LGS cuya vigencia inició el 1° de enero de 2004 con la cual se aprobó el esquema de seguridad universal denominado Sistema de Protección Social en Salud (mejor conocido como seguro popular) con la finalidad de que la población que no fuera asalariada pudieran acceder a un aseguramiento médico público, con lo que hoy en día este nuevo sistema público de aseguramiento se suma al Sistema Nacional de Salud, junto con cada uno de los Centros de Servicios de Salud y atención médica dependientes de los gobiernos federales y estatales, y las personas físicas o jurídicas de carácter privado, inmersos todos en el Sistema Nacional de Salud.

Con lo que actualmente y según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010), para el año 2010 el 64.6% de la población en México es derechohabiente, de los cuales 48.8% están afiliados al IMSS, 9.9% aL ISSSTE, 1.5 ISSFAM, 36.2 SEGURO POPULAR, 5% otras instituciones. Con lo que podemos observar que aún hoy en día el IMSS es quien tiene la mayor cobertura en salud en México.

Sobre los servicios de atención médica, se encuentran regulados por el Reglamento de la Ley General de Salud para la Prestación de los Servicios de Atención Médica, que define a la atención de salud en su artículo 7° como “el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud”; también establece que los servicios de atención médica son: “el conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos”; y que existen establecimientos para otorgar la atención médica de carácter público, social o privado, fijo o móvil que preste servicios de atención médica ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios.

El mismo reglamento menciona en su artículo 8o.- Que las actividades de atención médica son:

I.- “PREVENTIVAS: Que incluyen las de promoción general y las de protección específica;

II.- CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos;

III.- DE REHABILITACION: Que incluyen acciones tendientes a limitar el daño y corregir la invalidez física o mental”; y

IV.- PALIATIVAS Que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del usuario, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales, por parte de un equipo multidisciplinario.

De lo anterior podemos establecer que en la normatividad se encuentra debidamente reglamentado lo relativo al Sistema Nacional de Salud asimismo su conformación y la definición de las tareas de atención médica que hoy en día se han sumado las actividades de atención paliativa a partir del año 2013, ya que no se encontraban insertas, lo que ha dado pauta a un nuevo campo dentro de la atención sanitaria en todos sus niveles.

4.1.1 Clasificación de los Servicios de Salud

Para poder atender a los requerimientos de la salud de las personas, se establece en México una clasificación de los servicios de salud en función de los prestadores de los mismos así en el artículo 34 de la LGS se indica:

“Para los efectos de esta Ley, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en:

I. Servicios públicos a la población en general;

II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios;

III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y

IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria”.

El ordinal 35 de la LGS establece que se considera **servicios de salud pública**, aquéllos en “Los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios”. Es a este tipo de servicios a los que se hace referencia en este trabajo de investigación.

El Sistema Nacional de Salud es el responsable de hacer posible el derecho a la protección de la salud a través de una serie de instancias que permiten colmar este derecho en beneficio de los gobernados y es la LGS la que establece la forma en que las entidades federativas deben coadyuvar para hacer llegar a todo el país los servicios de salud necesarios y consolidar el Sistema, por lo cual es obligación de éstas establecer sus propios sistemas estatales de salud procurando su participación en éste.

Un rasgo importante que se establece en el artículo 9° de la LGS es el relativo a que la Secretaría de Salud auxiliará a los estados de la república mexicana en acciones de descentralización a los municipios, ya que con ello se logra uno de los objetivos del Sistema Nacional de Salud que es la **cobertura y accesibilidad** de los servicios de atención médica.

4.2 El Sistema Estatal de Salud Jalisco

El Sistema Estatal de Salud Jalisco se encuentra a cargo de la Secretaría de Salud del estado la que coordina los programas de promoción y prevención, fomento y regulación sanitaria, y servicios de salud a la persona, lo que realiza con la coadyuvancia y coordinación con los organismos públicos descentralizados que forman parte del sistema de conformidad con lo que establece el artículo 18 Bis de la Ley de Salud del Estado de Jalisco. (SECRETARIA DE SALUD JALISCO, 2014 párr. 1).

El Sistema Estatal de Salud estará constituido por las entidades públicas y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud

conforme lo dispone el artículo 12 de la LSJ, definirá los mecanismos de coordinación y colaboración en materia de planeación de los servicios de salud en el Estado de conformidad con dicha ley en el diverso ordinal 13¹⁰.

Los organismos públicos descentralizados que se integran al Sistema Estatal de Salud conforme el artículo 18 Bis de la Ley citada, para ayudar al ejercicio de sus funciones son:

- I. Servicios de Salud Jalisco;
- II. Hospital Civil de Guadalajara;
- III. Instituto Jalisciense de Cancerología;
- IV. Consejo Estatal de Trasplantes; y
- V. Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.

En Jalisco el Sistema Estatal de Salud, se conforma por organismos que coadyuvan en las tareas de la protección de la salud de forma especializada y cumplen con los objetivos del sistema que es proporcionar una mejor salud a las personas y da la pauta para que organismos como la Comisión de Arbitraje Médico formen parte de él a fin de dar cauce legal a las solicitudes o reclamaciones de los pacientes respecto del ejercicio de sus derechos en el Estado de Jalisco.

¹⁰ Artículo 12.- El Sistema Estatal de Salud estará constituido por las entidades públicas y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud y su competencia se define por esta Ley y demás disposiciones legales aplicables.

Artículo 13.- El Sistema Estatal de Salud, con la intervención que corresponda a la Secretaría de Salud Jalisco y al Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado, definirá los mecanismos de coordinación y colaboración, en materia de planeación de los servicios de salud en el Estado, a fin de dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud, de conformidad con las disposiciones de esta Ley y las que al efecto sean aplicables.

5 Los Medios de Defensa de los Derechos del Paciente en México

La defensa y protección de los pacientes han ido incrementándose de forma paulatina, en especial en los países en los que se ha creado un marco normativo acorde a la modernización que los sistemas de salud (Navarro, Muñiz y Jovell, 2008: 368) han experimentado y a las declaraciones que se han vertido en el orbe en la materia como se ha dejado expuesto (Navarro, Muñiz y Jovell, 2008: 368).

El derecho de protección a la salud se hace patente con la legislación existente y la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, uno de éstos refiere a la asesoría, orientación y disponibilidad para recepción de quejas sobre la atención médica. Ya se comentaba que es un derecho del paciente (Casa Madrid, 2008) en pro del derecho fundamental de protección a la salud establecido en el artículo cuarto Constitucional: “instituir medios de defensa legal”.

Para cumplir con dicha encomienda el Estado Mexicano ha establecido instituciones y procedimientos para hacer valer el derecho fundamental de protección a la salud y en consecuencia los derechos de los pacientes y la intención de reforzar sus atribuciones se plasma en las políticas públicas que se establecen para ello. Por ejemplificar en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 “Por un México Sano: Construyendo Alianzas para una mejor Salud”, establece como una de las estrategias la de “Situación la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud” y dentro de ésta una de las líneas de acción es la 3.5 “proteger los derechos de los pacientes mediante el arbitraje y la conciliación” (Secretaría de Salud, 2007: 105). Lo que plantea el reforzar la protección de los derechos de los pacientes. Instancias que se exponen a continuación:

5.1 Vías no jurisdiccionales

5.1.1 Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Para cumplir con la tutela del derecho fundamental de protección a la salud en el año 1996 se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, por sus siglas CONAMED como “órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con plena autonomía técnica, para

emitir sus opiniones, acuerdos y laudos. Tiene por objeto contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios” (Moctezuma, 2001:148), de forma amigable promueve y propicia la buena relación entre ellos.

Según la propia institución se define como:

“Una instancia especializada que cuenta con autonomía técnica y tiene atribuciones para recibir quejas, investigar presuntas irregularidades en la prestación de servicios médicos y emitir sus opiniones, acuerdos, y laudos, los cuales permiten solucionar los conflictos actuando con imparcialidad, confidencialidad y respeto, mediante procedimientos alternativos para la resolución de los conflictos tales como: orientación, gestión inmediata, conciliación y arbitraje” (CONAMED, 2014b).

Se establece el procedimiento en amable composición, también llamada autocomposición, a fin de dar agilidad a los procedimientos derivados de los conflictos suscitados entre los prestadores de servicios de salud y los pacientes por la violación a alguno de sus derechos a través de la “queja” o la inconformidad.

“Actualmente la CONAMED atiende un promedio de 17000 casos anuales y promueve la mejora de la práctica de la medicina a través de recomendaciones y cartas de derechos...” (CONAMED, 2014: 3).

Sin embargo esta instancia que parece accesible y especializada no ha podido establecer sus oficinas en todas las entidades federativas por lo que comenzaron a crearse Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, que sin embargo éstas por cuestiones competenciales no pueden conocer de conflictos suscitados entre los pacientes y los prestadores de servicios de salud con carácter federal como el IMSS o el ISSSTE. Lo que a la fecha sigue dando problemas prácticos de accesibilidad a los servicios de la CONAMED.

En la actualidad las entidades federativas de la república mexicana han suscrito algún tipo de convenio con CONAMED a fin de que se puede presentar una queja o inconformidad en las comisiones de arbitraje médico estatales en que se encuentren (Por reclamación en contra del IMSS, ISSSTE o ISSFAM) y la comisión estatal en primer

término revisará la situación y en su caso si se requiere de una gestión para que se reciba atención médica o situación similar, la realiza o turna al Consejo Consultivo de alguna de estas instancias. Para el caso de que el paciente decida presentar su queja, asesora al ciudadano para que la presente ante la CONAMED.

Cuando un paciente quiere hacer uso de los servicios de CONAMED habiendo recibido el servicio en un municipio del interior de alguna entidad federativa resulta prácticamente imposible que los pacientes puedan trasladarse a la capital del Estado correspondiente ya que le implica gastos de traslado e inversión en tiempo y quizá pérdida de un día o más de trabajo, sin que se pueda presentar su queja formalmente.

La CONAMED señala que el servicio para acceder a una queja o inconformidad puede ser también vía correspondencia, y se encuentra la información sobre los requisitos en la página web de dicha instancia, circunstancia que se torna compleja para quienes no disponen de la herramienta de internet y/o desconocen su uso (CONAMED, 2014).

En estudio desarrollado por Aguirre, et al. (2008:9), respecto de las quejas presentadas ante la CONAMED en el período comprendido de 1996 a 2007 señalan que quienes interponen el mayor número de quejas ante esta instancia son personas que se encuentran en el rango entre los 31 y 40 años y que en su mayoría con un 58% de las quejas presentadas lo realizan mujeres.

Las personas que hacen uso de los servicios de salud son de todas edades y situación económica, los adultos mayores constituyen un buen número de pacientes, ellos son el mejor referente para aducir la complejidad a la que se enfrentan para acceder al derecho de inconformarse por la inadecuada atención recibida o la violación flagrante a alguno de sus derechos como pacientes.

Al existir la CONAMED, se tiene el derecho de inconformarse por la atención recibida ya sea esta inadecuada o por violación a algún derecho como paciente, no obstante los servicios de ésta instancia son desconocidos por muchas personas por lo que no tienen la accesibilidad, aunado a lo señalado anteriormente respecto de la competencia para conocer de los asuntos derivados de servicios de salud por organismos de la administración pública federal.

5.1.2 Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco

Surge en el año 2001 la Comisión de Arbitraje Médico en Jalisco, como una instancia del estado de Jalisco a la que el paciente pueda acceder para presentar su queja por la violación a alguno de sus derechos, la CAMEJAL, (por sus siglas), es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal, que cuenta con personalidad y patrimonio propio dotado de autonomía para la realización de sus facultades; dicha comisión tiene como objeto difundir, asesorar, proteger y defender los derechos de los usuarios y prestadores de servicios de atención médica, cuyos procesos que se encomiendan son de conciliación y arbitraje, de conformidad a lo que dispone el artículo 91 A y subsecuentes de la LSJ.

Estos servicios de CAMEJAL se limitan solo a la población del estado que recibe servicios públicos y privados de salud estatales, ya que como se dijo anteriormente la insatisfacción o inconformidad generadas entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud del IMSS e ISSSTE, independientemente del estado donde se generen, deben ser atendidas en el Distrito Federal, por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), con los consecuentes problemas que ya se comentaron, aún cuando CAMEJAL realiza una gestión o en su caso remite la queja al Consejo Consultivo del IMSS o ISSSTE o deriva al quejoso (a) a realizar su trámite vía correspondencia o presentar su inconformidad en la ciudad de México.

Dentro de las funciones de CAMEJAL de conformidad al artículo 91 C de la LSJ están:

Realizar labores de divulgación, orientación, apoyo y asesoría en materia de derechos y obligaciones de los usuarios y prestadores de servicios de salud.

Principalmente el impulsar la **formación y fortalecimiento de la cultura de respeto a los derechos de los usuarios;**

Recibir, atender e investigar las quejas que presenten los interesados, por la posible irregularidad o negativa injustificada en la prestación de servicios de atención

médica, en general todas las relacionadas a la recepción de quejas, seguimiento, instauración de proceso de conciliación o arbitral, auxiliado de opiniones técnicas y los demás facultades previstas en la sección segunda de la LSJ denominada “De la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco”.

Dicha comisión ha comenzado a trabajar desde el año 2001 y se estima que las quejas de los pacientes año con año han ido en aumento, excepción hecha del año 2013 respecto del anterior 2012, en el que disminuyeron las quejas, la vía más efectiva para resolver las quejas ha sido la conciliación por la brevedad y sencillez que representan. (CAMEJAL, 2013).

Los servicios que otorga la CAMEJAL se traducen en:

- Servicios de orientación
- Servicios de asesoría
- Servicios de gestión
- Queja respecto de actos médicos
- Opinión Técnica

La queja como derecho supone otro tema sobre la accesibilidad a los medios de defensa, la distancia y el costo como sus principales barreras, en efecto con la creación de la Comisión de Arbitraje Médico en el estado de Jalisco, se dio un gran paso para que en materia de salud se tomará al paciente como sujeto de derechos y también como un sensor de la calidad de los servicios, en ese aspecto al inaugurarse la CAMEJAL, comenzó una nueva etapa en el Estado de Jalisco.

Es relevante contar con tan valiosa instancia, sin embargo ésta se encuentra en la capital del estado de Jalisco, esto es en la zona metropolitana de Guadalajara, circunstancia que ha impedido a muchos pacientes acceder a los servicios de asesoría, orientación y en su caso el de presentar su queja, ya que si una persona recibe un servicio de salud en algún municipio que se encuentre fuera de la Zona Metropolitana de Guadalajara, y en su caso desee interponer una queja por el mismo, será costoso por el traslado y el tiempo de inversión.

El acceso a la justicia se encuentra limitado por la situación geográfica de las personas, el vivir alejados de las instancias antes las cuáles hacer valer sus derechos limita ese acceso, así lo dice Flores (2006) cuando afirma que existe dificultad al acceder a la justicia “en virtud de una ineficaz e insuficiente localización de los organismos encargados de la función jurisdiccional, en las diferentes regiones. Esta carencia implica en sentido estricto y empírico una vulneración de los principios constitucionales de igualdad ante la ley en cuanto el acceso al servicio de la administración de justicia” (Flores, 2006: 2).

Cabe mencionar que hoy en día se han inaugurado tres módulos de la CAMEJAL en Lagos de Moreno, en Puerto Vallarta y el tercero en Colotlán, el objetivo de esta institución es continuar con la descentralización de sus servicios a diferentes municipios que se encuentran estratégicamente en zonas regionales, lo que permitirá un mejor acceso.

La CAMEJAL, además tiene como tarea difundir sus servicios, para que más personas accedan a los mismos, pero no existe en Jalisco una estrategia de difusión de los derechos de los pacientes, de promoverlos y de hacer llegar a la sociedad los medios para que los hagan valer en la propia institución en donde recibieron el servicio, de manera inmediata. Además se hace necesario establecer las condiciones para que los pacientes de forma libre y sin que se sientan coaccionados a posteriormente no recibir los servicios de salud, puedan presentar alguna queja o reclamación.

En cuanto a la difusión de los servicios de la CAMEJAL, cada año se rinde un informe de actividades en los cuales se da cuenta de acciones de difusión de sus servicios, en los que se detallan entrevistas radiofónicas, entrevistas por prensa escrita y televisión, sin embargo ello no garantiza que los ciudadanos de Jalisco accedan a dichos medios de información o comunicación, a manera de propuesta, la Coordinación de Comunicación Social de la Comisión debería hacer una campaña formal y permanente de difusión de los derechos de los pacientes y de las funciones de la propia Comisión en el estado de Jalisco por personal capacitado para ello ya sea de la propia CAMEJAL con apoyo de la Secretaría de Salud o incluso de las universidades públicas y privadas.

Al decir del Comisionado Dr. Salvador Chávez Ramírez de la CAMEJAL, en entrevista realizada el pasado 14 de noviembre del año 2014, con el propósito de indagar

mayor información en torno a las funciones de la misma, comentó que se hace necesario fortalecer las actividades de difusión de los derechos de los pacientes y particularmente que una debilidad que tienen identificada es que se difundan las actividades en particular de la Comisión y hacerle saber a los ciudadanos en qué medida poder apoyarlos cuando se vean ante la transgresión de sus derechos como pacientes.

Esta Comisión permite que haya una instancia a disposición de los pacientes usuarios de los servicios de salud en el estado de Jalisco para hacer valer sus derechos ante la posibilidad de haber sido violentados. No obstante depende en mucho que las personas la conozcan en cuanto a sus atribuciones y forma de acceso a fin de lograr una mayor eficacia de las funciones de la misma.

Es una instancia que en su esencia busca la equidad y respeto de los derechos del Paciente y del personal de Salud.

5.1.3 Comisión Nacional de Derechos Humanos en México

Al hacer referencia concreta de México el artículo 102 Apartado B de la Constitución Mexicana establece que deben existir en todas las entidades de la República organismos de protección de los derechos humanos que ampara el orden jurídico mexicano, que a nivel Federal se establecerá la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (en adelante CNDH), que la misma contará con autonomía de gestión presupuestaria, personalidad jurídica y patrimonio propios.

La CNDH recibe quejas por actos u omisiones de naturaleza administrativa por violaciones a los derechos humanos principalmente provenientes de cualquier autoridad o servidor público exceptuando al Poder Judicial de la Federación, revisado el caso y en su oportunidad emite recomendaciones para el respeto y reestablecimiento en su caso de los derechos humanos o para que cese la violación a los mismos.

Empero las decisiones que emite dicha Comisión no tienen carácter vinculatorio y carecen de ejecución; ya que como su nombre lo dice, son recomendaciones que los funcionarios de gobierno reciben por alguna transgresión a los derechos humanos, no

obstante no tiene fuerza de ejecución para hacerse cumplir por la Comisión, ni por ningún otro organismo o poder de Gobierno, de ahí que se deje a criterio del funcionario si acepta o no la recomendación.

El peso que tienen los derechos humanos hoy en día se hace patente en la disposición prevista por el propio artículo 102 Apartado B constitucional en la que se señala que: todo servidor público está obligado a responder las recomendaciones que emitan estos organismos y para el caso de no aceptar o incumplirlas deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa y en su caso la cámara de senadores o las legislaturas de las entidades federativas, podrán llamarlos para que comparezcan ante ellos a fin de explicar el motivo de la negativa.

Ante ello se espera que aquellos funcionarios e instancias que se estima han transgredido los derechos humanos, sean conscientes de su responsabilidad, acepten y acaten la(s) recomendación (es) de la Comisión.

Otro rasgo importante que se establece en el citado artículo constitucional es que las Constituciones de los Estados y el Estatuto de Gobierno del Distrito Federal establecerán y garantizarán la autonomía de los organismos de protección de los derechos humanos. Al mismo tiempo resalta lo referente a la elección del titular de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, de los integrantes del Consejo Consultivo y de titulares de organismos de protección de derechos humanos de las entidades federativas; ya que deberán ajustarse a un procedimiento de **consulta pública**, lo que implica de cierta manera una garantía de que se elegirá a quien tenga meritos para poder tener ese cargo tan importante dentro de un Estado de derecho.

Actualmente la CNDH publica en su página web¹¹ las recomendaciones que emite; en el periodo comprendido de enero a septiembre de 2014 ha emitido 19 recomendaciones a diferentes instituciones de salud por la inadecuada atención médica o negativa al derecho a la protección de la salud, mismas que representan el 43.18%, considerando que se han emitido en total 44 recomendaciones en dicho año, de lo que se puede deducir que la

¹¹ Ver www.cndh.org.mx

vulneración del derecho a la protección de la salud y consecuentemente de los derechos de los pacientes es un problema a nivel nacional.

También se advierte que una buena parte de la ciudadanía conoce la existencia de estos organismos protectores de los derechos humanos (entre ellos el derecho a la protección de la salud), lo que puede obedecer a la difusión permanente de las funciones de los mismos en medios masivos de comunicación y de la accesibilidad a dichas oinstancias.

5.1.4 Comisión Estatal De Derechos Humanos Jalisco

La Comisión Estatal de Derechos Humanos en Jalisco (en adelante CEDHJ) es otro organismo autónomo que puede fungir como un medio de defensa legal de los pacientes ante la vulneración a sus derechos.

De conformidad a la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco en el artículo tercero la define como “un organismo dotado de plena autonomía, con personalidad jurídica y patrimonio propios; de carácter permanente, participación ciudadana y de servicio gratuito; cuya finalidad esencial es la defensa, protección, estudio y divulgación de los derechos humanos”.

El diverso artículo cuarto señala:

“La Comisión tendrá competencia para conocer de oficio o a petición de parte respecto de las quejas que le presenten los particulares en relación con presuntas violaciones de los derechos humanos por parte de servidores públicos, autoridades estatales o municipales en la realización de actos u omisiones de naturaleza administrativa, entre otras”.

En ésta Comisión es en la que los ciudadanos pueden encontrar una mejor posibilidad para acceder a sus servicios por la descentralización que ha hecho de los mismos en el interior del estado, al establecer visitadurías regionales como un gran acierto para el acceso de la defensa de los derechos humanos.

Los pacientes pueden acudir en queja por violación a sus derechos ya sea por una carencia de atención y/o mal servicio en perjuicio del derecho a la protección de la salud o con motivo de la indebida prestación de servicios públicos en materia de salud.

En un reporte estadístico que realiza la CEDHJ, por poner el ejemplo del año 2014 del 1° de enero a 31 de julio de 2014 recibió la comisión 8,453 quejas de las cuales 1,478 corresponden a la supuesta violación del derecho a la protección de la salud lo que representa el 17.48 % del total de las quejas (CEDHJ, 2014).

Lo anterior da la idea de que el ciudadano promedio se encuentra más familiarizado con la existencia de la CEDHJ y no así de la CAMEJAL en el estado de Jalisco.

5.2 Vías jurisdiccionales

5.2.1 Proceso de Amparo

El proceso de amparo puede iniciarse a instancia de parte ante los tribunales del Poder Judicial de la Federación, de conformidad a lo que establece el artículo 103 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos “los que resolverán toda controversia que se suscite por normas generales, actos u omisiones de la autoridad que violen los derechos humanos reconocidos y las garantías otorgadas para su protección así como por los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte”.

En tanto que el diverso artículo 107 de la Constitución señala que si existieran controversias a las que se refiere el diverso 103, establece:

I. “El juicio de amparo se seguirá siempre a instancia de parte agraviada, teniendo tal carácter quien aduce ser titular de un derecho o de un interés legítimo individual o colectivo, siempre que alegue que el acto reclamado viola los derechos reconocidos por esta Constitución y con ello se afecte su esfera jurídica, ya sea de manera directa o en virtud de su especial situación frente al orden jurídico”.

Mediante este mecanismo se puede hacer valer el derecho de protección a la salud establecido en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

5.2.2 Consideraciones generales de los medios de defensa legal de los derechos de los pacientes

Definitivamente nos falta mucho en materia de medios de defensa legal de los derechos de los pacientes, los existentes no son del todo accesibles por su propia conformación, aunado a que no existe una verdadera difusión de los mecanismos jurídicos e instancias que se han implementado para que el paciente acceda a los mismos.

Además de la poca disposición del estado para acercar los servicios de orientación, conciliación y queja a los municipios en todo su territorio para que se constituyan en una realidad el ejercicio de los derechos de los pacientes. Qué decir del resto de los medios contenciosos de acceso a la justicia en materia de derechos de los pacientes y/o en acciones legales que en la vía administrativa, civil, laboral o penal se encuentran establecidos en las leyes, de los cuales se hace necesaria su difusión y complementariamente la de los medios de apoyo jurídico gratuito que el estado crea a favor de los ciudadanos para que los pacientes puedan solicitar su exigibilidad.

Respecto de la existencia de instancias en las que hacer valer el derecho de protección a la salud, la simple existencia de las comisiones mencionadas y los tribunales que reciben quejas o demandas para su protección por alguna violación al mismo es un gran paso en la tutela del derecho mencionado.

Sin embargo ya se ha hecho referencia a que la accesibilidad a dichos mecanismos no es el mejor para toda la población, que se hace necesario la difusión de su existencia y mejor aún de los procedimientos para llevar a cabo la instauración de una queja o inconformidad cuando el paciente considere vulnerado su derecho a la protección de su salud. además de la situación geográfica que impide la inmediatez de la reclamación o inconformidad por parte de quienes consideran vulnerados sus derechos.

En esa materia nos llevan mucho otros países por poner un ejemplo en España existe la figura del “defensor del paciente”, que está concebido como: *“el órgano de la Administración sanitaria encargado de gestionar las quejas, reclamaciones y sugerencias,*

en lo relativo a derechos y obligaciones de los pacientes, en concordancia con la Constitución artículos 43 y 51. El acceso y uso de esta vía del Defensor del Paciente se configura como independiente del derecho del interesado a otras vías de recurso” (Seijas, 2006:73).

Cabe mencionar que esta figura no existe en todo España solo en algunos ordenamientos autonómicos (por citarlos Madrid, Canarias, Rioja, Extremadura), en el resto existen unas oficinas que se denominan Servicio de Atención al Usuario, en las que se recogen las reclamaciones, las quejas, las solicitudes, las sugerencias y agradecimientos.

Los Servicios de Atención al Usuario existen desde el año 1984 con el nombre de Servicios de Atención al Paciente cuando “el INSALUD pone en marcha el plan de humanización, fijando el desarrollo de una serie de programas a ejecutar, entre los que figuran la creación de los servicios de atención al paciente” (Cárceles, 2005: 295), posteriormente se cambia el nombre a Servicio de Atención al Usuario ya que también se atiende a usuarios de la Sanidad que no necesariamente estén ingresados o dependientes de un tratamiento.

“Los Servicios de Atención al Usuario se configuran como los encargados de facilitar, dentro del sistema sanitario, discurrir por los hospitales y centros de atención primaria a los pacientes, familiares y usuarios” (Cárceles, 2005:296).

De conformidad a la entrevista realizada el 30 de octubre de 2012 al entonces supervisor del Servicio de Atención al Usuario del Hospital de Cabueñes en la ciudad de Guijón, España Constantino Melendez González, señaló que se atiende a cualquier ciudadano que necesite alguna gestión en relación a su salud y no necesariamente a que tenga en el momento necesidad de atención médica.

Estos organismos se encuentran en la propia instancia prestadora de los servicios sanitarios y de conformidad con Melendez “la recurrencia en las quejas o reclamaciones presentadas son en su mayoría por: a) Listas de espera para consultas, exámenes diagnósticos, cirugías, etc., b) Documentación clínica, etc.”

Entre otras funciones también tienen la de atender las solicitudes que realizan los juzgadores cuando existen demandas judiciales y se requieren los documentos como la historia clínica o solicitudes de otras instituciones a que estén obligados.

Dependencia que sería el similar de la CONAMED Y LA CAMEJAL, pero con acceso inmediato en las instancias de atención de salud, es decir en donde se recibe el servicio, se cuenta con instancias inmediatas de acceso a orientación en materia de derechos y en su caso de queja por los servicios, situación a la que deberíamos aspirar en nuestro país.

Asimismo existen las vías jurisdiccionales a favor de los pacientes en las materias civil o penal para hacer valer derechos derivados de este tipo de relaciones con el personal médico.

6 Marco contextual

6.1 Regionalización Administrativa del Estado de Jalisco

En el estado de Jalisco desde el año de 1998 para promover el progreso de la entidad se ha realizado una división territorial denominada “**regionalización administrativa**”, congregándose los 125 municipios del Estado en 12 regiones, cada una asumiendo a un municipio sede, que hace la función de “capital” de la región por su ubicación geográfica e importancia (GOBIERNO DE JALISCO, 2014a: sección regiones párr. 1).

Lo anterior a fin de atender eficazmente las necesidades de la población jalisciense y propiciar el desarrollo de las mismas.

Una de las doce regiones es la región 04 denominada **CIENEGA** que se compone por trece municipios que son: Atotonilco el Alto, Ayotlán, Chapala, Degollado, Jamay, Jocotepec, **La Barca**, Ocotlán, Poncitlán, Tizapan el Alto, Tototlán, Tuxcueca y Zapotlán, del Rey., cuya capital de la región es el municipio de La Barca.

Mientras que también existe la región 12 denominada **CENTRO** que se compone por los municipios de Acatlán de Juárez, Cuquío, El Salto, Guadalajara, Ixtlahuacán de los Membrillos, Ixtlahuacán del Río, Juanacatlán, San Cristobal de la Barranca, San Pedro Tlaquepaque, Tlajomulco de Zuñiga, Tonalá, Villa Corona, **Zapopan** y Zapotlanejo, cuya capital de la región es el municipio de Guadalajara (Gobierno de Jalisco, 2014a: sección regiones párr. 4).

Regiones que pueden visualizarse en el siguiente mapa:

Ilustración 1. Mapa de regiones administrativas de Jalisco



Fuente: Wikimedia Commons¹²

Para la realización de la presente investigación se tomó en consideración el municipio de La Barca y el municipio de Zapopan, por lo que a continuación se hace una referencia a cada uno de estos municipios en sus características sociales y geográficas.

6.2 Municipio de La Barca

Es un municipio que representa (como ya se dijo líneas antes) la capital de la región Ciénega.

¹² Véase en la dirección URL: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Regiones_de_Jalisco.svg

6.2.1 Descripción Geográfica

El municipio de La Barca se localiza al oriente del estado de Jalisco, “cuenta con alturas que van de los 1 mil 530 metros a 2 mil 200 metros sobre el nivel del mar; la cabecera municipal se localiza a una altura media de 1 mil 530 metros. El municipio tiene una superficie de 379.48 km²; limita al norte con Ocotlán, Atotonilco el Alto y Ayotlán; al sur con el estado de Michoacán; al este con Ayotlán y al oeste con Jamay y Ocotlán. Según el Censo de Población y Vivienda de 2010 contaba con 87 localidades siendo las principales:

- La Barca (cabecera municipal),
- Portezuelo, San Antonio de Rivas,
- Villa de García Márquez (El Tarengo Nuevo) y
- Zalamea”. (Consejo Estatal de Población [COEPO], 2014a)

6.2.2 Aspectos Sociodemográficos

La población del municipio de La Barca según el Censo de Población y Vivienda 2010 era de 64 mil 269 personas; 48.1 por ciento hombres (30,920) y 51.9 (33,349) por ciento mujeres, los habitantes del municipio representaban el 12.8 por ciento del total regional (Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco [IIEG], 2014a: cuadernillos/LaBarca, 11).

6.2.3 Economía

Por lo que ve a su economía el municipio de La Barca se dedica a diversas actividades de entre ellas destaca el rubro agrícola que comprende 37,943 has, la superficie de riego 14,212 has; superficie de temporal y humedad con 17,339 has; bosques con 60 has y pecuaria con 1,851 has. De los cultivos locales, destacan: sorgo, maíz, trigo, garbanzo y agave. Asimismo se cría ganado bovino de carne y leche, porcino, caprino, aves de carne y postura y colmenas. Los ramos de la industria que se desarrollan en este municipio son la manufacturera y en proporción mínima, la explotación de canteras., existe algo de minería y pesca.

En cuanto a la actividad comercial se desarrolla a través de establecimientos dedicados a la compra-venta de artículos de primera necesidad y los comercios mixtos que venden artículos diversos.

Por lo que ve a servicios en el municipio se ofrecen de índole financieros, profesionales, técnicos, comunales, sociales, personales, turísticos y de mantenimiento. (Gobierno de Jalisco, 2014b: municipios La Barca párr. 38-44).

Ilustración 2. Mapa del municipio de La Barca, Jalisco



Fuente: Gobierno de Jalisco¹³

¹³ Véase en la dirección URL <http://www.jalisco.gob.mx/es/jalisco/municipios/la-barca>

6.3 Municipio de Zapopan

Forma parte como ya se ha dejado asentado de la región administrativa de Jalisco número 12 y es el segundo municipio más poblado en el estado.

6.3.1 Descripción Geográfica

El Municipio de Zapopan se localiza al centro del estado de Jalisco, “cuenta con alturas que van de los 1 mil 500 metros a 2 mil 200 metros sobre el nivel del mar; la cabecera municipal se localiza a una altura media de 1 mil 548 metros. El municipio tiene una superficie de 893.15 km²; limita al norte con los municipios de Tequila y San Cristóbal de la Barranca; al sur con los de Tlajomulco y Tlaquepaque; al oriente con los de Guadalajara e Ixtlahuacán del Río y al poniente con Tala, Arenal, Amatitán y Tequila.

Según el Censo de Población y Vivienda de 2010 contaba con 234 localidades siendo las principales:

- **Zapopan (cabecera municipal),**
- Tesistán (San Francisco Tesistán),
- La Venta del Astillero,
- Fraccionamiento Campestre Las Palomas y
- Nextipac” (COEPO, 2014b)

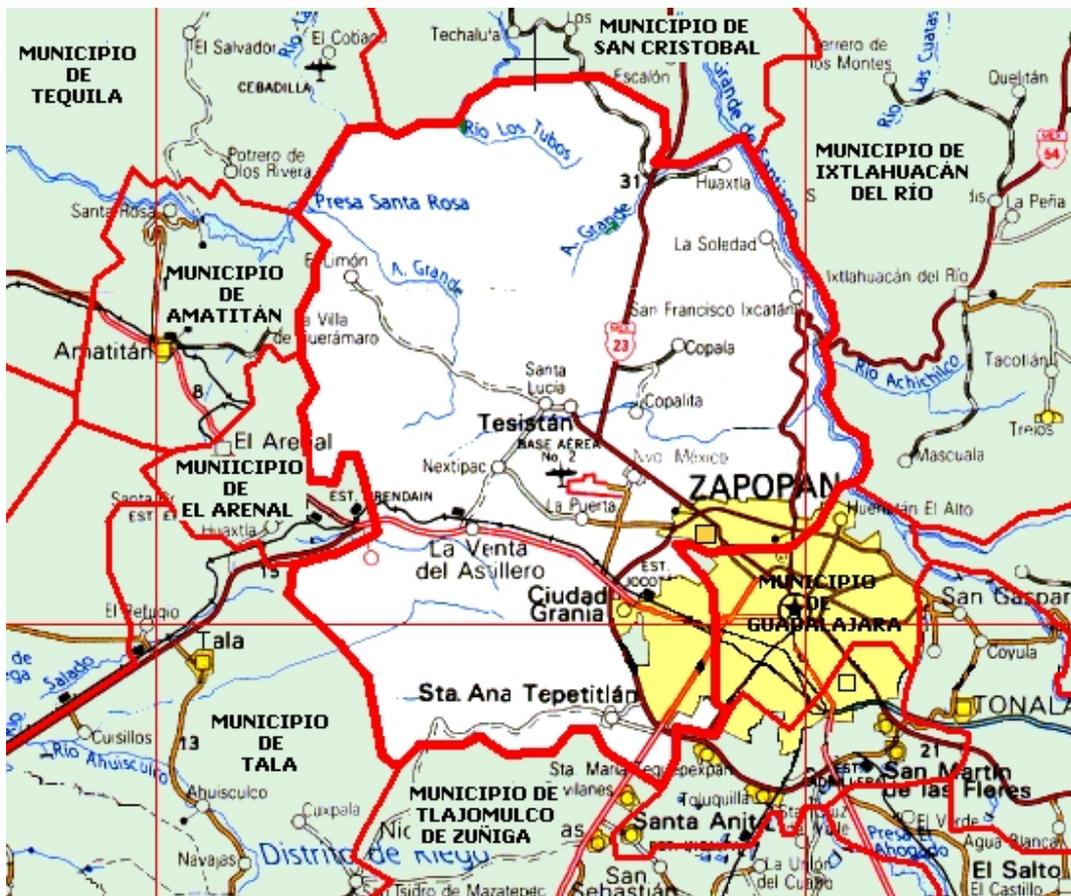
6.3.2 Aspectos sociodemográficos

El municipio de Zapopan pertenece a la Región Centro, su población en 2010 según el Censo de Población era de 1 millón 243 mil 756 personas; 48.9 por ciento hombres (607,907) y 51.1 por ciento mujeres (635,849), los habitantes del municipio representaban el 27.2 por ciento del total estatal. Comparando este monto poblacional con el del año 2000, se obtiene que la población municipal aumentó considerablemente en un 24.2 por ciento en diez años. (IEEG, 2014b: cuadernillos/Zapopan, 11).

6.3.3 Economía

Dentro de los principales sectores económicos del municipio destaca la Agricultura sembrando maíz, sorgo, calabacita, jitomate, garbanzo, aguacate, mango y ciruela. En ganadería se cría bovino de carne y leche, porcino, ovino, caprino, aves de carne y postura y colmenas. Se desarrolla una gran actividad industrial, encontrándose en el municipio empresas importantes. En cuanto a las actividades comerciales, el municipio cuenta con importantes centros comerciales. Respecto del rubro de servicios se prestan los financieros, profesionales, técnicos, administrativos, comunales, sociales, personales, turísticos y de mantenimiento. . (Gobierno de Jalisco, 2014c: municipios Zapopan).

Ilustración 3. Mapa del municipio de Zapopan, Jalisco



Fuente: Gobierno del estado de Jalisco¹⁴

¹⁴ Véase en la dirección URL <http://www.jalisco.gob.mx/jalisco/municipios/zapopan>

Como se puede advertir en este mapa, existe alrededor del municipio de Zapopan, el resto de los municipios que conforman la Zona Metropolitana de Guadalajara.

Tabla 2 Comparativo en Extensión territorial y población de los municipios de La Barca y Zapopan

Municipio	Extensión Territorial	Población
La Barca	379.48 Km2	64,269 : 48.1% Hombres 51.9% Mujeres
Zapopan	893.15 Km2	1'243,756: 48.9% Hombres 51.1% Mujeres

Fuente: Elaboración Propia con base en los datos de COEPO (2014)

De la tabla anterior se puede apreciar la gran diferencia en el número de población en cada municipio, así como su extensión territorial.

6.4 Regiones Sanitarias en Jalisco

En México como se ha mencionado líneas antes (supra), existen tanto el Sistema Nacional de Salud, y conforme al acuerdo de coordinación con la federación, el estado de Jalisco cuenta con el Sistema Estatal de Salud conformado por entidades públicas y personas físicas y morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud. Es la Secretaría de Salud, la encargada de conducir el Sistema de Salud en el Estado.

Puntualmente es a raíz del acuerdo de coadyuvancia y la creación del Organismo Público Descentralizado “Servicios de Salud Jalisco” quien se encarga de ofertar y coordinar los servicios de salud en materia de salubridad general en el estado.

Con la implementación de servicios con base en regionalización, los servicios de salud pública, se ofertan a través de Hospitales de primer y segundo nivel, tanto regionales como metropolitanos, además de centros de salud que ofertan sus servicios en el territorio del Estado de Jalisco.

El estado para otorgar sus servicios se ha compuesto por 13 divisiones geográficas denominadas “*regiones sanitarias*”, correspondiendo 4 de ellas a la Zona Metropolitana de Guadalajara y 9 para el interior del estado, de la siguiente forma:

Tabla 3 Composición de la Regiones Sanitarias de Jalisco

Regiones Sanitarias
I Norte Colotlán
II Altos Norte Lagos De Moreno
III Altos Sur Tepatlán
IV Ciénega La Barca
V Sureste Tamazula
VI Sur Cd. Guzmán
VII Costa Sur Autlán
VIII Costa Norte Puerto Vallarta
IX Ameca
X Centro Zapopán
XI Centro Tonalá
XII Centro Tlaquepaque
XIII Centro Guadalajara

Fuente: Secretaría de Salud Jalisco (2014).

6.5 Hospital Regional de la Barca (Regional)

En el presente estudio se eligió un Hospital Regional situado en La Barca, Jalisco que corresponde a la Región sanitaria número IV denominada Zona Ciénega, este municipio según el Censo de Población y Vivienda de 2010 se encuentra conformada por 87 localidades, siendo las principales La Barca (cabecera municipal), Portezuelo, San Antonio de Rivas, Villa de García Márquez (el Tarengo Nuevo) y Zalamea (COEPO, 2014a) a los que otorga servicios de salud pública, incluso por su situación geográfica proporciona también servicios a pobladores del Estado de Michoacán.

El Hospital Regional de La Barca fue inaugurado el 2 de agosto de 1962, tiene como Misión: “Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población usuaria, realizando las atenciones de salud que le competen con oportunidad, eficiencia, seguridad, calidad y calidez; y con respeto a los principios culturales, morales y religiosos de los pacientes. Buscando en todo momento la satisfacción del usuario y su bienestar”.

La Visión del hospital es la de: “Ser un hospital público con una organización clínica de excelencia, con infraestructura y procesos técnico-administrativos modernos y seguros que contribuyan a una mejora continua en la calidad de la atención; integrando modelos de gestión, organización y prestación de los servicios de salud, que respondan a las prácticas, percepciones y representaciones que cada individuo tiene en torno de su salud”.

El Hospital Regional de La Barca es un hospital de segundo nivel cuyo domicilio actual es Venus #34 en el municipio de La Barca, Jalisco, otorga servicios a todas aquellas personas que no cuentan con Seguridad Social como IMSS, ISSSTE o ISSFAM.

6.5.1 Servicios que otorga el hospital

- Atención de urgencias
- Consulta externa

- Hospitalización
- Laboratorio
- Rayos X

6.5.2 Especialidades con que cuenta el hospital

- Cirugía general
- Pediatría
- Medicina Interna
- Ginecología
- Traumatología¹⁵

6.5.3 Infraestructura

Actualmente cuenta con 60 camas, un laboratorio, 3 quirófanos y una farmacia hospitalaria.

6.5.4 Recursos humanos

Su personal lo constituyen 43 médicos, 108 enfermeras y 23 personas con encargo administrativo o de apoyo.

¹⁵ Información proporcionada por la Subdirección Administrativa del Hospital Regional de La Barca.

6.6 Hospital General de Occidente (Metropolitano)

Por otro lado se eligió un hospital metropolitano que tiene su domicilio en avenida Zoquipan 1050, colonia Seattle, código postal 45170, en Zapopan, Jalisco, municipio que pertenece a la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco, otorga servicios a población abierta, es decir todas aquellas personas que no cuentan con seguridad social y los que son derecho-habientes del Seguro Popular, pertenece a la región sanitaria número X denominada Centro – Zapopan, sus servicios se implementaron para atender a personas pertenecientes al estado de Jalisco, sin embargo su cobertura se extiende a estados vecinos como Michoacán, Colima y Zacatecas.

6.6.1 Servicios que otorga el hospital

- Consulta externa,
- Urgencias (adultos, pediátricas y ginecológicas)
- Hospitalización (4 pisos para internar pacientes),
- Terapia Intensiva
- Quirófanos
- Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento
 - Electro - encefalogramas,
- Electrocardiografía,
- Medicina física y rehabilitación,
- Endoscopia gastroenterologica,
- Laboratorio de patología clínica,
- Rayos X,
- Mamografía, y
- Ecosonografía.

6.6.2 Especialidades con que cuenta el hospital

Tiene las especialidades de : anestesiología, cardiología, cirugía pediátrica, cirugía plástica, cirugía general; control prenatal, dermatología, displasias, (endoscopias) endocrinología, gastroenterología, geriatría, ginecología y obstetricia, infectología, medicina interna, neurología, neurocirugía, neumología, nutrición, nefrología, ortopedia, oncopediatria, oncología, oncologinecología, odontología, otorrinolaringología, oftalmología, psicología; psiquiatría, pediatría, reumatología, (rehabilitación), torax y cardiovascular, uroginecología y urología. (Secretaria de Salud Jalisco, 2014: 1-7).

6.6.3 Infraestructura

Camas.- En la actualidad cuenta con 215 censables y 95 no censables, 5 Quirófanos y una Farmacia.¹⁶

6.6.4 Recursos Humanos

Cuenta con 597 médicos y enfermeros (as) distribuidos en los 3 turnos.

¹⁶ Información proporcionada por personal de la administración del Hospital General de Occidente.

7 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

7.1 Objetivo General

Identificar el nivel de apropiación de los derechos de los pacientes entre los usuarios de los servicios de salud de un hospital regional y otro metropolitano dependientes de la Secretaría de Salud del estado de Jalisco.

7.2 Objetivos Particulares

1. Identificar el grado de conocimiento que, sobre sus derechos como pacientes, tienen los usuarios de los servicios de salud que ofrecen en un hospital regional y otro metropolitano dependientes de la Secretaría de Salud del estado de Jalisco y comprobar si existen diferencias entre ellos.

2.- Conocer la percepción de los pacientes que, sobre el cumplimiento de sus derechos, tienen los usuarios de los servicios de salud que ofrecen un Hospital Regional y otro Metropolitano dependientes de la Secretaría de Salud del estado de Jalisco y verificar si existen diferencias entre ellos.

3.- Analizar si existe una correspondencia entre el grado de conocimiento y percepción de cumplimiento de sus derechos, con una respuesta a presentar una queja y con haberla presentado, ante la violación de sus derechos como pacientes de los hospitales regional y metropolitano dependientes de la Secretaría de Salud del Estado de Jalisco.

7.3 Preguntas de Investigación

1.- ¿Conocen sus derechos los pacientes?, ¿este conocimiento es similar en un Hospital Regional y otro Metropolitano dependientes de la Secretaría de Salud del estado de Jalisco?

2.- ¿Es similar la percepción de cumplimiento de sus derechos en un Hospital Regional y otro Metropolitano dependientes de la Secretaría de Salud del estado de Jalisco?

3.- ¿Cuál es la respuesta de los pacientes en un Hospital Regional y otro Metropolitano dependientes de la Secretaría de Salud del estado de Jalisco, ante la vulneración de sus derechos como pacientes?

7.4 Hipótesis

1.- Los pacientes del hospital metropolitano tienen mayor conocimiento de sus derechos que los del hospital regional.

2.- Los pacientes del hospital metropolitano perciben un mayor cumplimiento de sus derechos que los del hospital regional.

3.- Los pacientes de los hospitales metropolitano y regional independientemente de su conocimiento o percepción del cumplimiento de sus derechos, en su mayoría no se quejan o quejarían ante el incumplimiento de éstos.

8 Material y método

El estudio que se presenta para conocer el fenómeno de la apropiación de los derechos de los pacientes en los hospitales Regional de La Barca y Hospital General de Occidente (Metropolitano), corresponde a los estudios de tipo cuantitativos.

El diseño metodológico es para explorar y describir el conocimiento, percepción de cumplimiento de los derechos de los pacientes y de la respuesta ante la violación de los mismos. Lo que se realizó mediante la recolección de datos tipo transversal.

8.1 El instrumento (cuestionario)

Para construir la encuesta que permita medir lo que aquí se pretende, se tomaron como referencia los derechos de los pacientes considerados éstos como derechos fundamentales, derivados del derecho a la protección de la salud que se establece en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Particularmente el documento fundamental que da vida a la encuesta es la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, (aprobada en la República Mexicana en diciembre de 2001), por ser de aplicación general en cualquier instancia de servicios de salud, incluidos los servicios de salud pública que son a los que se refiere este estudio. Además se considero ésta en virtud de que fue elaborada a partir de las diversas declaraciones de derechos de los pacientes que hasta ese momento se habían realizado en el mundo, así como lo dispuesto por la Constitución, los tratados y pactos firmados y ratificados por México; la LGS, los reglamentos que derivan de ésta y las normas oficiales mexicanas.

Asimismo de los estudios revisados en otros países se pudo obtener ejemplos de cuestionarios que se habían elaborado, incluso los realizados en el propio país de México, no obstante se prefirió elaborar un cuestionario nuevo que precisará el derecho consignado de manera literal en la Ley para advertir que tanto el lenguaje utilizado en la normatividad y

en la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes en México son acordes al nivel de comprensión para la población a la que van dirigidas.

8.2 Propósito del Instrumento

El contenido del cuestionario versa sobre el conocimiento de los derechos de los pacientes entre la población de usuarios de los servicios de salud pública de los Hospitales Regional de La Barca y el Hospital General de Occidente (Metropolitano), así como la percepción que el paciente tiene en torno a sí se cumplen los derechos de los cuales es titular, la importancia que dan a conocer sus derechos en relación a su conocimiento y percepción, así como la respuesta en caso de transgresión o incumplimiento de los mismos.

8.3 Contenido del Instrumento

El cuestionario de 35 ítems consta de:

- 1.- Un modulo sobre aspectos sociodemográficos (5 ítems) a fin de conocer las características básicas de la población en estudio.
- 2.- Un modulo central de 27 ítems, que refieren a los ejes que guían la investigación:
 - **Importancia de conocer los derechos de los pacientes** (1 ítem). Punto de vista de los entrevistados en torno a sí consideran importante o no conocer sus derechos como pacientes.
 - **Autoevaluación de conocimiento de los derechos de los pacientes** (1 ítem). Estimación del entrevistado en torno a su conocimiento de los derechos de los pacientes.
 - **Conocimiento de los derechos de los Pacientes** (10 ítems). Establecidos en la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes en México.
 - **Criterio sobre la importancia de los derechos de los pacientes en particular** (1 ítem). Los encuestados establecen los 3 derechos que consideran más importantes respecto de los 10 que contiene la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.

- **Percepción del cumplimiento de los derechos de los pacientes** (10 ítems).
Percepción sobre el cumplimiento a sus derechos por parte de los pacientes en la institución hospitalaria a la que asisten.
- **Respuesta ante la violación de los derechos de los pacientes** (1 ítem).
¿Qué harían ante el supuesto de presentarse una transgresión a sus derechos como pacientes?.
- **Quejas interpuestas** (3 ítems). Los que han interpuesto alguna queja por la violación a sus derechos, el motivo, ante que instancia, y si hubo o no respuesta a la misma.

3.- Preguntas relacionadas a la institución hospitalaria a la que acuden, servicio en el que se atienden y la frecuencia de asistencia a ésta (3 ítems).

8.4 Escala de Medición

Se estableció una escala de medición en la que se presentan un conjunto de ítems en los que se asignó una etiqueta a fin de que los respondientes puedan elegir adecuadamente:

Para el factor de conocimiento:

1	2	3	4
Nada	Poco	Regular	Mucho

Para el factor de percepción de cumplimiento de sus derechos:

1	2	3	4
Nunca	Rara Vez	Algunas veces	Siempre

8.5 Aplicación del cuestionario

El instrumento fue aplicado previa autorización de los hospitales por sus autoridades y el Comité de Investigación, respectivamente (Anexo 1), del 15 de Mayo al 15 de Julio de 2014. En primer termino en el hospital Regional de la Barca y en un segundo momento en el Hospital General de Occidente (metropolitano).

La aplicación del cuestionario ha de ser realizada en condiciones controladas contando para ello con una agenda de trabajo. Esto es que debe ser realizada de tal forma que no impida las actividades cotidianas del personal de los hospitales muestra y no implique la perdida de la consulta por parte del paciente encuestado.

Las tareas a realizar son, reunión con los aplicadores, distribución de los cuestionarios para su aplicación, identificación en el área del hospital correspondiente, obtención del consentimiento del paciente y aplicación del cuestionario mediante la entrevista, finalmente comprobar si el cuestionario es valido para la investigación.

Al realizar la entrevista personal “cara a cara” se obtuvieron resultados positivos en la respuesta de casi la totalidad de las encuestas, únicamente aquéllas en las que se entrevistó a los pacientes y no respondieron a las preguntas o en su caso les correspondió su turno en la consulta y por ende tener incompleta la información, se desecharon dichos cuestionarios, en los que se advertía la simple falta de una respuesta.

Proteccion de datos personales. Los cuestionarios son de carácter anónimo con la finalidad de proteger los datos de carácter personal de conformidad con las leyes vigentes en la materia (Ley Federal de Protección de Datos Personales en Propiedad de Particulares y Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental) de tal forma que el cuestionario no contiene datos de identificación como: Nombre, domicilio, número de teléfono, etc.

El promedio de duración de la recogida de la información es de 15 a 20 minutos.

8.6 Capacitación a encuestadores

Al tomar en cuenta a Martín (2004), quien señala que en los casos de aplicación de escalas mediante la encuesta se requiere entrenar al encuestador, por ello se realizó la capacitación a los encuestadores se realizó en dos sesiones de 3 horas cada una, en primer término para explicarles el alcance de la investigación y en un segundo momento para describirles el instrumento y los elementos que podrían generar dudas en el entrevistado, como la escala o los conceptos que conforme la redacción del derecho podrían causar conflicto.

8.7 Perfil del Encuestador

Se busco un perfil que pudiera conocer cuestiones relacionadas con el derecho y la salud, que les pareciera interesante el resultado de la encuesta, que no fueran tímidos, para lograr una correcta explicación de las preguntas y la escala de respuesta lo mejor posible.

Se cuidó además que fueran de ambos géneros para que los encuestados no desconfiaran si solo fuera el caso de hombres o que se pretendiera alguna tendencia al aplicarla solo mujeres.

Encuestadores

Se contó con 6 estudiantes de la carrera de derecho, una licenciada en psicología y otra licenciada en negocios internacionales, así como la titular de la investigación.

8.8 La Muestra

El marco muestral en el que se desarrolla la investigación, corresponde a población abierta, como se ha insistido esto implica que los pacientes de los hospitales materia de éste estudio no son derechohabientes de las instituciones de “Seguridad Social”. Sin embargo pueden adherirse al Seguro Popular.

La población que formó parte del universo de estudio está conformada por personas mayores de 18 años de edad que acuden al servicio de consulta externa de los hospitales Regional de La Barca (Regional) y al Hospital General de Occidente (Metropolitano).

Se optó por encuestar a los pacientes que acuden a este tipo de servicio en virtud de que es en dicha instancia en la que coinciden pacientes:

- A) Que acuden a consulta externa para el diagnóstico, tratamiento y control de su enfermedad
- B) Que acuden a consulta externa para el seguimiento, tratamiento y control de su padecimiento en los casos en que:
 - 1. Fueron intervenidos quirúrgicamente u hospitalizados, ó
 - 2. Asistieron a urgencias y se les da seguimiento.

La confiabilidad estadística se determinó en: 95 %

El grado de error estadístico es de: 0,05%^[1]

Tipo de muestreo: Aleatorio Sistemático.

Exclusiones

- 1. Personas menores de edad.
- 2. Personas que por su enfermedad le impedía la comprensión de la encuesta o le imposibilitaba a responderla.
- 3.- Personas que no otorgaban su consentimiento.

8.8.1 Tamaño de la muestra

Para la determinación del tamaño de muestra se tomó en cuenta el dato de los pacientes que habían acudido a servicio de consulta externa en el año (2013) inmediato anterior a la aplicación de la encuesta.

En el Hospital Regional de La Barca (regional) se proporcionó el dato de que en el año 2013 se realizaron 1,581 consultas externas, en tanto que en el Hospital General de

Occidente (metropolitano) el número registrado de consultas en el mismo año fue de 137,551.¹⁷

El tamaño total de la muestra fue de 806 personas encuestadas de los cuales 420 fueron del hospital Metropolitano y 386 del Hospital Regional con representatividad para ambos hospitales.

Para calcular el tamaño de la muestra se aplicó la siguiente fórmula (Sánchez, 1971) y (Hernández y Rodríguez,2000: 189-205):

$$n = \frac{K^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{N \cdot E^2 + K^2 \cdot P \cdot Q}$$

K = Intervalo de confianza.

N = Población diana.

P = Proporción que presenta la característica.

Q = Proporción que no presenta la característica.

E = Margen de error con el que se trabaja (precisión).

Se propone un intervalo de confianza del 95 % (K = 1,96) para la población diana esperada en el estudio, (N = 1.581 en el Hospital Regional) y (N = 137.551 en el Hospital Metropolitano). Como no se conoce la proporción de la característica a estudiar en la población diana, conocimiento y percepción de sus derechos, se utiliza la proporción menos favorable (P = 0,50). Como Q es igual a uno menos P, (Q = 0,50). Se decide que la precisión utilizada sea del 5 % (E = 0,05) en ambos hospitales.

¹⁷ Información proporcionada por la Sub-Dirección de Administración del Hospital Regional de La Barca y el responsable del área de consulta externa del Hospital General de Occidente, respectivamente.

Con estos datos, aplicando la fórmula citada, el tamaño de las muestras calculadas son 309 para el Hospital Regional y 383 para el Hospital Metropolitano.

Se añade un 10 %, en prevención de posibles fallos de algunos participantes.

El número de participantes es representativo de los pacientes que acudieron a las consultas externas. La muestra resultante se compone en total de 764 pacientes encuestados, (después de haber eliminado los cuestionarios que no se completaron de forma adecuada) de los cuales 367 pertenecen al Hospital Regional y 397 al Hospital Metropolitano. Ahora bien, estas muestras resultan representativas de ambas poblaciones diana, porque los participantes fueron elegidos mediante muestreo aleatorio sistemático, de entre toda la población diana asistente a las consultas. Como los posibles participantes asisten diariamente de manera circunstancial a los hospitales, podemos elegir aleatoriamente los días de las semanas, estudiando a las personas uno sí y uno no que asistan ese día, hasta completar el total de la muestra calculada.

8.9 Validación del Instrumento

8.9.1 Fiabilidad

La fiabilidad del cuestionario proporciona información acerca de la calidad y la seguridad del mismo mediante la medición de las dimensiones latentes que pudieran existir entre todas las variables. Para calcular la fiabilidad del cuestionario se midió la consistencia interna de cada ítem, así como del conjunto total del cuestionario. Para ello utilizamos el coeficiente de fiabilidad α (Alfa de Cronbach). Su análisis se realizó empleando el “Reliability Analysis” del programa SPSS, cuyos resultados observamos a continuación.

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DE LA ESCALA
(DERECHOS DE LOS PACIENTES)

Tabla 4. Análisis de la Confiabilidad de la Escala

	Significado de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la Escala si se elimina el ítem		Correlación total del ítem Correcto	Alpha si se elimina el ítem
P5	67,6092	182,7058		,1066	,9197
P6	69,2171	173,1512		,4106	,9166
P7	68,1859	164,1325		,6825	,9111
P8	68,0773	164,3541		,7313	,9103
P9	68,2510	162,5578		,7216	,9102
P10	68,3731	161,9543		,6866	,9109
P11	68,4383	162,8688		,6328	,9122
P12	68,2157	162,0390		,7172	,9102
P13	68,6174	163,1849		,5851	,9136
P14	68,0176	164,7347		,7183	,9106
P15	68,0678	164,7726		,6677	,9115
P16	68,5495	164,5549		,5527	,9143
P18	69,7381	173,4490		,3148	,9194
P19	67,9851	172,9712		,4821	,9153
P20	67,9322	172,2617		,5239	,9146
P21	68,4288	167,5904		,5330	,9144
P22	68,2537	167,5048		,5120	,9150

P23	68,1493	168,5157		,5094	,9149
P24	67,8440	171,6835		,5486	,9142
P25	67,7992	173,6362		,5100	,9150
P26	67,7896	173,3456		,5892	,9136
P27	67,7083	175,0819		,5021	,9154

En el resultado estadístico de los 22 ítems se observa que el valor del coeficiente alfa es superior a 0,91 en su totalidad. En el siguiente bloque, se hace el análisis de la varianza y coeficiente de fiabilidad, se observa que el coeficiente Alfa de Cronbach del cuestionario completo es de 0,9175. Todos ellos son considerados como valores psicométricos altamente satisfactorios tal y como lo señalan Oviedo y Campo (2005: 572) y Martín (2004:28).

ANÁLISIS DE LA CONFIABILIDAD DE LA ESCALA

(DERECHOS DE LOS PACIENTES)

Análisis de Varianza

Origen de la Varianza	Suma de cuadrados	DF	Significacia de los Cuadrados	Probabilidad de Q
Entre las población	6163,0978	805	8,3738	
Dentro de la Población	14386,7727	15477	,9296	
Entre mediciones	3709,6155	21	176,6484	3990,7295 ,0000
Residual	10677,1573	15456	,6908	
Total	20549,8705	16213	1,2675	
Significancia total	3,2495			

Coeficientes de Confiabilidad	
Número de casos = 764,0	Número de ítems = 22
Alpha = ,9175	

Además, todas las correlaciones de cada ítem con el resto de la escala fueron superiores a 0.30.

Tabla 5. Correlación de los ítems con la escala de conocimiento de los pacientes

Descriptivos de la escala de conocimiento de los derechos del paciente

Escala	Muestra total (n=764)			Hospital					
				Metropolitano (n=397)			Regional (n=367)		
	Media	Sd	Correlación con la escala	Media	Sd	Correlación con la escala	Media	Sd	Correlación con la escala
p7 ¿Qué tanto conoce usted el derecho a recibir atención medica adecuada?	3.30	1.085	0.724	3.45	1.042	0.715	3.14	1.110	0.746
p8 ¿Qué tanto conoce usted el derecho a recibir trato digno y respetuoso?	3.41	1.014	0.778	3.54	0.960	0.732	3.26	1.052	0.835
recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz?	3.23	1.114	0.770	3.31	1.121	0.719	3.15	1.101	0.826
p10 ¿Qué tanto conoce usted el derecho a decidir libremente sobre su atención médica?	3.11	1.196	0.745	3.09	1.267	0.699	3.13	1.115	0.807
p11 ¿Qué tanto conoce usted el derecho a otorgar o no su consentimiento validamente informado en la tención médica recibida?	3.04	1.229	0.698	3.04	1.307	0.645	3.04	1.140	0.769
p12 ¿Qué tanto conoce usted el dercho a ser tratado con confidencialidad?	3.26	1.146	0.766	3.30	1.186	0.743	3.23	1.102	0.793
contar con facilidades para tener una segunda opinion médica?	2.86	1.303	0.614	2.76	1.387	0.563	2.96	1.199	0.692
p14 ¿Qué tanto conoce usted el derecho a recibir atención médica en caso de urgencia?	3.45	1.017	0.759	3.52	1.016	0.726	3.38	1.014	0.796
p15 ¿Qué tanto conoce usted el derecho a contar con su expediente clínico?	3.41	1.078	0.734	3.44	1.098	0.718	3.38	1.057	0.753
atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida?	2.94	1.273	0.598	2.78	1.376	0.542	3.11	1.128	0.706

Tabla 6. Correlación de los ítems con la escala de percepción sobre el cumplimiento de los derechos de los pacientes

Descriptivos de la escala de percepción sobre el cumplimiento de sus derechos como paciente

Escala	Hospital								
	Muestra total (n=764)			Metropolitano (n=397)			Regional (n=367)		
	Media	Sd	Correlación con la escala	Media	Sd	Correlación con la escala	Media	Sd	Correlación con la escala
p18 ¿Desde su experiencia con qué frecuencia el personal del hospital le informa sobre sus derechos?	1.74	1.135	0.327	1.67	1.085	0.288	1.83	1.183	0.376
p19 ¿Desde su experiencia con qué frecuencia ha recibido adecuada atención médica ?	3.50	0.826	0.613	3.65	0.653	0.531	3.35	0.957	0.667
frecuencia ha recibido trato digno y respetuoso en el Hospital?	3.54	0.828	0.675	3.64	0.702	0.585	3.44	0.936	0.732
p21 ¿Desde su experiencia con qué frecuencia ha recibido información suficiente, clara, oportuna y veraz ?	3.05	1.117	0.622	3.18	1.015	0.573	2.91	1.203	0.654
p22 ¿Desde su experiencia con qué frecuencia se le ha permitido decidir libremente sobre su atención en salud ?	3.23	1.165	0.623	3.32	1.100	0.567	3.12	1.224	0.664
p23 ¿Desde su experiencia con qué frecuencia se le ha permitido otorgar o no su consentimiento validamente informado en la atención médica recibida?	3.32	1.113	0.597	3.38	1.089	0.544	3.24	1.135	0.642
p24 ¿Desde su experiencia con qué frecuencia ha sido tratado con confidencialidad?	3.63	0.840	0.621	3.69	0.783	0.532	3.56	0.894	0.687
p25 ¿Desde su experiencia con qué frecuencia ha tenido las facilidades para obtener una segunda opinión en torno a su problema de salud?	2.76	1.401	0.444	2.61	1.444	0.423	2.92	1.336	0.509
p26 ¿Desde su experiencia el Hospital otorga atención médica en caso de urgencia?	3.69	0.748	0.492	3.79	0.624	0.454	3.57	0.849	0.511
p27 ¿Desde su experiencia el Hospital realiza el expediente clínico?	3.77	0.659	0.540	3.77	0.683	0.496	3.78	0.634	0.599

8.9.2 Estudio Piloto

Para probar el instrumento que se había diseñado (Anexo 2) se realizó un estudio piloto en el mes de noviembre de 2013, aplicando el instrumento a 40 personas 20 por cada hospital, del que se desprendió la decisión de eliminar 4 preguntas:

- ✓ La número 4 ¿Quién responde?, ya que se opto por encuestar sólo a los pacientes y no a sus representantes o acompañantes.

- ✓ Las número 28 y 29. Mismas que al aplicar la encuesta nos percatamos que las personas respondían que no podían evaluar una situación que no les era inherente a ellos mismos, ya que se pretendía saber si el hospital daba respuesta a las inconformidades y si los pacientes se quejan al no respetarse los derechos; y
- ✓ La pregunta 36 en la que abiertamente se les cuestionó qué consideraban debía hacerse para conocer sus derechos, la que se eliminó por ser una pregunta abierta y postergar su aplicación en otro tipo de investigación.

Eliminadas esas preguntas se añadió como pregunta de control la número 17 para cuestionarles sobre la importancia de los derechos sobre los cuales se les acababa de preguntar, a fin de saber si las personas contestaban por inercia o sí realmente atendían a las preguntas sobre el conocimiento de sus derechos como pacientes. Por lo cuál quedó el cuestionario definitivo de 35 preguntas (Anexo 3).

8.10 Validación de Contenido y de Constructo

No está garantizado que un instrumento con una fiabilidad ($\alpha \geq 0,90$) mida también todo lo que se supone que puede medir. Se debe de analizar también la validez del instrumento sobre la pregunta de si este mide lo que realmente se quiere medir. Se consideran otros aspectos de la validez:

8.10.1 Validez de contenido

Criterio cualitativo en base a la pertinencia de las preguntas y los derechos de los pacientes. El contenido del instrumento se basó en la teoría consultada, en las diversas declaraciones e instrumentos internacionales a que se hace mención en el capítulo 3 del presente estudio, así como la normatividad en la materia en nuestro país, que se encuentra resumida en la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, así como en un trabajo de investigación previamente realizado. Fue revisado y avalado por la opinión de dos expertos (Un doctor en Derechos Fundamentales, Director del Instituto de Investigación y Capacitación de la Comisión Estatal de Derechos Humanos en el Estado de Jalisco y del

Maestro en Derecho y Director de la empresa Medical Legal Center), quienes al dar su punto de vista avalaron la medición de los ejes abordados en la construcción de la encuesta (Anexo 4).

8.10.2 Validez de constructo

Se refiere a la comprobación empírico-cuantitativa de la relación entre la medición y el constructo teórico del cuestionario. Para ello se utiliza el análisis factorial exploratorio (AFE), mediante la técnica de los componentes principales (CP). Se han rotado los ejes de estos componentes mediante la técnica VARIMAX, sin indicar un número determinado de factores. El análisis se realizó empleando el “Factor Analysis” del programa SPSS, y cuyos resultados se irán detallando paso a paso.

Se identifican cuatro factores con unos autovalores iniciales (eigenvalue), superior a 1 y que explican el 60,94 % de la varianza y que se explican en el cuadro siguiente donde se observan los 22 componentes, los autovalores iniciales, las sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción y la suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación. En la imagen del gráfico de sedimentación se observa la representación de los componentes rotados.

8.10.2.1 Análisis factorial del cuestionario

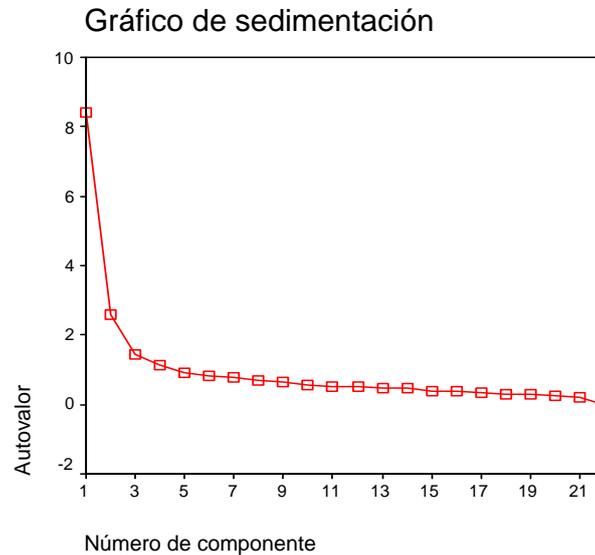
Tabla 7. Análisis factorial del cuestionario

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	8,677	39,442	39,442	8,677	39,442	39,442	5,965	27,112	27,112
2	2,377	10,806	50,249	2,377	10,806	50,249	3,961	18,004	45,115
3	1,309	5,952	56,201	1,309	5,952	56,201	2,391	10,866	55,982
4	1,042	4,735	60,935	1,042	4,735	60,935	1,090	4,954	60,935

5	,912	4,144	65,079					
6	,763	3,467	68,546					
7	,707	3,214	71,760					
8	,633	2,877	74,637					
9	,592	2,691	77,328					
10	,551	2,504	79,832					
11	,534	2,427	82,259					
12	,512	2,329	84,588					
13	,489	2,224	86,812					
14	,448	2,034	88,846					
15	,429	1,949	90,795					
16	,363	1,650	92,445					
17	,353	1,605	94,049					
18	,327	1,486	95,535					
19	,289	1,313	96,848					
20	,265	1,205	98,053					
21	,240	1,091	99,144					
22	,188	,856	100,000					

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Ilustración 4. Gráfico de sedimentación



En la matriz de los componentes rotados que se observan en el siguiente cuadro, se puede ver que el primer factor se asocia a los ítems p6, p7, p8, p9, p10, p11, p12, p13, p14, p15 y p16. Estas preguntas miden el conocimiento sobre los derechos de los pacientes. El segundo factor se asocia a los ítems p18, p19, p20, p21, p22, p24 y 26, todos ellos miden la percepción sobre el cumplimiento de los derechos como pacientes. El tercer factor solo se asocia a dos ítems, p26 y p27 y el cuarto factor solo se asocia al ítem p5 que se refiere a la importancia que los pacientes otorgan sobre el conocimiento de sus derechos como tales.

Matriz de los componentes rotados(a)

Tabla 8. Matriz de los componentes rotados

	Componente			
	1	2	3	4
P5	,081	,137	-,114	,820
P6	,511	,194	-,120	-,248
P7	,746	,136	,221	,225
P8	,789	,142	,239	,247

P9	,787	,179	,165	,135
P10	,771	,181	,105	-,056
P11	,750	,166	,015	-,023
P12	,784	,189	,145	-,059
P13	,640	,265	-,006	-,220
P14	,748	,139	,311	,152
P15	,748	,095	,243	,089
P16	,655	,190	-,025	-,150
P18	,202	,485	-,140	-,319
P19	,092	,681	,281	,252
P20	,111	,716	,323	,122
P21	,220	,706	,121	-,023
P22	,197	,709	,108	-,045
P23	,216	,682	,098	,034
P24	,212	,576	,404	,067
P25	,125	,648	,224	-,054
P26	,176	,248	,896	-,043
P27	,217	,424	,488	-,025

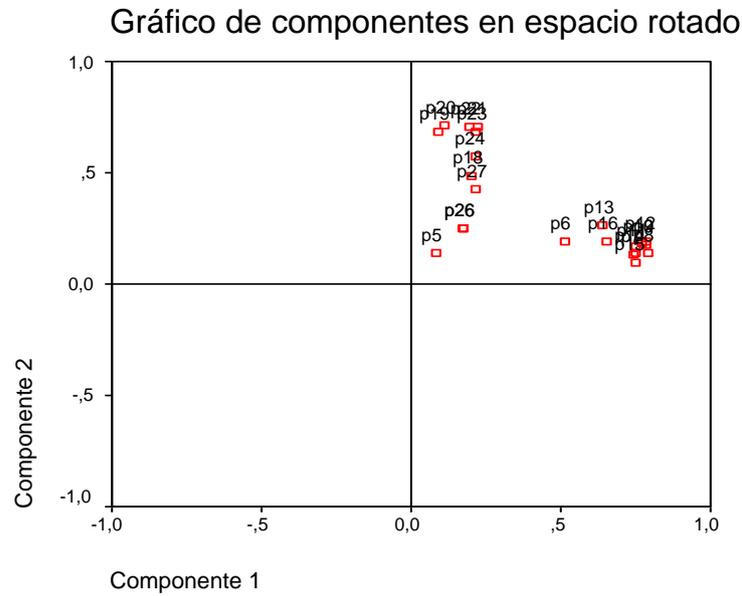
Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

En el gráfico de componentes rotados (Rotación Varimax), se observa claramente como a la derecha se agrupan todos los ítems del Factor 1 y a la izquierda y más arriba los del Factor 2. Se observan los ítems p26 y 27 y p5, de los Factores 3 y 4 quedan separados abajo y a la izquierda.

Ilustración 5. Gráfico de componentes en espacio rotado



Obviamente los factores 3 (2 ítems) y 4 (1 ítem), con tres ítems en total no se tuvieron en cuenta para la realización del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) al ser muy inestables. Los resultados del AFC con el Criterio de dos Factores y Extracción de Máxima Verosimilitud, presentan unos resultados similares a los anteriores, explicando el 50 % del total de la varianza de los dos Factores.

Tabla 9. Varianza total explicada

Varianza total explicada									
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	8,422	38,280	38,280	8,422	38,280	38,280	6,133	27,877	27,877
2	2,592	11,783	50,062	2,592	11,783	50,062	4,881	22,186	50,062
3	1,437	6,530	56,593						
4	1,125	5,114	61,706						
5	,905	4,112	65,819						
6	,826	3,753	69,571						
7	,765	3,479	73,050						
8	,684	3,110	76,160						
9	,630	2,861	79,022						
10	,547	2,486	81,508						
11	,529	2,405	83,913						
12	,494	2,245	86,158						
13	,461	2,097	88,255						
14	,453	2,059	90,314						
15	,384	1,748	92,062						
16	,373	1,697	93,759						
17	,335	1,523	95,282						
18	,316	1,436	96,718						
19	,280	1,272	97,991						
20	,257	1,166	99,157						
21	,186	,843	100,000						
22	-5,75E-16	-2,62E-15	100,000						

Método de extracción: Análisis de Máxima Verosimilitud.

Los tres ítems, p5, p26 y p27 se agrupan con el Factor 2, según observamos en la Matriz de Componentes Rotados del Análisis Factorial Confirmatorio.

Matriz de componentes rotados(a)

Tabla 10. Matriz de componentes rotados

	Componente	
	1	2
P5	,085	,097
P6	,515	,066
P7	,743	,258
P8	,786	,276
P9	,786	,252
P10	,771	,205
P11	,752	,142
P12	,783	,236

P13	,643	,194
P14	,743	,310
P15	,744	,229
P16	,658	,127
P18	,210	,281
P19	,094	,729
P20	,114	,773
P21	,225	,634
P22	,203	,627
P23	,222	,605
P24	,211	,707
P26	,161	,733
P27	,212	,630

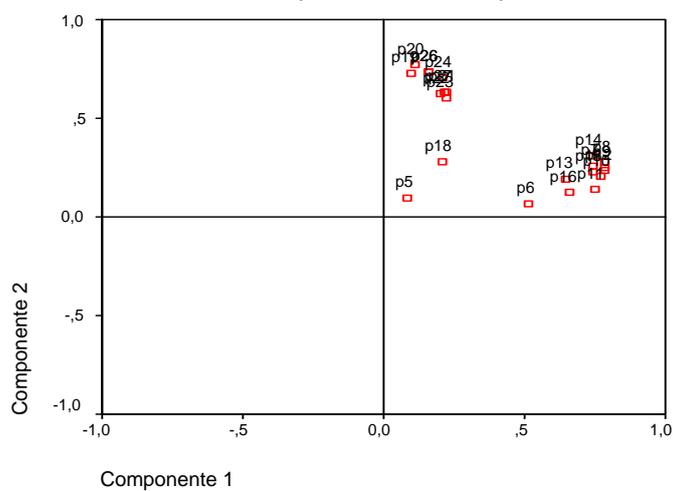
Método de extracción: Análisis de Máxima Verosimilitud.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Ilustración 6. Gráfico de componentes en espacio rotado

Gráfico de componentes en espacio rotado



Análisis y procesamiento de la información

El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS-v21 y consistió en el análisis de frecuencias, correlación de pearson, Anova de un factor y Chi Cuadrada de pearson.

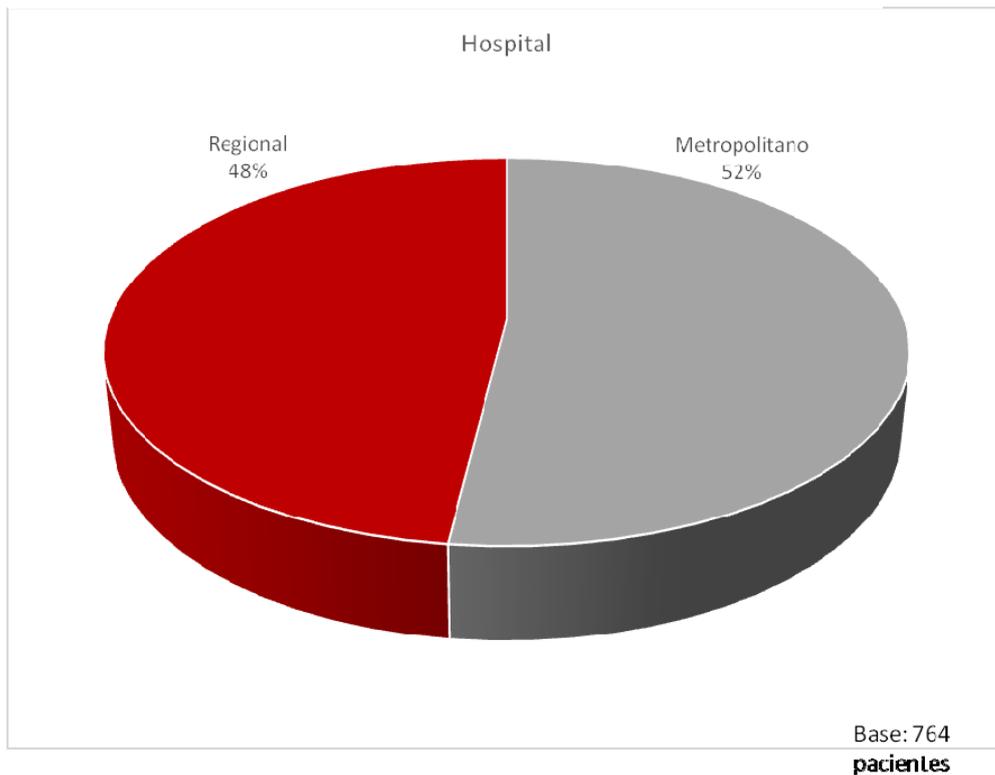
9 Resultados

A continuación se presentan los resultados de la fase empírica de la investigación acorde a los factores de conocimiento de los derechos de los pacientes, percepción de cumplimiento de los derechos y la respuesta ante la vulneración de los mismos.

9.1 Descripción de la muestra

La muestra se compone en total de 764 pacientes encuestados, de los cuales 367 pertenecen al Hospital Regional y 397 al Hospital Metropolitano.

Ilustración 7 Distribución de la muestra por Hospital



Fuente: Elaboración Propia

La muestra en función del sexo de los encuestados esta compuesta de la siguiente forma:

Tabla 11. Distribución de la población muestra por sexo

Sexo	Casos	Porcentaje
Femenino	590	77,2%
Masculino	174	22,8%

No existe diferencia significativa en relación al sexo de un hospital y otro ya que en su mayoría la muestra está compuesta por mujeres.

La edad de los encuestados oscila entre los 18 y los 88 años de edad, con una media de 44,93 y una desviación típica de 16,412 siendo un amplio rango de edad entre los participantes.

Tabla 12. Distribución de la población muestra por edad

N	764
Mínimo	18
Máximo	88
Rango	70
Media	44,93
Desv. Típica	16,412

En cuanto a escolaridad la mayoría de los encuestados cuenta con estudios de primaria con el 39.3% y a nivel secundaria el 33.1%, solo el 3.8% cuenta con estudios profesionales.

Tabla 13. Distribución de la población muestra por nivel de escolaridad

Escolaridad	Número de casos	Porcentaje
Sin estudio	69	9,0
Primaria	300	39,3
Secundaria	253	33,1
Preparatoria	79	10,3
Carrera Técnica	34	4,5
Profesional	29	3,8
Total	764	100,0

En este rubro cabe mencionar que la constante tanto en el hospital Regional como en el Metropolitano es la formación solo a nivel primaria y secundaria.

Respecto al estado civil de los encuestados el más alto porcentaje se encuentra que son casados con un 63% en tanto que le siguen los solteros con el 15.8% y en unión libre 11.5%. Al igual que en el nivel de escolaridad, no hubo diferencias en la composición de la muestra de un hospital y otro en función del estado civil.

Tabla 14. Distribución de la población muestra en función del Estado civil

Estado Civil	Número de Casos	Porcentaje
Soltero	124	16,2
Casado	479	62,7
Divorciado	13	1,7
Unión Libre	87	11,4
Viudo	54	7,1
Otro	7	0,9
Total	764	100,0

Respecto al Ingreso de los encuestados, se advierte que el más alto porcentaje (51%) se encuentra entre los que ganan de 500 a 3000 pesos tanto en el hospital regional como en el hospital metropolitano, y le siguen en porcentaje (37%) los que perciben un ingreso familiar mensual de 3001 a 6000 pesos. Tanto los del hospital regional como los del hospital metropolitano muestran similitudes en cuanto al ingreso familiar mensual que perciben.

Tabla 15. Distribución de la población muestra por Ingreso Familiar Mensual

Ingreso Familiar Mensual	Número de casos	Porcentaje
Menos de 500	23	3,0
500 – 3000	390	51,0
3001 – 6000	282	36,9
6001 – 8000	41	5,4
8001 – 11000	20	2,6
11001 o más	8	1,0
Total	764	100,0

Respecto al servicio al que acuden la mayoría tanto en el hospital regional como en el metropolitano lo hacen a medicina interna y a ginecología.

Tabla 16. Distribución de la población muestra por servicio al que acude

Servicio al que acudió	Número	Porcentaje
Endocrinología	57	7,5
Reumatología	24	3,1
Hematología	16	2,1
Cardiovascular / Angiología	34	4,5
Cirugía Gral.	82	10,7
Oncología	19	2,5
Traumatología	95	12,4
Medicina Interna	204	26,7
Gineco Obstetricia	140	18,3
Urología	14	1,8
Otros	79	10,3
Total	764	100,0

9.2 Análisis de resultados en función de los objetivos planteados

A continuación para verificar el objetivo general y si se han comprobado o no las hipótesis se irán revisando en particular el logro de los objetivos particulares:

9.2.1 Objetivo particular 1

El primer objetivo particular señala: “**Identificar el grado de conocimiento que, sobre sus derechos como pacientes, tienen los usuarios de los servicios de salud que ofrecen un hospital Regional y un hospital Metropolitano dependientes de la Secretaría de Salud del estado de Jalisco y comprobar si existen diferencias entre ellos**”.

Para ello se exponen las medias de la muestra general en la primer parte del instrumento, es decir de las preguntas 7 a la 16 que pretenden medir el grado de conocimiento en la siguiente tabla:

Tabla 17. Media de Conocimiento por hospital

Estadísticas de grupo					
Hospital		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Conocimiento de los derechos del paciente	Metropolitano	397	32.2343	8.75901	.43960
	Regional	367	31.7711	9.01589	.47063

No existe estadísticamente diferencia significativa en el grado de conocimiento entre los pacientes del hospital metropolitano y el regional ($t = 0.720$, $p > 0.10$).

En apariencia los pacientes del hospital metropolitano tienen mayor conocimiento de sus derechos que los del hospital regional, sin embargo al aplicar las pruebas estadísticas no muestra diferencias entre ellos.

9.2.1.1 Relación entre las preguntas 5 y 6 y el factor conocimiento por hospitales

En el siguiente apartado se exponen las relaciones que tienen las preguntas 5 y 6 que pretenden dar razón de la importancia que se le da al conocimiento de los derechos y una autoevaluación del conocimiento que se tienen de los derechos de los pacientes, respectivamente. Antes de relacionar éstos con el factor conocimiento se procede a hacer una prueba *t* por hospitales para observar si hay diferencias.

Tabla 18. Prueba t respecto de las preguntas 5 y 6 por hospital

		Estadísticas de grupo			
Hospital		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
p5 ¿Desde su punto de vista qué tan importante es conocer sus derechos como paciente?	Metropolitano	397	3.93	.359	.018
	Regional	367	3.82	.542	.028
p6 ¿En que medida conoce usted sus derechos como paciente?	Metropolitano	397	2.25	.916	.046
	Regional	367	2.28	.976	.051

Del resultado se advierte que la diferencia es significativa para la pregunta 5 ($t = 3.252, p < 0.001$). Sin embargo, no se observan diferencias significativas en la pregunta 6 ($t = -0.497, p > 0.10$).

Se puede decir entonces que entre conocimiento, la pregunta cinco y la pregunta seis solamente hubo diferencias entre hospitales metropolitano y regional, respecto de la pregunta 5, por lo tanto solamente ésta relación entre conocimiento se presenta por hospital. En tanto que para la pregunta 6 y su relación con conocimiento se presenta en lo general de toda la muestra.

9.2.1.2 Relación entre las preguntas 6 y el factor conocimiento de la muestra en lo general

Se presenta la tabla de correlaciones entres estos:

Tabla 19. Correlación de Pearson entre pregunta 6 y conocimiento de los derechos

Correlaciones			
		p6 ¿En que medida conoce usted sus derechos como paciente?	Conocimiento de los derechos del paciente
p6 ¿En que medida conoce usted sus derechos como paciente?	Correlación de Pearson	1	.438**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	764	764
Conocimiento de los derechos del paciente	Correlación de Pearson	.438**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	764	764

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

La correlación es significativa entre la pregunta 6 ¿En qué medida conoce usted sus derechos como paciente? y el conocimiento de los derechos declarados en ambos hospitales, por lo que se puede decir que las personas que dicen conocer sus derechos (autoevaluación) los conocen.

9.2.1.2.1 Correlación entre preguntas 5 y el factor conocimiento en el hospital Metropolitano

Ahora se presentan la prueba de correlación de Pearson entre el factor conocimiento para la pregunta 5 en el hospital Metropolitano:

Tabla 20. Correlación de Pearson entre pregunta 5 y conocimiento en el hospital metropolitano

Correlaciones^a

		p5 ¿ Desde su punto de vista qué tan importante es conocer sus derechos como paciente?	Conocimiento de los derechos del paciente
p5 ¿ Desde su punto de vista qué tan importante es conocer sus derechos como paciente?	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 397	.133** .008 397
Conocimiento de los derechos del paciente	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.133** .008 397	1 397

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

a. Hospital = Metropolitano

Se observa que la correlación entre la pregunta 5 y el factor conocimiento es significativa en el hospital metropolitano, por lo que hay una correlación real en dicho hospital, aunque es baja ($r = 0.16$) pero significativa, por lo que se puede decir con reservas que en el hospital metropolitano a medida que consideran importante conocer sus derechos los conocen.

9.2.1.2.2 Correlación entre preguntas 5 y el factor conocimiento en el hospital Regional

Ahora se hace la prueba de correlación de Pearson entre el factor conocimiento y la pregunta 5 en el hospital Regional:

Tabla 21. Correlación de Pearson entre pregunta 5 y conocimiento en el hospital regional

Correlaciones^a

		p5 ¿ Desde su punto de vista qué tan importante es conocer sus derechos como paciente?	Conocimiento de los derechos del paciente
p5 ¿ Desde su punto de vista qué tan importante es conocer sus derechos como paciente?	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 367	.054 .299 367
Conocimiento de los derechos del paciente	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.054 .299 367	1 367

a. Hospital = Regional

En el hospital regional no hay correlación significativa COMO SE ADVERTE DE la tabla 21.

9.2.2 Objetivo particular 2

El objetivo particular 2 indica: **“Conocer la percepción de los pacientes que, sobre el cumplimiento de sus derechos, tienen los usuarios de los servicios de salud que ofrecen en un hospital regional y otro metropolitano dependientes de la Secretaría de Salud del estado de Jalisco y verificar si existen diferencias entre ellos”**.

Para verificar si se cumple el objetivo anterior se procede a mostrar las medias de percepción y una prueba *t* por hospitales.

Tabla 22. Percepción de cumplimiento de los derechos de los pacientes por hospitales

Estadísticas de grupo					
Hospital		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Percepción sobre el cumplimiento de sus derechos como paciente	Metropolitano	397	32.7103	5.67283	.28471
	Regional	367	31.7166	7.15032	.37324

La diferencia es significativa ($t = 2.117, p < 0.05$). Los pacientes del hospital metropolitano tienen una mejor percepción sobre el cumplimiento de sus derechos como pacientes en la institución hospitalaria a la que acuden que los pacientes del hospital regional.

9.2.2.1 Relación entre las preguntas 5 y 6 y el factor percepción por hospitales

En el siguiente apartado se exponen las relaciones que tienen las preguntas 5 y 6 que pretenden dar razón de la importancia que se le da al conocimiento de los derechos y una autoevaluación del conocimiento que se tienen de ellos, respectivamente en cuanto a la percepción de cumplimiento de sus derechos. Al encontrar diferencias (ver tabla 22) se presentarán las correlaciones entre ésta y pregunta 5 y 6 por tipo de hospital.

9.2.2.1.1 Correlación entre preguntas 5, y 6 con el factor percepción de cumplimiento de los derechos de los pacientes en el hospital Metropolitano

Tabla 23. Correlación de Pearson entre pregunta 5 y 6 con percepción de cumplimiento de sus derechos en el hospital metropolitano

Correlaciones^a

		Percepción sobre el cumplimiento de sus derechos como paciente	p5 ¿ Desde su punto de vista qué tan importante es conocer sus derechos como paciente?	p6 ¿En que medida conoce usted sus derechos como paciente?
Percepción sobre el cumplimiento de sus derechos como paciente	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 397	.128* .011 397	.201** .000 397
p5 ¿ Desde su punto de vista qué tan importante es conocer sus derechos como paciente?	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.128* .011 397	1 397	-.002 .968 397
p6 ¿En que medida conoce usted sus derechos como paciente?	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.201** .000 397	-.002 .968 397	1 397

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

a. Hospital = Metropolitano

En el hospital metropolitano existe una relación entre los que perciben mayor cumplimiento de sus derechos con los que le dan mayor importancia a conocerlos (p5), así como también se autoevalúan mejor en conocimiento (p6), aún cuando la relación es baja.

9.2.2.1.2 Correlación entre preguntas 5, y 6 con el factor percepción de cumplimiento de los derechos de los pacientes en el hospital regional

Tabla 24. Correlación de Pearson entre pregunta 5 y 6 y percepción de cumplimiento de sus derechos en el hospital regional

Correlaciones^a

		Percepción sobre el cumplimiento de sus derechos como paciente	p5 ¿ Desde su punto de vista qué tan importante es conocer sus derechos como paciente?	p6 ¿En que medida conoce usted sus derechos como paciente?
Percepción sobre el cumplimiento de sus derechos como paciente	Correlación de Pearson	1	.074	.333**
	Sig. (bilateral)		.159	.000
	N	367	367	367
p5 ¿ Desde su punto de vista qué tan importante es conocer sus derechos como paciente?	Correlación de Pearson	.074	1	-.003
	Sig. (bilateral)	.159		.954
	N	367	367	367
p6 ¿En que medida conoce usted sus derechos como paciente?	Correlación de Pearson	.333**	-.003	1
	Sig. (bilateral)	.000	.954	
	N	367	367	367

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

a. Hospital = Regional

En el hospital regional no se observa correlación con la pregunta 5 (importancia de conocer sus derechos) y la percepción del cumplimiento de sus derechos. En tanto que el factor percepción sí correlaciona con la pregunta 6 (¿en qué medida conoce usted sus derechos?) en éste hospital. Por lo que el fenómeno es congruente en metropolitano y regional. Es decir, se relaciona la pregunta entre quien dice conocer sus derechos y quién percibe un mayor cumplimiento de ellos en el hospital regional.

9.2.2.2 Análisis de las variables sociodemográficas y los factores conocimiento y percepción

Se hicieron pruebas de Anovas para las variables sociodemográficas escolaridad, estado civil e ingreso familiar con el fin de tener más control sobre las variables de estudio y observar si difieren en cuanto a sus medias.

El resultado es que no hubo diferencias que indiquen que la escolaridad o el estado civil de los encuestados se asocien a que conozcan o perciban un mejor cumplimiento de sus derechos como pacientes. Sin embargo en el ingreso familiar mensual sí se observa una tendencia en que, entre mayor ingreso perciben tienen mayor conocimiento de sus derechos.

9.2.2.2.1 Escolaridad

Tabla 25. Anova del conocimiento de los derechos y escolaridad

		ANOVA				
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Conocimiento de los derechos del paciente	Entre grupos	195.278	5	39.056	.494	.781
	Dentro de grupos	59977.616	758	79.126		
	Total	60172.894	763			
Percepción sobre el cumplimiento de sus derechos como paciente	Entre grupos	238.589	5	47.718	1.152	.332
	Dentro de grupos	31405.940	758	41.433		
	Total	31644.529	763			

Factor: Escolaridad

En cuanto al nivel de escolaridad no se presenta diferencias significativas, ni para el factor conocimiento, ni para el factor de percepción de cumplimiento de los derechos de los pacientes.

9.2.2.2.2 Estado civil

Tabla 26. Anova del conocimiento de los derechos y el estado civil

		ANOVA				
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Conocimiento de los derechos del paciente	Entre grupos	322.725	5	64.545	.817	.537
	Dentro de grupos	59850.169	758	78.958		
	Total	60172.894	763			
Percepción sobre el cumplimiento de sus derechos como paciente	Entre grupos	240.645	5	48.129	1.162	.326
	Dentro de grupos	31403.884	758	41.430		
	Total	31644.529	763			

Factor: Estado civil

En lo que respecta al estado civil de las personas, éste no presenta diferencias significativas, ni para el factor conocimiento, ni para el factor de percepción de cumplimiento de los derechos de los pacientes. Además de que la muestra es muy homogénea en este rubro y en su mayoría las personas se encuentran casadas.

9.2.2.2.3 Ingreso familiar mensual

En cuanto al Ingreso familiar mensual, la población muestra es homogénea en cuanto al nivel de ingresos que se perciben tanto en los pacientes encuestados en el hospital regional y en el hospital metropolitano (como ya se dejó establecido líneas atrás). Sin embargo se realiza prueba de Anova para analizar si hay diferencia de conocimiento de sus derechos o de la percepción en el cumplimiento de los mismos; entre los grupos que se categorizaron en función de dicho ingreso.

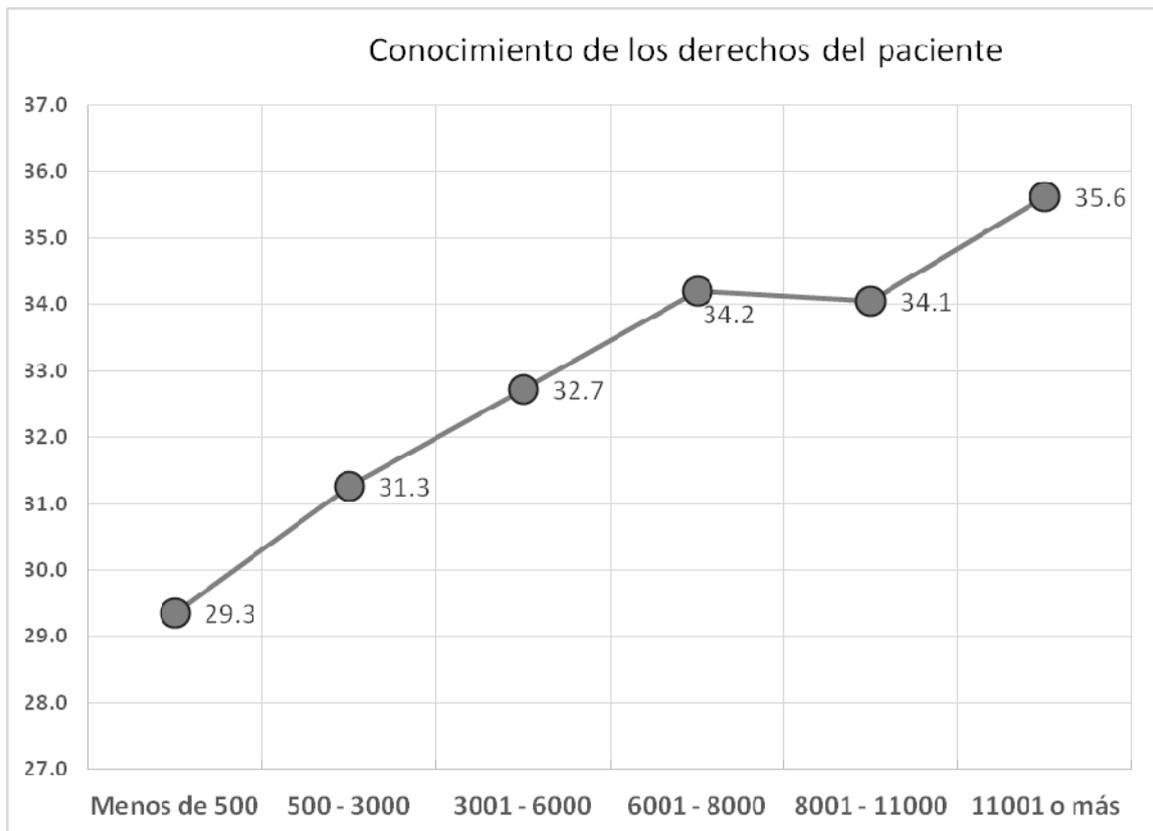
Tabla 27. Anova del conocimiento y percepción de los derechos respecto del ingreso mensual

		ANOVA				
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Conocimiento de los derechos del paciente	Entre grupos	908.809	5	181.762	2.325	.041
	Dentro de grupos	59264.085	758	78.185		
	Total	60172.894	763			
Percepción sobre el cumplimiento de sus derechos como paciente	Entre grupos	386.633	5	77.327	1.875	.096
	Dentro de grupos	31257.896	758	41.237		
	Total	31644.529	763			

Factor: Ingreso

El nivel de conocimiento muestra diferencias significativas dependiendo del ingreso familiar ($F_{5,758} = 2.325$, $p < 0.05$). En la siguiente gráfica se puede observar que a medida que el ingreso familiar aumenta, también hay un aumento en el conocimiento de los derechos como paciente.

Ilustración 8. Conocimiento de los derechos del paciente



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la percepción sobre el cumplimiento de sus derechos como pacientes, ésta no depende del ingreso familiar ($F_{5,752} = 1.971$, $p > 0.10$).

9.2.2.2.4 Grupos de edad

Se hicieron grupos de edad para poder categorizarla y analizar diferencias entre estos grupos. No se encontraron diferencias significativas entre los rangos de edad, ni en conocimiento de los derechos como paciente ($F_{4,759} = 2.356$, $p > 0.05$), ni en la percepción del cumplimiento de sus derechos como pacientes ($F_{4,759} = 1.512$, $p > 0.10$). Ver tablas 28 y 29.

Tabla 28. Conocimiento y percepción de los derechos por grupos de edad

Rango de edad		Conocimiento de los derechos del paciente	Percepción sobre el cumplimiento de sus derechos como paciente
Media	18 a 30	30.6433	31.4503
	31 a 40	32.7664	32.3942
	41 a 50	32.2342	32.3291
	51 a 60	31.2643	31.9143
	61 o más	33.2785	33.1266
	Total	32.0118	32.2330
Desviación estándar	18 a 30	8.83750	6.74943
	31 a 40	8.93462	6.20289
	41 a 50	8.50041	6.89913
	51 a 60	9.62357	6.85039
	61 o más	8.40221	5.30681
	Total	8.88052	6.44002
N	18 a 30	171	171
	31 a 40	137	137
	41 a 50	158	158
	51 a 60	140	140
	61 o más	158	158
	Total	764	764

Tabla 29. Anova del conocimiento y percepción por rangos de edad

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Conocimiento de los derechos del paciente	Entre grupos	737.825	4	184.456	2.356	.052
	Dentro de grupos	59435.069	759	78.307		
	Total	60172.894	763			
Percepción sobre el cumplimiento de sus derechos como paciente	Entre grupos	250.160	4	62.540	1.512	.197
	Dentro de grupos	31394.369	759	41.363		
	Total	31644.529	763			

Factor: Rango de edad

9.2.2.2.5 Número de veces que han acudido al hospital

Se hicieron grupos por el número de veces que acudieron a los hospitales regional o metropolitano para poder categorizarlos y analizar diferencias entre estos grupos.

9.2.2.2.5.1 Factor Conocimiento de los derechos de los pacientes y número de veces que han acudido al hospital

Primero se aplicó la prueba de anova para analizar si existe una diferencia entre grupos por el número de veces que han acudido al hospital y el nivel de conocimiento de sus derechos.

Tabla 30. Prueba de ANOVA conocimiento dependiendo del número de veces que acuden al hospital

ANOVA

Conocimiento de los derechos del paciente

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	876.442	5	175.288	2.237	.049
Dentro de grupos	58838.546	751	78.347		
Total	59714.988	756			

Factor: Veces que solicita atención en el hospital.

Se advierte que existe diferencia significativa en el nivel de conocimiento de los derechos del paciente dependiendo de las veces que las personas han solicitado atención en los hospitales ($F_{5,751} = 2.237$, $p < 0.05$). Por lo anterior se procede a hacer la prueba de Scheffe para hacer las comparaciones múltiples.

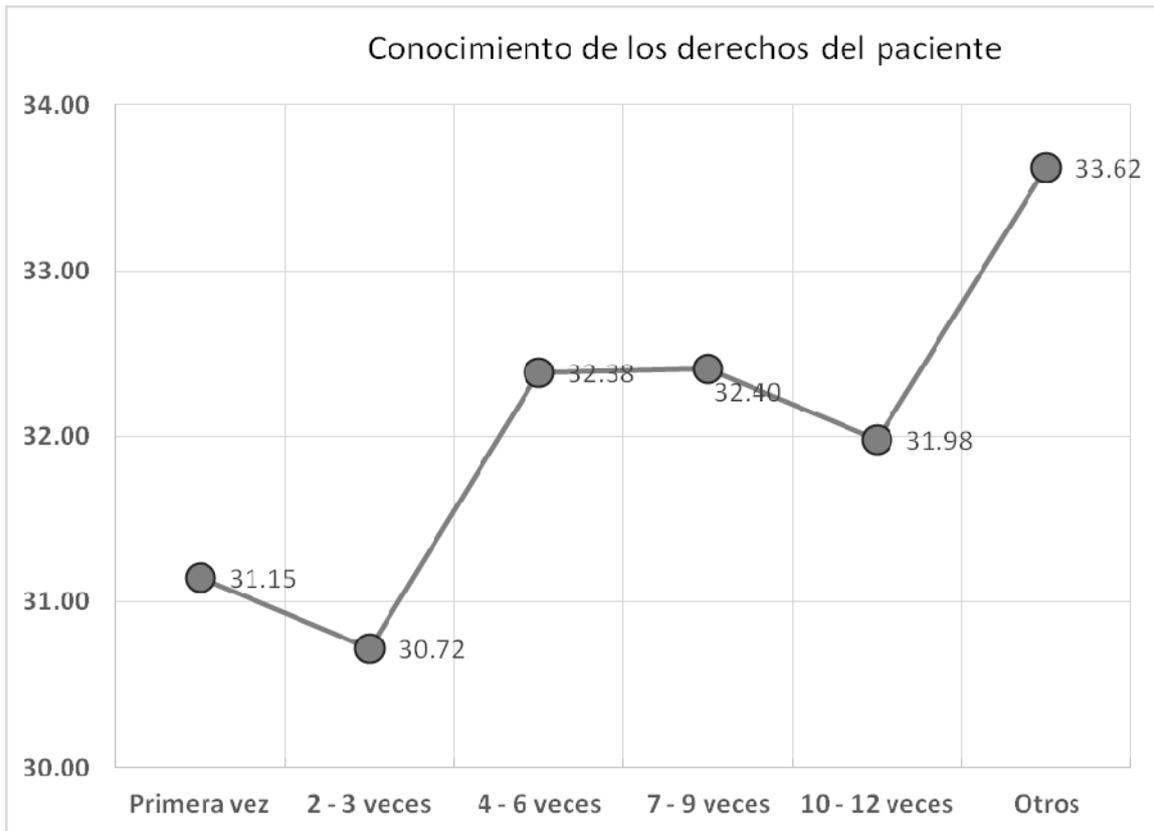
Tabla 31 Comparaciones múltiples entre el número de veces que acuden al hospital y conocimiento de sus derechos como pacientes

Comparaciones múltiples						
Variable dependiente:		Conocimiento de los derechos del paciente				
Scheffe						
(I) p28 ¿Cuántas veces ha venido a solicitar atención a este hospital?		Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
Primera vez	2 - 3 veces	.42630	1.27712	1.000	-3.8344	4.6870
	4 - 6 veces	-1.23558	1.33908	.974	-5.7030	3.2318
	7 - 9 veces	-1.25631	1.67064	.989	-6.8299	4.3173
	10 - 12 veces	-.83246	1.43800	.997	-5.6299	3.9650
	Otros	-2.47441	1.32744	.627	-6.9030	1.9542
2 - 3 veces	Primera vez	-.42630	1.27712	1.000	-4.6870	3.8344
	4 - 6 veces	-1.66188	.92489	.665	-4.7475	1.4237
	7 - 9 veces	-1.68261	1.36137	.910	-6.2244	2.8592
	10 - 12 veces	-1.25876	1.06308	.924	-4.8054	2.2879
	Otros	-2.90071	.90796	.071	-5.9298	.1284
4 - 6 veces	Primera vez	1.23558	1.33908	.974	-3.2318	5.7030
	2 - 3 veces	1.66188	.92489	.665	-1.4237	4.7475
	7 - 9 veces	-.02073	1.41965	1.000	-4.7570	4.7155
	10 - 12 veces	.40312	1.13676	1.000	-3.3893	4.1955
	Otros	-1.23883	.99321	.906	-4.5524	2.0747
7 - 9 veces	Primera vez	1.25631	1.67064	.989	-4.3173	6.8299
	2 - 3 veces	1.68261	1.36137	.910	-2.8592	6.2244
	4 - 6 veces	.02073	1.41965	1.000	-4.7155	4.7570
	10 - 12 veces	.42385	1.51332	1.000	-4.6249	5.4726
	Otros	-1.21811	1.40869	.980	-5.9177	3.4815
10 - 12 veces	Primera vez	.83246	1.43800	.997	-3.9650	5.6299
	2 - 3 veces	1.25876	1.06308	.924	-2.2879	4.8054
	4 - 6 veces	-.40312	1.13676	1.000	-4.1955	3.3893
	7 - 9 veces	-.42385	1.51332	1.000	-5.4726	4.6249
	Otros	-1.64195	1.12303	.830	-5.3886	2.1047
Otros	Primera vez	2.47441	1.32744	.627	-1.9542	6.9030
	2 - 3 veces	2.90071	.90796	.071	-.1284	5.9298
	4 - 6 veces	1.23883	.99321	.906	-2.0747	4.5524
	7 - 9 veces	1.21811	1.40869	.980	-3.4815	5.9177
	10 - 12 veces	1.64195	1.12303	.830	-2.1047	5.3886

Al aplicar la prueba de Scheffe, ya no se advierte una diferencia significativa, aún cuando se presenta una tendencia a que se conozcan más los derechos cuando se acude más

a los hospitales como se observa en la ilustración 9, esto no se refleja en la prueba mencionada ($p= .071$). Los que van más de 12 veces catalogada como “otros” aparentemente presentan un mayor nivel de conocimiento que los que han acudido de 2 a 3 veces, pero no se refleja en la prueba estadística.

Ilustración 9 Conocimiento de los derechos de los pacientes en función del número de veces que acuden al hospital



Fuente: Elaboración Propia

9.2.2.2.5.2 Factor Percepción de cumplimiento de sus derechos como pacientes y número de veces que han acudido al hospital

En cuanto a percepción de cumplimiento de los derechos y el número de veces que las personas acuden a los hospitales se puede advertir que sí existe diferencia significativa como se puede ver en la prueba de anova que se presenta:

Tabla 32 Prueba de Anova para conocer la diferencia entre grupos por el número de veces que acuden al hospital y el factor Percepción de cumplimiento de sus derechos como paciente

ANOVA

Percepción sobre el cumplimiento de sus derechos como paciente

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	679.693	5	135.939	3.382	.005
Dentro de grupos	30187.559	751	40.196		
Total	30867.252	756			

Factor: Veces que solicita atención en el hospital.

Tabla 33 Prueba de Comparaciones múltiples entre grupos por número de veces que acuden al hospital y el factor percepción de cumplimiento de sus derechos.

Comparaciones múltiples

Variable dependiente: Percepción sobre el cumplimiento de sus derechos como paciente
Scheffe

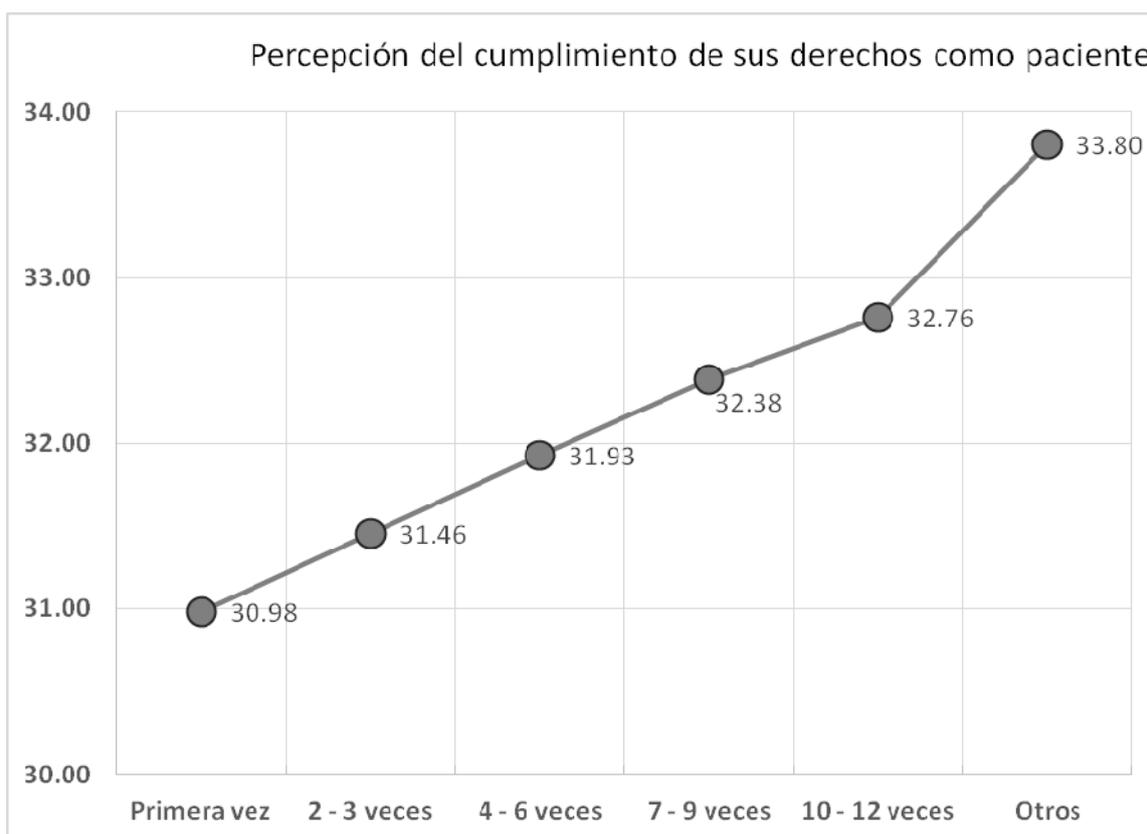
(I) p28 ¿Cuántas veces ha venido a solicitar atención a este hospital?	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza		
				Límite inferior	Límite superior	
Primera vez	2 - 3 veces	-.47215	.91478	.998	-3.5240	2.5797
	4 - 6 veces	-.94496	.95915	.965	-4.1449	2.2549
	7 - 9 veces	-1.40101	1.19665	.927	-5.3933	2.5912
	10 - 12 veces	-1.77639	1.03001	.704	-5.2127	1.6599
	Otros	-2.82127	.95082	.119	-5.9934	.3508
2 - 3 veces	Primera vez	.47215	.91478	.998	-2.5797	3.5240
	4 - 6 veces	-.47282	.66248	.992	-2.6830	1.7373
	7 - 9 veces	-.92886	.97513	.970	-4.1821	2.3243
	10 - 12 veces	-1.30425	.76146	.710	-3.8446	1.2361
	Otros	-2.34913	.65035	.024	-4.5188	-.1794
4 - 6 veces	Primera vez	.94496	.95915	.965	-2.2549	4.1449
	2 - 3 veces	.47282	.66248	.992	-1.7373	2.6830
	7 - 9 veces	-.45604	1.01687	.999	-3.8485	2.9364
	10 - 12 veces	-.83143	.81424	.959	-3.5479	1.8850
	Otros	-1.87631	.71142	.225	-4.2497	.4971
7 - 9 veces	Primera vez	1.40101	1.19665	.927	-2.5912	5.3933
	2 - 3 veces	.92886	.97513	.970	-2.3243	4.1821
	4 - 6 veces	.45604	1.01687	.999	-2.9364	3.8485
	10 - 12 veces	-.37538	1.08396	1.000	-3.9917	3.2409
	Otros	-1.42026	1.00901	.852	-4.7865	1.9460
10 - 12 veces	Primera vez	1.77639	1.03001	.704	-1.6599	5.2127
	2 - 3 veces	1.30425	.76146	.710	-1.2361	3.8446
	4 - 6 veces	.83143	.81424	.959	-1.8850	3.5479
	7 - 9 veces	.37538	1.08396	1.000	-3.2409	3.9917
	Otros	-1.04488	.80440	.890	-3.7285	1.6388
Otros	Primera vez	2.82127	.95082	.119	-.3508	5.9934
	2 - 3 veces	2.34913	.65035	.024	.1794	4.5188
	4 - 6 veces	1.87631	.71142	.225	-.4971	4.2497
	7 - 9 veces	1.42026	1.00901	.852	-1.9460	4.7865
	10 - 12 veces	1.04488	.80440	.890	-1.6388	3.7285

. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

En esta prueba de comparaciones múltiples, podemos advertir que en efecto se muestra diferencia significativa entre las medias (.024), por lo cuál podemos decir que los

pacientes que acuden mayor número de veces a los hospitales (se catalogo como “otros” a aquéllos que han ido más de 12 veces) perciben mayor cumplimiento de sus derechos que los que han acudido menor número de ocasiones (2 a 3), como se advierte en la siguiente ilustración:

Ilustración 10 Percepción de cumplimiento de sus derechos como paciente y número de veces que han acudido al hospital



Fuente: Elaboración Propia

Ahora bien si se revisa la situación por tipo de hospital, se puede constatar que sólo en el hospital metropolitano se alcanza un nivel muy cercano al menor que 0.05, sin embargo y a pesar de advertir ciertas tendencias en el conocimiento y percepción en los hospitales, no se presenta significancia en las comparaciones múltiples con la prueba de Scheffe como se puede advertir de las siguientes pruebas:

9.2.2.2.5.2.1 Factor conocimiento de los derechos de los pacientes en el hospital Metropolitano por número de veces que acuden al hospital

Se realiza la prueba de Anova para conocer si existe diferencia significativa:

Tabla 34 prueba de Anova para conocer si existe diferencia significativa entre grupos atendiendo al número de ocasiones que asisten al hospital y el Factor Conocimiento de sus derechos en el Hospital Metropolitano

ANOVA^a

Conocimiento de los derechos del paciente

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	979.237	5	195.847	2.587	.026
Dentro de grupos	29292.203	387	75.690		
Total	30271.440	392			

a. Hospital = Metropolitano

Factor: Veces que solicita atención en el hospital.

Sí existe diferencia significativa (.026) por lo que a continuación se hace la prueba de comparaciones múltiples Scheffé para verificar lo que ocurre entre los grupos categorizados por el número de veces que acuden al hospital metropolitano.

Tabla 35 Prueba de comparaciones múltiples entre grupos para verificar diferencias significativas por el número de veces que acuden al hospital y el factor conocimiento de los pacientes en el hospital metropolitano

Comparaciones múltiples^a

Variable dependiente: Conocimiento de los derechos del paciente

Scheffe

(I) p28 ¿Cuántas veces ha venido a solicitar atención a este hospital?	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza		
				Límite inferior	Límite superior	
Primera vez	2 - 3 veces	6.02196	3.04798	.564	-4.1724	16.2163
	4 - 6 veces	4.03151	3.08865	.888	-6.2989	14.3619
	7 - 9 veces	2.90681	3.29419	.978	-8.1110	13.9247
	10 - 12 veces	4.16239	3.14096	.881	-6.3430	14.6677
	Otros	2.14264	2.98688	.992	-7.8474	12.1327
2 - 3 veces	Primera vez	-6.02196	3.04798	.564	-16.2163	4.1724
	4 - 6 veces	-1.99045	1.41768	.853	-6.7321	2.7512
	7 - 9 veces	-3.11515	1.82257	.712	-9.2110	2.9807
	10 - 12 veces	-1.85957	1.52830	.915	-6.9712	3.2520
	Otros	-3.87932	1.17964	.057	-7.8248	.0661
4 - 6 veces	Primera vez	-4.03151	3.08865	.888	-14.3619	6.2989
	2 - 3 veces	1.99045	1.41768	.853	-2.7512	6.7321
	7 - 9 veces	-1.12470	1.88980	.996	-7.4454	5.1960
	10 - 12 veces	.13088	1.60788	1.000	-5.2469	5.5087
	Otros	-1.88887	1.28107	.824	-6.1736	2.3958
7 - 9 veces	Primera vez	-2.90681	3.29419	.978	-13.9247	8.1110
	2 - 3 veces	3.11515	1.82257	.712	-2.9807	9.2110
	4 - 6 veces	1.12470	1.88980	.996	-5.1960	7.4454
	10 - 12 veces	1.25558	1.97414	.995	-5.3472	7.8583
	Otros	-.76417	1.71844	.999	-6.5117	4.9834
10 - 12 veces	Primera vez	-4.16239	3.14096	.881	-14.6677	6.3430
	2 - 3 veces	1.85957	1.52830	.915	-3.2520	6.9712
	4 - 6 veces	-.13088	1.60788	1.000	-5.5087	5.2469
	7 - 9 veces	-1.25558	1.97414	.995	-7.8583	5.3472
	Otros	-2.01975	1.40250	.838	-6.7106	2.6711
Otros	Primera vez	-2.14264	2.98688	.992	-12.1327	7.8474
	2 - 3 veces	3.87932	1.17964	.057	-.0661	7.8248
	4 - 6 veces	1.88887	1.28107	.824	-2.3958	6.1736
	7 - 9 veces	.76417	1.71844	.999	-4.9834	6.5117
	10 - 12 veces	2.01975	1.40250	.838	-2.6711	6.7106

a. Hospital = Metropolitano

En la prueba de Anova sí arroja significancia pero no así en la de comparaciones múltiples se queda muy cercano al menor de 0.05, al registrar .057 entre los que acuden más de doce ocasiones al hospital en comparación a los que van de 2 a 3 veces.

9.2.2.5.2.2 Factor conocimiento de los derechos de los pacientes en el hospital Regional por número de veces que acuden al hospital

Tabla 36 Prueba de Anova para analizar si existen diferencias significativas entre los grupos de personas que acuden al hospital Regional y el nivel de conocimiento de sus derechos

ANOVA^a

Conocimiento de los derechos del paciente

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	305.453	5	61.091	.751	.586
Dentro de grupos	29111.086	358	81.316		
Total	29416.538	363			

a. Hospital = Regional

Factor: Veces que solicita atención en el hospital.

En el hospital regional no se encontraron diferencias significativa en el nivel de conocimiento de los derechos del paciente dependiendo de las veces que las personas han solicitado atención en dicho tipo de hospital ($F_{5,358} = 0.751$, $p > 0.05$).

9.2.2.5.2.3 Factor Percepción de cumplimiento de sus derechos como pacientes en el hospital Metropolitano por número de veces que acuden al hospital

Se realizan las pruebas en virtud de haber dado significancia en la prueba por la muestra en lo general como se dejó claro líneas atrás, por lo que se realiza la Anova correspondiente del hospital metropolitano:

Tabla 37 Prueba de Anova para detectar diferencia significativa entre los grupos y el factor percepción de cumplimiento de sus derechos como paciente en función del número de veces que acuden al hospital Metropolitano

ANOVA^a

Percepción sobre el cumplimiento de sus derechos como paciente

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	389.678	5	77.936	2.524	.029
Dentro de grupos	11950.872	387	30.881		
Total	12340.550	392			

a. Hospital = Metropolitano

Factor: Veces que solicita atención en el hospital.

Presenta significancia por ser $p = .029$ menor a 0.05, por ello se procede a realizar la prueba de comparaciones múltiples de Scheffe, en la cual como se puede advertir en la tabla 38 no presenta diferencia significativa ya que el valor aún cuando se encuentra cerca del 0.05, lo rebasa (0.58) es mayor que el valor especificado en este trabajo de investigación.

No obstante se presenta una gráfica (ilustración 11) para evidenciar que hay una tendencia a que entre mayor número de veces se acude (13 o más “otros”) hay mejor percepción de cumplimiento de los derechos que los que acuden de 2 a 3 veces.

Tabla 38 Prueba de comparaciones múltiples entre los grupos por el número de veces que acuden al hospital Metropolitano y el factor percepción de cumplimiento de sus derechos como pacientes

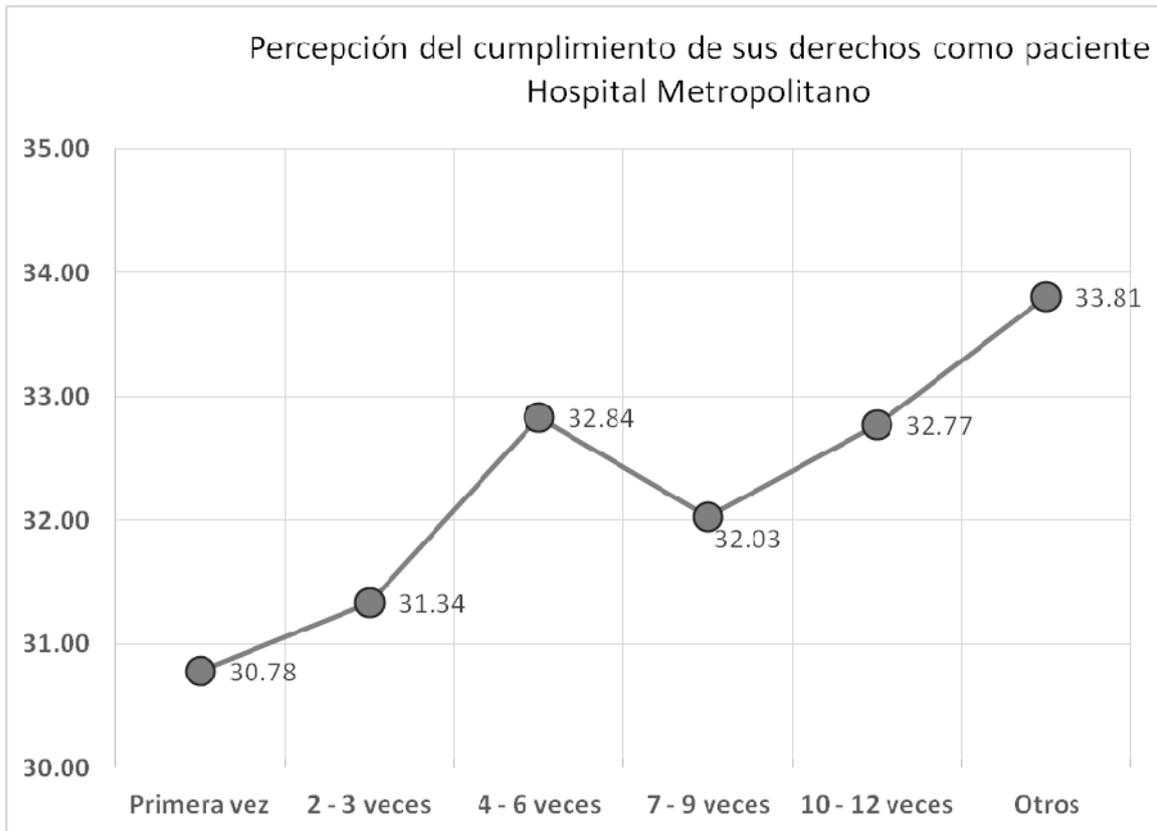
Comparaciones múltiples^a

Variable dependiente: Percepción sobre el cumplimiento de sus derechos como paciente
Scheffe

(I) p28 ¿Cuántas veces ha venido a solicitar atención a este hospital?		Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
Primera vez	2 - 3 veces	-.55943	1.94686	1.000	-7.0710	5.9521
	4 - 6 veces	-2.05804	1.97284	.955	-8.6565	4.5404
	7 - 9 veces	-1.25448	2.10413	.996	-8.2920	5.7830
	10 - 12 veces	-1.99145	2.00626	.964	-8.7016	4.7187
	Otros	-3.03303	1.90784	.772	-9.4141	3.3480
2 - 3 veces	Primera vez	.55943	1.94686	1.000	-5.9521	7.0710
	4 - 6 veces	-1.49861	.90553	.740	-4.5273	1.5301
	7 - 9 veces	-.69505	1.16415	.996	-4.5887	3.1986
	10 - 12 veces	-1.43202	.97619	.827	-4.6970	1.8330
	Otros	-2.47360	.75348	.058	-4.9937	.0465
4 - 6 veces	Primera vez	2.05804	1.97284	.955	-4.5404	8.6565
	2 - 3 veces	1.49861	.90553	.740	-1.5301	4.5273
	7 - 9 veces	.80356	1.20709	.994	-3.2337	4.8408
	10 - 12 veces	.06659	1.02702	1.000	-3.3684	3.5016
	Otros	-.97499	.81827	.922	-3.7118	1.7618
7 - 9 veces	Primera vez	1.25448	2.10413	.996	-5.7830	8.2920
	2 - 3 veces	.69505	1.16415	.996	-3.1986	4.5887
	4 - 6 veces	-.80356	1.20709	.994	-4.8408	3.2337
	10 - 12 veces	-.73697	1.26096	.997	-4.9544	3.4805
	Otros	-1.77855	1.09764	.757	-5.4497	1.8926
10 - 12 veces	Primera vez	1.99145	2.00626	.964	-4.7187	8.7016
	2 - 3 veces	1.43202	.97619	.827	-1.8330	4.6970
	4 - 6 veces	-.06659	1.02702	1.000	-3.5016	3.3684
	7 - 9 veces	.73697	1.26096	.997	-3.4805	4.9544
	Otros	-1.04158	.89583	.929	-4.0378	1.9546
Otros	Primera vez	3.03303	1.90784	.772	-3.3480	9.4141
	2 - 3 veces	2.47360	.75348	.058	-.0465	4.9937
	4 - 6 veces	.97499	.81827	.922	-1.7618	3.7118
	7 - 9 veces	1.77855	1.09764	.757	-1.8926	5.4497
	10 - 12 veces	1.04158	.89583	.929	-1.9546	4.0378

a. Hospital = Metropolitano

Ilustración 11 Percepción de Cumplimiento de los derechos de los pacientes y el número de veces que los pacientes acuden al hospital Metropolitano



Fuente: Elaboración Propia

9.2.2.5.2.4 Factor Percepción de cumplimiento de sus derechos como pacientes en el hospital Regional por número de veces que acuden al hospital

Se realiza prueba de Anova para advertir si hay diferencia significativa entre las medias de los grupos por el número de veces que acuden al hospital regional y la percepción de cumplimiento de sus derechos.

Tabla 39 Prueba de Anova para verificar si existe diferencia significativa entre los grupos por el número de veces que acuden al hospital Regional y la percepción de cumplimiento de sus derechos

ANOVA^a

Percepción sobre el cumplimiento de sus derechos como paciente

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	197.897	5	39.579	.782	.563
Dentro de grupos	18127.078	358	50.634		
Total	18324.975	363			

a. Hospital = Regional

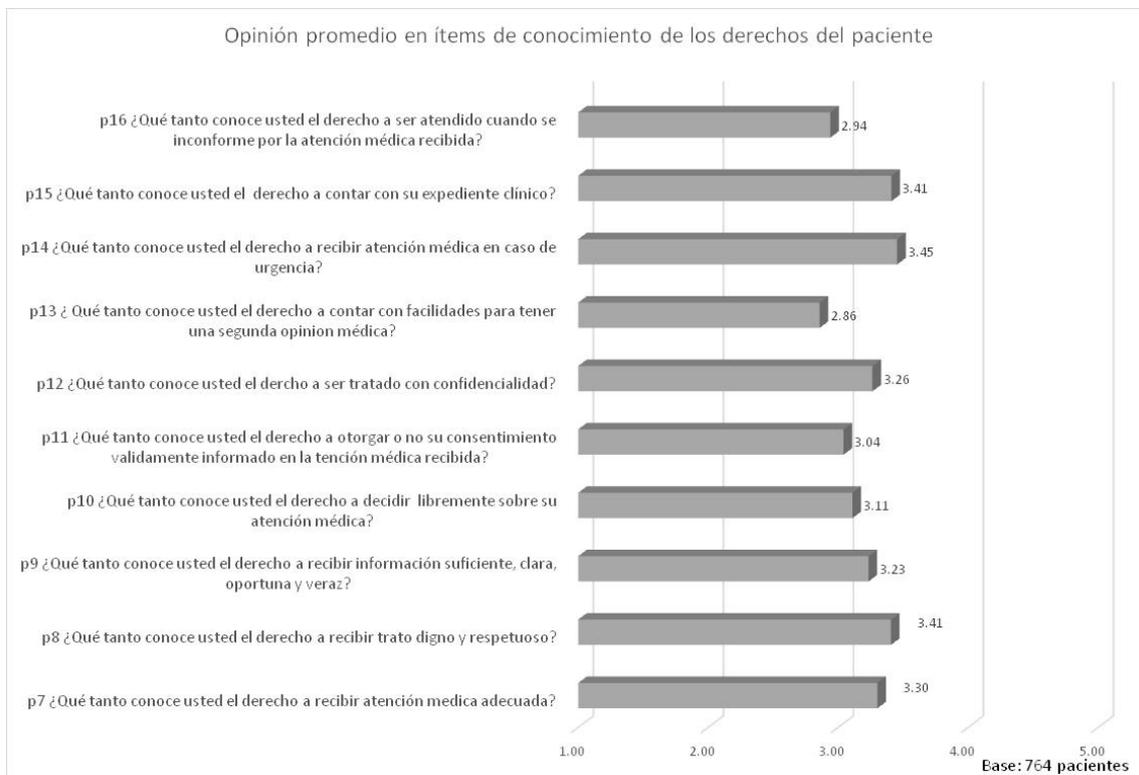
Factor: Veces que solicita atención en el hospital.

En el hospital regional no se encontraron diferencias significativa en el nivel de percepción del cumplimiento de sus derechos como paciente dependiendo de las veces que las personas han solicitado atención en dicho tipo de hospital ($F_{5,358} = 0.563$, $p > 0.05$).

9.2.2.3 Análisis individual de las respuestas a cada uno de los reactivos

A fin de profundizar en los objetivos anteriores y como el instrumento permite un análisis individual de los reactivos, al ser cada reactivo la presentación de un derecho, para saber que tanto se conoce, por una parte y la percepción del cumplimiento de ese derecho por otra, se procede a mostrar dos gráficos que dan cuenta de la opinión de los pacientes respecto a cada una de las preguntas que en conjunto miden el conocimiento y la percepción:

Ilustración 12. Opinión promedio respecto del conocimiento de los derechos de los pacientes



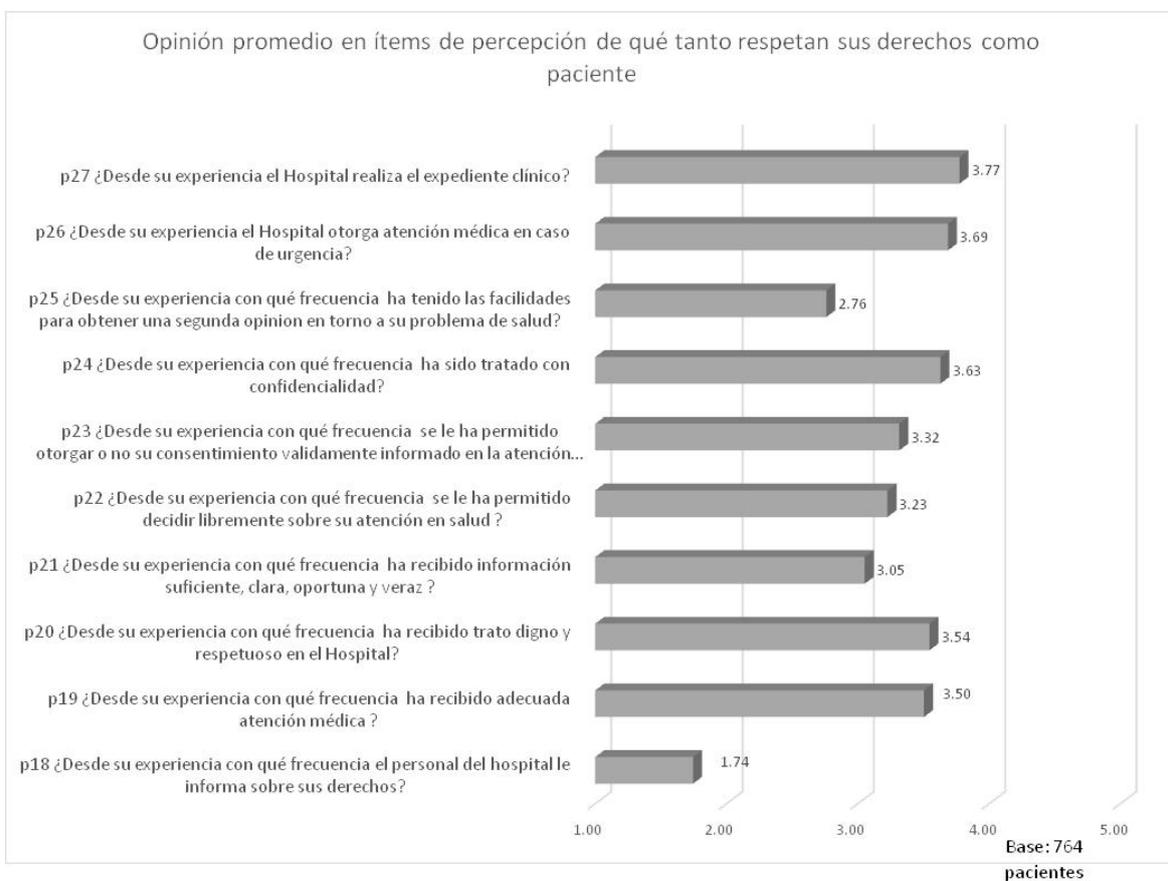
Como se puede observar destaca que los derechos que conocen más al decir de los encuestados son:

1. Derecho a recibir atención médica de urgencia,
2. Derecho a contar con su expediente clínico, y
3. Derecho a recibir trato digno y respetuoso.

En cambio los que menos conocen son los derechos a:

1. Otorgar o no su consentimiento informado,
2. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión médica, y
3. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

Ilustración 13. Opinión promedio de la percepción de los derechos de los pacientes



Como se puede observar destaca que los derechos de los cuales los encuestados señalan se cumplen más son:

1. Derecho a contar con su expediente clínico,
2. Derecho a recibir atención médica de urgencia, y
3. Ser tratado con confidencialidad.

En cambio los que señalan que menos se cumplen son los derechos a:

1. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión médica,
2. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, y
3. Decidir libremente sobre su atención en salud.

Asimismo podemos observar en la ilustración 15 que se expone a continuación la comparación entre medias por hospitales de cada una de las preguntas y ver el comportamiento de las respuestas en el hospital metropolitano y el hospital regional.

Respecto al factor de conocimiento, no se advierten muchas diferencias, pero sí se puede verificar que en el hospital metropolitano se conoce menos y se advierte que se cumple menos también el derecho a contar con facilidades para obtener una segunda opinión médica, respecto al hospital regional, asimismo en el hospital metropolitano se conoce menos el derecho a poder inconformarse por la atención médica recibida,

Mientras que en el factor de percepción de cumplimiento de los derechos de los pacientes, se advierte que en el hospital regional se cumplen menos que en el hospital metropolitano los derechos a Recibir información suficiente, clara oportuna y veraz, a otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a recibir atención médica adecuada, al igual que recibir trato digno y respetuoso.

En general los resultados presentados en cuanto a cumplimiento, el hospital Regional registra valores más bajos de cumplimiento que los del hospital regional.

Ilustración 14. Comparativo de respuestas a cada ítem de los factores conocimiento y percepción de cumplimiento de los derechos de los pacientes entre el hospitall Metropolitano y el hospital Regional

Preguntas	Media	
	Metropolitano	Regional
p5 ¿ Desde su punto de vista qué tan importante es conocer sus derechos como paciente?	3.9	3.8
p6 ¿En que medida conoce usted sus derechos como paciente?	2.2	2.3
p7 ¿Qué tanto conoce usted el derecho a recibir atención medica adecuada?	3.4	3.1
p8 ¿Qué tanto conoce usted el derecho a recibir trato digno y respetuoso?	3.5	3.3
p9 ¿Qué tanto conoce usted el derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz?	3.3	3.1
p10 ¿Qué tanto conoce usted el derecho a decidir libremente sobre su atención médica?	3.1	3.1
p11 ¿Qué tanto conoce usted el derecho a otorgar o no su consentimiento validamente informado en la tención médica recibida?	3.0	3.0
p12 ¿Qué tanto conoce usted el derecho a ser tratado con confidencialidad?	3.3	3.2
p13 ¿ Qué tanto conoce usted el derecho a contar con facilidades para tener una segunda opinion médica?	2.8	3.0
p14 ¿Qué tanto conoce usted el derecho a recibir atención médica en caso de urgencia?	3.5	3.4
p15 ¿Qué tanto conoce usted el derecho a contar con su expediente clínico?	3.4	3.4
p16 ¿Qué tanto conoce usted el derecho a ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida?	2.8	3.1
p18 ¿Desde su experiencia con qué frecuencia el personal del hospital le informa sobre sus derechos?	1.7	1.8
p19 ¿Desde su experiencia con qué frecuencia ha recibido adecuada atención médica ?	3.6	3.3
p20 ¿Desde su experiencia con qué frecuencia ha recibido trato digno y respetuoso en el Hospital?	3.6	3.4
p21¿Desde su experiencia con qué frecuencia ha recibido información clara, oportuna y veraz	3.1	2.9
p22 ¿Desde su experiencia con qué frecuencia se le ha permitido decidir libremente sobre su atención en salud ?	3.3	3.1
p23 ¿Desde su experiencia con qué frecuencia se le ha permitido otorgar o no su consentimiento validamente informado en la atención médica recibida?	3.4	3.2
p24 ¿Desde su experiencia con qué frecuencia ha sido tratado con confidencialidad?	3.7	3.6
p25 ¿Desde su experiencia con qué frecuencia ha tenido las facilidades para obtener una segunda opinion en torno a su problema de salud?	2.6	2.9
p26 ¿Desde su experiencia el Hospital otorga atención médica en caso de urgencia?	3.8	3.6
p27 ¿Desde su experiencia el Hospital realiza el expediente clínico?	3.8	3.8

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la aplicación del instrumento.

9.2.2.4 Análisis de las respuestas a la pregunta 17, relativa a la importancia que le dan a los derechos los encuestados

Respecto de la pregunta de control número 17 en la que se pidió a los encuestados que respondieran cuales de los derechos de los pacientes consideran más importantes haciendo mención de tres de ellos en orden de importancia. De las frecuencias analizadas, se advierte que no hubo diferencia en las respuestas por hospital. Por lo que se presentan de manera general. Aquí no se toma en cuenta la media puesto que la pregunta conlleva una respuesta categórica.

Tabla 40. Derechos considerados más importantes mención 1

pA17 Derechos que usted considera como más importantes. MENCIÓN 1

	Frecuencia	Porcentaje
Derecho a recibir atención médica adecuada	409	53.5
Derecho a recibir trato digno y respetuoso	122	16.0
Derecho a recibir atención médica en caso de urgencia	91	11.9
Derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz	47	6.2
Derecho a contar con facilidades para tener una segunda opinión médica	26	3.4
Derecho a ser tratado con confidencialidad	20	2.6
Derecho a ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida	18	2.4
Derecho a decidir libremente sobre su atención médica recibida	15	2.0
Derecho a contar con su expediente clínico	11	1.4
Derecho a otorgar o no su consentimiento válidamente informado en la atención médica recibida	5	.7
Total	764	100.0

Tabla 41. Derechos considerados mas importantes mención 2

pB17 Derechos que usted considera como más importantes. MENCIÓN 2

	Frecuencia	Porcentaje
Derecho a recibir trato digno y respetuoso	305	39.9
Derecho a recibir atención médica adecuada	130	17.0
Derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz	106	13.9
Derecho a recibir atención médica en caso de urgencia	75	9.8
Derecho a decidir libremente sobre su atención médica recibida	38	5.0
Derecho a ser tratado con confidencialidad	36	4.7
Derecho a contar con facilidades para tener una segunda opinión médica	30	3.9
Derecho a contar con su expediente clínico	24	3.1
Derecho a otorgar o no su consentimiento válidamente informado en la atención médica recibida	10	1.3
Derecho a ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida	10	1.3
Total	764	100.0

Tabla 42. Derechos considerados más importantes mención 3

pC17 Derechos que usted considera como más importantes. MENCIÓN 3

	Frecuencia	Porcentaje
Derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz	198	25.9
Derecho a recibir trato digno y respetuoso	131	17.1
Derecho a recibir atención médica en caso de urgencia	113	14.8
Derecho a ser tratado con confidencialidad	85	11.1
Derecho a contar con facilidades para tener una segunda opinión médica	60	7.9
Derecho a recibir atención médica adecuada	59	7.7
Derecho a decidir libremente sobre su atención médica recibida	50	6.5
Derecho a contar con su expediente clínico	44	5.8
Derecho a otorgar o no su consentimiento válidamente informado en la atención médica recibida	12	1.6
Derecho a ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida	12	1.6
Total	764	100.0

Ilustración 15. Los 3 derechos que los pacientes consideran más importantes



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la encuesta aplicada.

De las tablas presentadas y en la gráfica expuesta, se advierte que el derecho declarado como el más importante para la mayoría fue el derecho a recibir atención médica adecuada, el siguiente fue derecho a recibir trato digno y respetuoso y finalmente el derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz. Por lo que podemos advertir que son los derechos más básicos en la relación médico-paciente. Cabe mencionar que no se encontraron diferencias en las respuestas de los hospitales metropolitano y regional, por ello se peresentan los resultados en lo general.

9.2.3 Objetivo particular 3

El tercer objetivo particular establece: **“Analizar si existe una correspondencia entre el grado de conocimiento y percepción de cumplimiento de sus derechos, con una respuesta a presentar una queja y con haberla presentado ante la violación de sus derechos como pacientes de los hospitales regional y metropolitano dependientes de la Secretaría de Salud del Estado de Jalisco”**.

A continuación se procede a analizar si hay diferencias en las respuestas de la pregunta 29 entre hospitales con la prueba de Chi Cuadrada.

Tabla 43. Si usted no recibe atención médica adecuada generalmente (respuestas por hospital)

p29 Si Usted no recibe una adecuada atención médica, generalmente: *Hospital tabulación cruzada

			Hospital		Total
			Metropolitano	Regional	
Recuento	p29 Si Usted no recibe una adecuada atención médica, generalmente:	Queja verbal	174	81	255
		Queja por escrito	57	85	142
		Cambia de hospital	110	73	183
		No hace nada	56	128	184
		Total	397	367	764
% dentro de p29	p29 Si Usted no recibe una adecuada atención médica, generalmente:	Queja verbal	68.2%	31.8%	100.0%
		Queja por escrito	40.1%	59.9%	100.0%
		Cambia de hospital	60.1%	39.9%	100.0%
		No hace nada	30.4%	69.6%	100.0%
		Total	52.0%	48.0%	100.0%

Tabla 44. Prueba de chi cuadrado para advertir diferencias significativas en la respuesta de los pacientes por tipo de hospital

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	74.030 ^a	3	.000
Razón de verosimilitud	75.565	3	.000
Asociación lineal por lineal	42.286	1	.000

N de casos válidos	764		
--------------------	-----	--	--

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 68.21.

Existen diferencias significativas en el tipo de respuesta que señalaron las personas atendiendo al tipo de hospital (Chi cuadrado = 74.030, $p < 0.001$). Por lo tanto se realizaron ANOVAS para comparar el conocimiento y la percepción separadas por tipo de hospital.

9.2.3.1 Factor Conocimiento de los derechos de los pacientes y la respuesta ante una inadecuada atención médica en el hospital Metropolitano

Para el hospital metropolitano se presenta el factor conocimiento en relación a lo que dijeron los pacientes harían ante la inadecuada atención médica.

Tabla 45. Anova conocimiento de los derechos de los pacientes en el hospital metropolitano

ANOVA^a

Conocimiento de los derechos del paciente

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	2486.608	3	828.869	11.678	.000
Dentro de grupos	27894.606	393	70.979		
Total	30381.214	396			

a. Hospital = Metropolitano

Se presentan diferencia significativa entre grupos, por lo cuál se realizó la prueba post hoc de Scheffe para advertir las diferencias, como se muestra a continuación:

Tabla 46. Comparaciones múltiples de respuesta a la pregunta 29 en el hospital metropolitano, respecto al nivel de conocimiento que presentan los pacientes

Pruebas post hoc

Comparaciones múltiples^a

Variable dependiente: Conocimiento de los derechos del paciente

Scheffe

(I) p29 Si Usted no recibe una adecuada atención médica, generalmente:	Diferencia de medias	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza
--	----------------------	----------------	------	-------------------------------

		(I-J)			Límite inferior	Límite superior
Queja verbal	Queja por escrito	4.12523*	1.28575	.017	.5153	7.7352
	Cambia de hospital	1.30449	1.02625	.656	-1.5768	4.1858
	No hace nada	7.14183*	1.29437	.000	3.5077	10.7760
Queja por escrito	Queja verbal	-4.12523*	1.28575	.017	-7.7352	-.5153
	Cambia de hospital	-2.82073	1.37495	.242	-6.6811	1.0396
	No hace nada	3.01660	1.58515	.307	-1.4339	7.4671
Cambia de hospital	Queja verbal	-1.30449	1.02625	.656	-4.1858	1.5768
	Queja por escrito	2.82073	1.37495	.242	-1.0396	6.6811
	No hace nada	5.83734*	1.38302	.001	1.9543	9.7204
No hace nada	Queja verbal	-7.14183*	1.29437	.000	-10.7760	-3.5077
	Queja por escrito	-3.01660	1.58515	.307	-7.4671	1.4339
	Cambia de hospital	-5.83734*	1.38302	.001	-9.7204	-1.9543

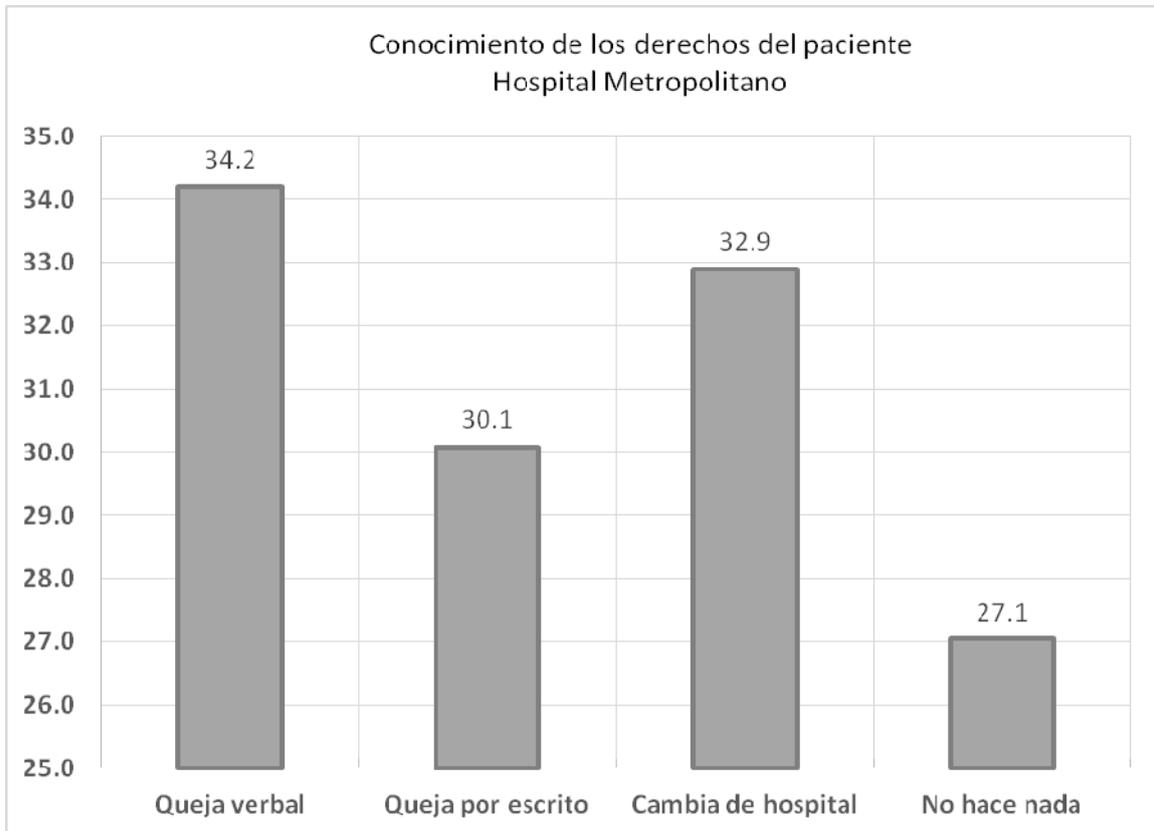
*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

a. Hospital = Metropolitano

Los que contestan que pondrían una queja verbal muestran mayor conocimiento que los que presentarían queja por escrito y los que no harían nada.

Los que cambiarían de hospital muestran mayor conocimiento que los que no harían nada.. (ver tabla 46).

Ilustración 16. Conocimiento de los derechos del paciente en el hospital metropolitano y la respuesta que presentarían los pacientes ante una inadecuada atención médica



Fuente: Elaboración propia

9.2.3.2 Factor Conocimiento de los derechos de los pacientes y la respuesta ante una inadecuada atención médica en el hospital Regional

Se presenta la ANOVA del constructo conocimiento respecto de la pregunta 29 que refiere a la conducta que adoptarían en el hospital Regional ante el incumplimiento de sus derechos como pacientes:

Tabla 47. Anova del conocimiento de los derechos de los pacientes hospital regional

ANOVA^a

Conocimiento de los derechos del paciente

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	1403.584	3	467.861	5.991	.001
Dentro de grupos	28347.189	363	78.091		
Total	29750.774	366			

a. Hospital = Regional

Sí hay diferencia significativa y se muestra a continuación la tabla comparativa con la prueba de Scheffe:

Tabla 48. Comparaciones múltiples de respuesta a la pregunta 29 en el hospital regional, respecto al nivel de conocimiento que presentan los pacientes

Comparaciones múltiples^a

Variable dependiente: Conocimiento de los derechos del paciente

Scheffe

(I) p29 Si Usted no recibe una adecuada atención médica, generalmente:		Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
Queja verbal	Queja por escrito	5.53943 [*]	1.37216	.001	1.6855	9.3933
	Cambia de hospital	1.86707	1.42613	.634	-2.1384	5.8726
	No hace nada	1.54109	1.25466	.681	-1.9828	5.0650
Queja por escrito	Queja verbal	-5.53943 [*]	1.37216	.001	-9.3933	-1.6855
	Cambia de hospital	-3.67236	1.41013	.081	-7.6329	.2882
	No hace nada	-3.99835 [*]	1.23645	.016	-7.4711	-.5256
Cambia de hospital	Queja verbal	-1.86707	1.42613	.634	-5.8726	2.1384
	Queja por escrito	3.67236	1.41013	.081	-.2882	7.6329
	No hace nada	-.32598	1.29608	.996	-3.9662	3.3143
No hace nada	Queja verbal	-1.54109	1.25466	.681	-5.0650	1.9828
	Queja por escrito	3.99835 [*]	1.23645	.016	.5256	7.4711

Cambia de hospital	.32598	1.29608	.996	-3.3143	3.9662
--------------------	--------	---------	------	---------	--------

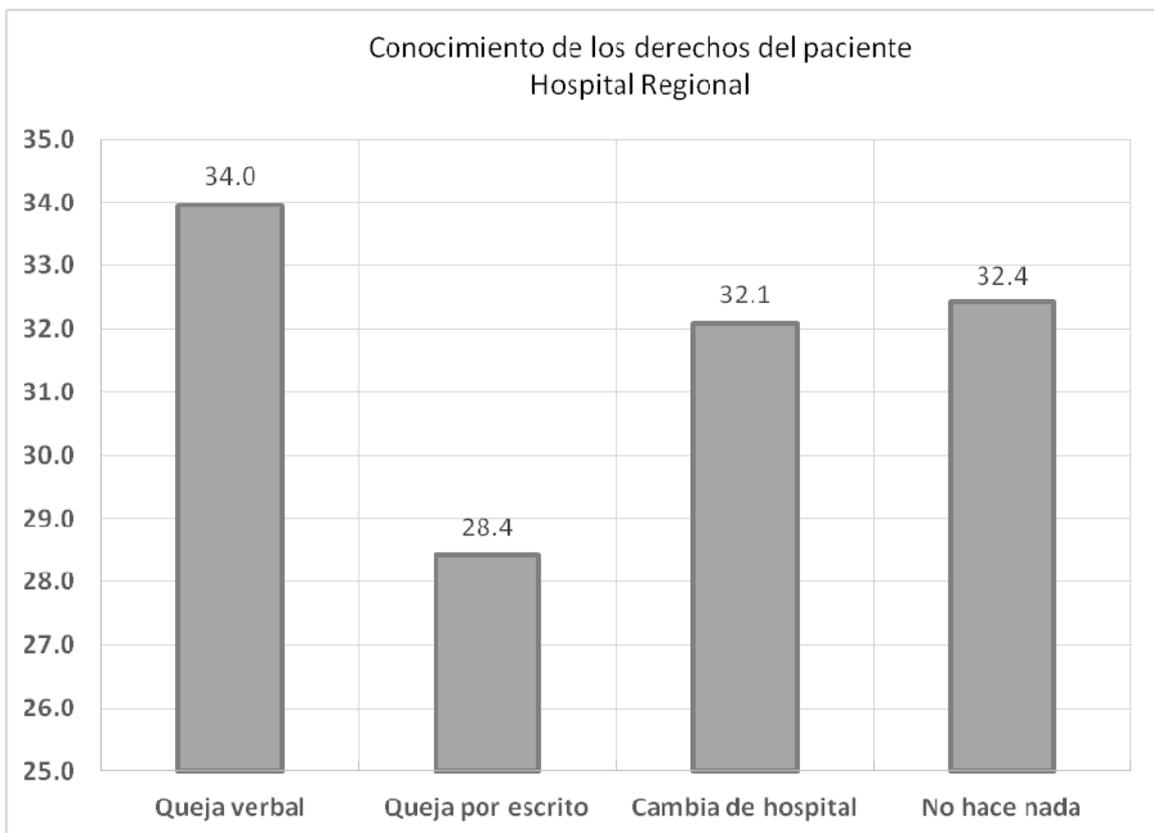
*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

a. Hospital = Regional

En el Hospital Regional, los que presentarían una queja verbal muestran mayor conocimiento que los que lo harían por escrito.

Los que no harían nada puntúan mayor conocimiento que los que se quejarían por escrito. (ver tabla 48 e ilustración número 18)

Ilustración 17. Conocimiento de los derechos del paciente en el hospital regional y la respuesta que presentarían los pacientes ante una inadecuada atención médica



Fuente: Elaboración Propia

Se repite el mismo procedimiento para verificar el eje de percepción de cumplimiento de los derechos de los pacientes:

9.2.3.3 Factor Percepción de Cumplimiento de los derechos de los pacientes y la respuesta ante una inadecuada atención médica en el hospital Metropolitano

Se repite el mismo procedimiento para verificar el eje de percepción de cumplimiento de los derechos de los pacientes:

Tabla 49. Anova percepción de cumplimiento de los derechos en el hospital metropolitano y la respuesta ante una inadecuada atención médica

ANOVA^a

Percepción sobre el cumplimiento de sus derechos como paciente

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	699.374	3	233.125	7.607	.000
Dentro de grupos	12044.314	393	30.647		
Total	12743.688	396			

a. Hospital = Metropolitano

Se identifican las diferencias específicas entre las categorías de la pregunta 29 y la puntuación obtenida del constructo percepción, por lo que a continuación se hace la prueba de comparaciones múltiples con la prueba de Scheffe:

Tabla 50. Comparaciones múltiples de respuesta a la pregunta 29 en el hospital metropolitano, respecto al nivel de percepción de cumplimiento de los derechos de los pacientes que presentan los encuestados

Comparaciones múltiples^a

Variable dependiente: Percepción sobre el cumplimiento de sus derechos como paciente

Scheffe

(I) p29 Si Usted no recibe una adecuada atención médica, generalmente:	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza		
				Límite inferior	Límite superior	
Queja verbal	Queja por escrito	2.77072*	.84487	.014	.3986	5.1428
	Cambia de hospital	-.36134	.67435	.962	-2.2547	1.5320
	No hace nada	2.79516*	.85053	.014	.4072	5.1831
Queja por escrito	Queja verbal	-2.77072*	.84487	.014	-5.1428	-.3986
	Cambia de hospital	-3.13206*	.90348	.008	-5.6687	-.5954
	No hace nada	.02444	1.04160	1.000	-2.9000	2.9489
Cambia de hospital	Queja verbal	.36134	.67435	.962	-1.5320	2.2547
	Queja por escrito	3.13206*	.90348	.008	.5954	5.6687
	No hace nada	3.15649*	.90878	.008	.6050	5.7080
No hace nada	Queja verbal	-2.79516*	.85053	.014	-5.1831	-.4072
	Queja por escrito	-.02444	1.04160	1.000	-2.9489	2.9000
	Cambia de hospital	-3.15649*	.90878	.008	-5.7080	-.6050

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

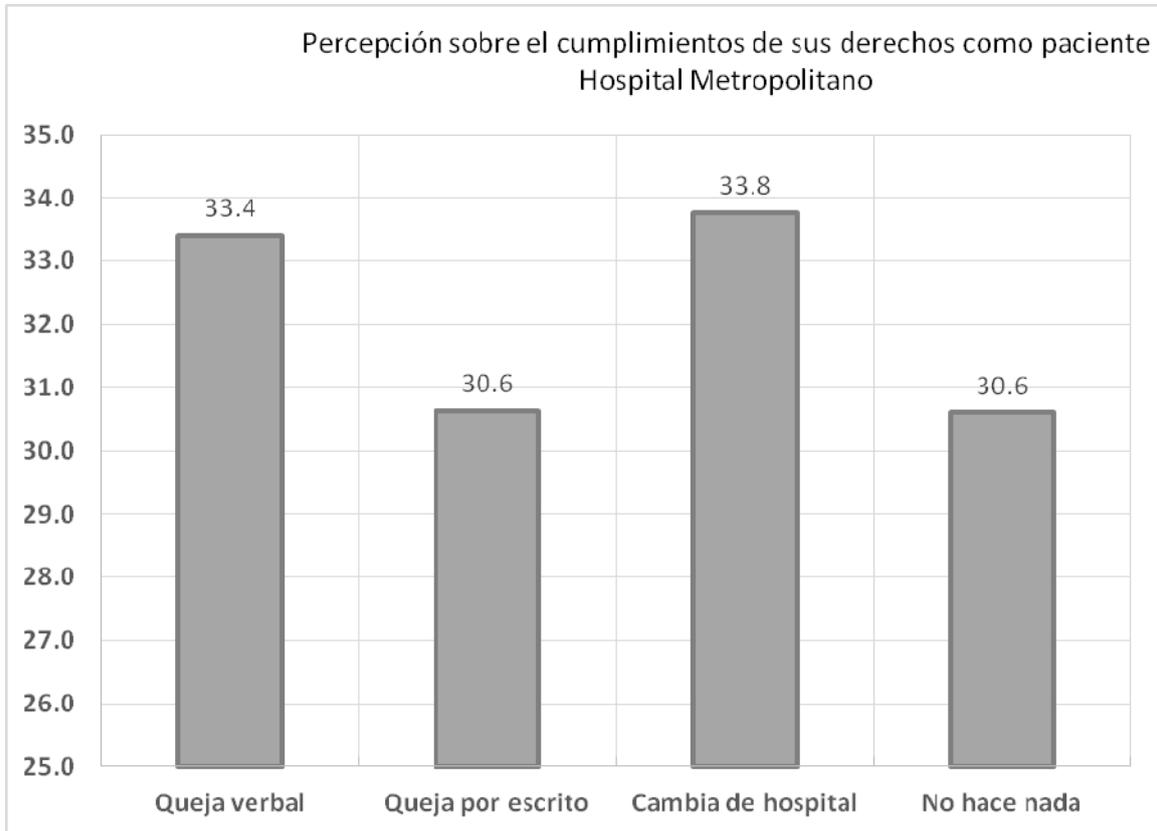
a. Hospital = Metropolitano

Los que se quejarían verbalmente perciben mayor cumplimiento de sus derechos que los que se quejarían por escrito y los que no harían nada.

Los que cambiarían de hospital perciben mayor cumplimiento de sus derechos que los que se quejarían por escrito o no hacen nada (Ver tabla 50)

Para hacerlo gráficamente se presenta a continuación la ilustración correspondiente.

Ilustración 18. Percepción del cumplimiento de los derechos como paciente en el hospital metropolitano



Fuente: Elaboración propia

9.2.3.4 Factor Percepción de Cumplimiento de los derechos de los pacientes y la respuesta ante una inadecuada atención médica en el hospital Regional

A continuación se presentan las pruebas correspondientes para verificar la diferencias entre las categorías de la respuesta 29 en el hospital regional y la percepción de cumplimiento de los derechos.

Tabla 51. Anova percepción de cumplimiento de los derechos en el hospital regional y la respuesta ante una inadecuada atención médica

ANOVA^a

Percepción sobre el cumplimiento de sus derechos como paciente

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	845.364	3	281.788	5.725	.001
Dentro de grupos	17867.165	363	49.221		
Total	18712.529	366			

a. Hospital = Regional

Se observan diferencias por lo que se presentan la prueba de comparaciones múltiples:

Tabla 52. Comparaciones múltiples de respuesta a la pregunta 29 en el hospital regional, respecto al nivel de percepción de cumplimiento de los derechos de los pacientes que presentan los encuestados

Comparaciones múltiples

Variable dependiente: Percepción sobre el cumplimiento de sus derechos como paciente

Scheffe

(I) p29 Si Usted no recibe una adecuada atención médica, generalmente:	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza		
				Límite inferior	Límite superior	
Queja verbal	Queja por escrito	3.98707*	1.08937	.004	.9274	7.0467
	Cambia de hospital	.56435	1.13222	.969	-2.6157	3.7444
	No hace nada	.63937	.99609	.938	-2.1583	3.4370
Queja por escrito	Queja verbal	-3.98707*	1.08937	.004	-7.0467	-.9274
	Cambia de hospital	-3.42272*	1.11952	.026	-6.5671	-.2784
	No hace nada	-3.34770*	.98163	.009	-6.1048	-.5906
Cambia de hospital	Queja verbal	-.56435	1.13222	.969	-3.7444	2.6157
	Queja por escrito	3.42272*	1.11952	.026	.2784	6.5671
	No hace nada	.07502	1.02898	1.000	-2.8150	2.9651
No hace nada	Queja verbal	-.63937	.99609	.938	-3.4370	2.1583
	Queja por escrito	3.34770*	.98163	.009	.5906	6.1048
	Cambia de hospital	-.07502	1.02898	1.000	-2.9651	2.8150

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

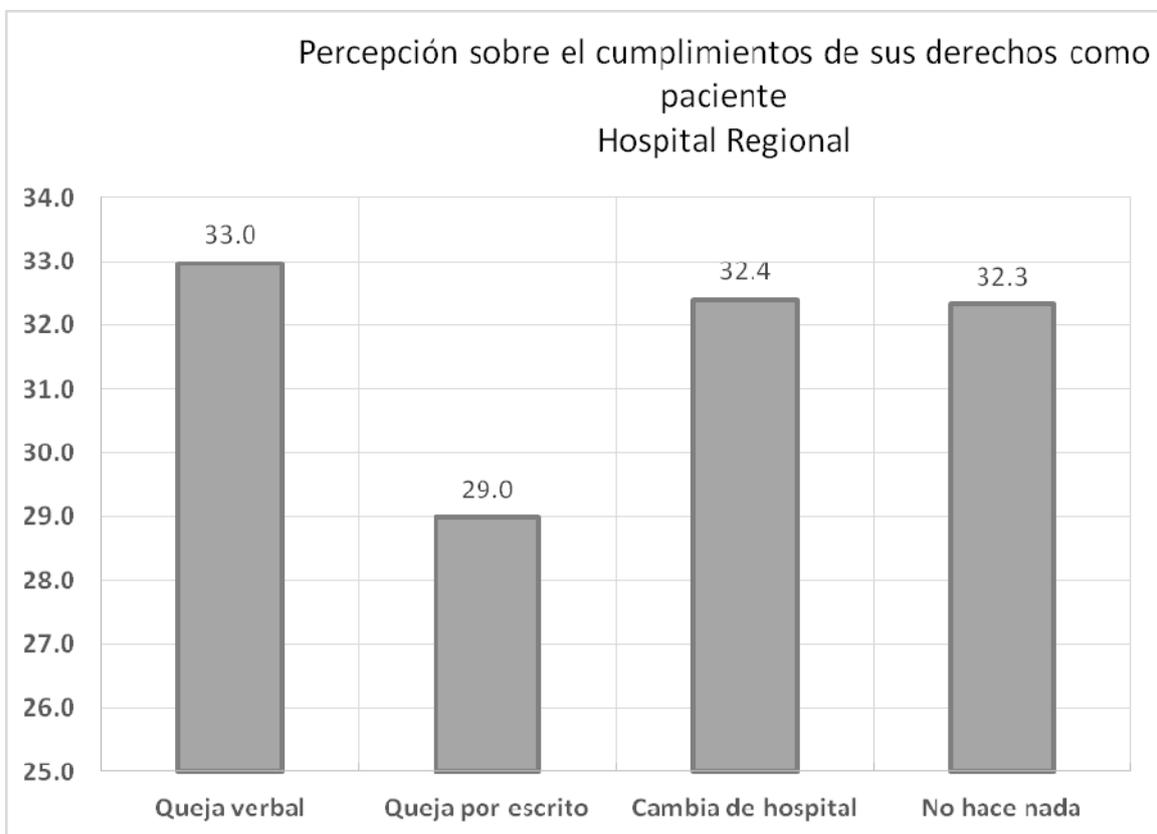
a. Hospital = Regional

Los que se quejarían verbalmente perciben mayor cumplimiento de sus derechos que los que se quejarían por escrito.

En tanto que los que dijeron cambiarían de hospital perciben mayor cumplimiento de sus derechos que los que se quejarían por escrito.

Los que no harían nada perciben mayor cumplimiento de sus derechos que los que se quejarían por escrito.

Ilustración 19. Percepción del cumplimiento de los derechos de los pacientes en el hospital regional



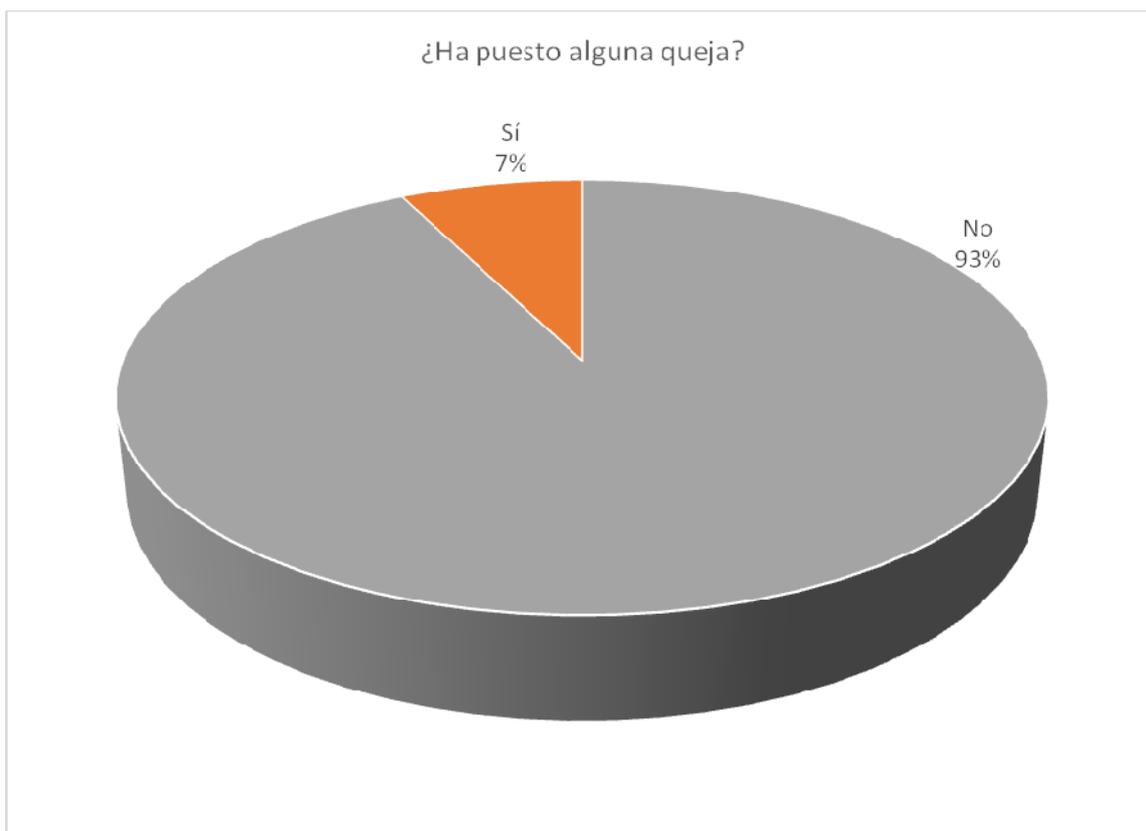
Fuente: Elaboración Propia

En ambas pruebas en el hospital regional las personas que refieren no harían nada obtienen mayor puntuación que los que se quejarían por escrito.

9.2.3.5 Quejas interpuestas por los pacientes encuestados

Ahora se muestran análisis para aquéllas personas que sí presentaron una queja formal. Sólo el 7% del total de la muestra ha presentado alguna queja.

Ilustración 20. Porcentaje de personas que han puesto alguna queja



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 53. Frecuencias de la pregunta 30 motivo de queja

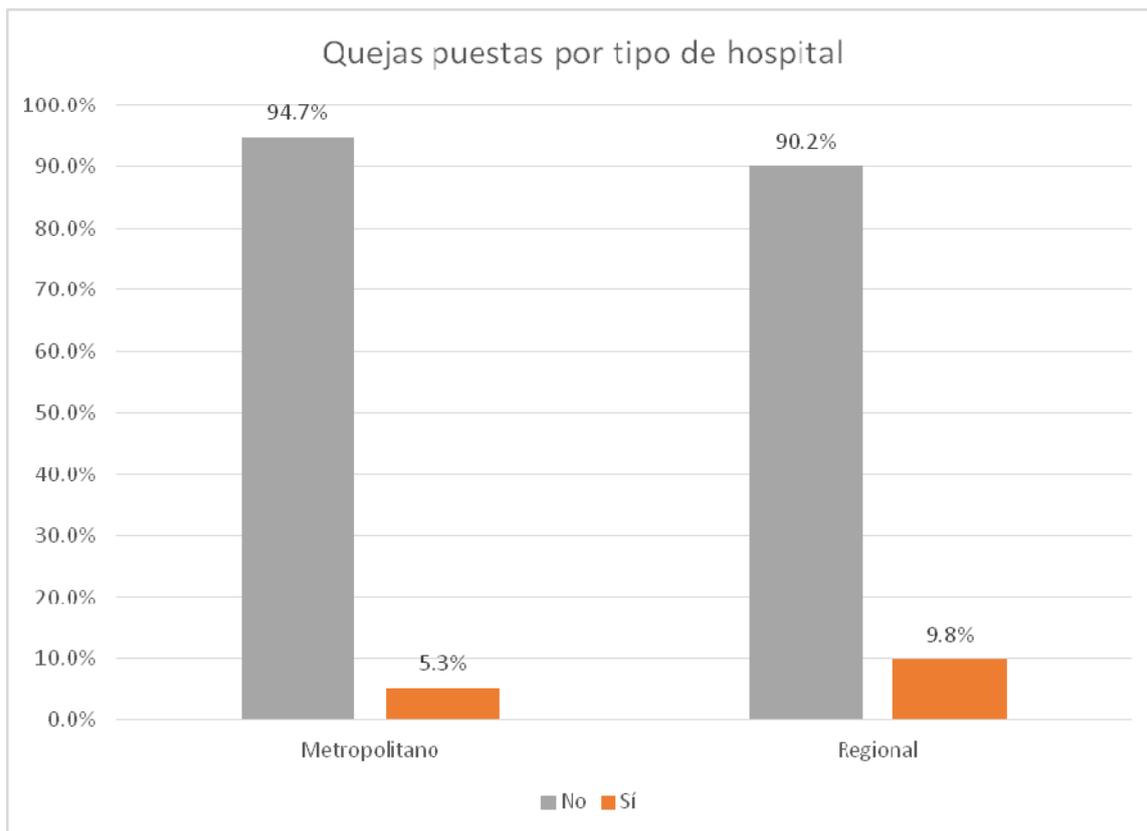
p30 Si usted puso una queja, ¿cuál fue el motivo de la misma?:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inadecuada atención	31	54.4	54.4	54.4
	Negativa a dar atención	16	28.1	28.1	82.5
	Negligencia a dar la atención	8	14.0	14.0	96.5
	Otro	2	3.5	3.5	100.0
	Total	57	100.0	100.0	

Ahora bien, al comparar el porcentaje de quejas por tipo de hospital se encontró que existen diferencias significativas entre éstos (Chi cuadrada = 5.642, $p < 0.05$).

Proporcionalmente, en el hospital regional se pusieron más quejas que en el hospital metropolitano (ver ilustración 22 y tabla 54)

Ilustración 21. Quejas interpuestas por hospital



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 54. ¿Ha puesto una queja?

¿Ha puesto queja?*Hospital tabulación cruzada

			Hospital		Total
			Metropolitano	Regional	
Recuento	¿Ha puesto queja?	No	376	331	707
		Sí	21	36	57
Total			397	367	764
% dentro de Hospital	¿Ha puesto queja?	No	94.7%	90.2%	92.5%
		Sí	5.3%	9.8%	7.5%
Total			100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 55. Prueba de chi cuadrado para verificar diferencias entre los hospitales

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	5.642 ^a	1	.018		
Corrección de continuidad ^b	5.007	1	.025		
Razón de verosimilitud	5.682	1	.017		
Prueba exacta de Fisher				.019	.012
Asociación lineal por lineal	5.635	1	.018		
N de casos válidos	764				

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 27.38.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

9.2.3.5.1 Motivo de queja

A continuación se muestra el motivo de la queja interpuesta por tipo de hospital. Dado que existen muy pocas quejas, los siguientes resultados se muestran con fines descriptivos ya que las inferencias estadísticas no cuentan con suficientes datos (hay varias casillas con menos de 5 datos) para ser válidas con un determinado nivel de confianza.

Tabla 56. Motivo de la queja por hospitales

p30 Si usted puso una queja, ¿cuál fue el motivo de la misma?: *Hospital tabulación cruzada

			Hospital		Total
			Metropolitano	Regional	
Recuento	p30 Si usted puso una queja, ¿cuál fue el motivo de la misma?:	Inadecuada atención	11	20	31
		Negativa a dar atención	6	10	16
		Negligencia a dar la atención	4	4	8
		Otro	0	2	2
		Total	21	36	57
% dentro de p30	p30 Si usted puso una queja, ¿cuál fue el motivo de la misma?:	Inadecuada atención	35.5%	64.5%	100.0%
		Negativa a dar atención	37.5%	62.5%	100.0%
		Negligencia a dar la atención	50.0%	50.0%	100.0%
		Otro	0.0%	100.0%	100.0%
		Total	36.8%	63.2%	100.0%

Como se puede advertir, porcentualmente existe una diferencia importante entre el hospital metropolitano y el hospital Regional, siendo éste último en el que se presenta el mayor número de quejas. En el motivo de la mismas es prácticamente coincidente en ambos hospitales ya que se señala como motivo más recurrente la inadecuada atención médica y en segundo termino la negativa a dar la atención.

La inadecuada atención médica se entiende que es dar un servicio de mala calidad o deficiente (falta de personal, de infraestructura, de medicamentos, largas listas de espera, etc.).

En tanto que por negativa a dar atención, es prácticamente negar el servicio de salud a las personas, que se agrava cuando se esta ante una urgencia.

Finalmente negligencia a dar la atención se traduce en la conducta displicente del personal de la salud que redundo en perjuicio de los pacientes.

9.2.3.5.2 Quejas interpuestas por Género de los encuestados

9.2.3.5.2.1.1 Hospital Metropolitano

Tabla 57. Quejas por Género y motivo de la queja en el hospital metropolitano

Género*p30 Si usted puso una queja, ¿cuál fue el motivo de la misma?: tabulación cruzada^a

			p30 Si usted puso una queja, ¿cuál fue el motivo de la misma?:			Total
			Inadecuada atención	Negativa a dar atención	Negligencia a dar la atención	
Recuento	Género	Femenino	9	5	4	18
		Masculino	2	1	0	3
	Total		11	6	4	21
% dentro de Género	Género	Femenino	50.0%	27.8%	22.2%	100.0%
		Masculino	66.7%	33.3%	0.0%	100.0%
	Total		52.4%	28.6%	19.0%	100.0%

a. Hospital = Metropolitano

Se presentaron un mayor número de quejas por parte de las mujeres, lo cuál no es de resaltarse ya que la muestra está conformada de esa manera, como ya se ha dejado expuesto con anterioridad.

9.2.3.5.2.2 Hospital Regional

Al interponerse más quejas en el hospital regional, se advierte mayor participación de las mujeres, aún cuando hay un mayor porcentaje de la participación de los hombres en la queja en éste hospital que en el metropolitano.

Tabla 58. Quejas por género y motivo de la queja en el hospital regional

Género*p30 Si usted puso una queja, ¿cuál fue el motivo de la misma?: tabulación cruzada^a

			p30 Si usted puso una queja, ¿cuál fue el motivo de la misma?:				Total
			Inadecuada atención	Negativa a dar atención	Negligencia a dar la atención	Otro	
Recuento	Género	Femenino	16	6	2	1	25
		Masculino	4	4	2	1	11
	Total		20	10	4	2	36
% dentro de Género	Género	Femenino	64.0%	24.0%	8.0%	4.0%	100.0%
		Masculino	36.4%	36.4%	18.2%	9.1%	100.0%
	Total		55.6%	27.8%	11.1%	5.6%	100.0%

a. Hospital = Regional

9.2.3.5.3 Quejas interpuestas por nivel de escolaridad de los encuestados

9.2.3.5.3.1 Hospital Metropolitano

Tabla 59. Motivo de la queja por escolaridad hospital metropolitano

Escolaridad *p30 Si usted puso una queja, ¿cuál fue el motivo de la misma?: tabulación cruzada^a

			p30 Si usted puso una queja, ¿cuál fue el motivo de la misma?:			Total
			Inadecuada atención	Negativa a dar atención	Negligencia a dar la atención	
Recuento	Escolaridad	Sin estudio	0	1	0	1
		Primaria	3	2	1	6
		Secundaria	5	2	2	9
		Preparatoria	1	0	0	1
		Carrera Técnica	2	1	0	3
		Profesional	0	0	1	1
		Total		11	6	4
% dentro de Escolaridad	Escolaridad	Sin estudio	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
		Primaria	50.0%	33.3%	16.7%	100.0%
		Secundaria	55.6%	22.2%	22.2%	100.0%
		Preparatoria	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%

	Carrera Técnica	66.7%	33.3%	0.0%	100.0%
	Profesional	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
	Total	52.4%	28.6%	19.0%	100.0%

a. Hospital = Metropolitano

Tampoco sorprende que el mayor nivel de los que se han quejado se encuentren en el nivel primaria o secundaria, ya que el grueso de la muestra en lo general se compone en su mayoría de personas que tienen ese nivel de estudios.

9.2.3.5.3.2 Hospital Regional

Tabla 60. Motivo de la queja por escolaridad hospital regional

Escolaridad *p30 Si usted puso una queja, ¿cuál fue el motivo de la misma?: tabulación cruzada^a

			p30 Si usted puso una queja, ¿cuál fue el motivo de la misma?:				Total
			Inadecuada atención	Negativa a dar atención	Negligencia a dar la atención	Otro	
Recuento	Escolaridad	Primaria	3	4	2	0	9
		Secundaria	13	5	2	2	22
		Preparatoria	2	0	0	0	2
		Carrera Técnica	1	0	0	0	1
		Profesional	1	1	0	0	2
		Total	20	10	4	2	36
% dentro de Escolaridad	Escolaridad	Primaria	33.3%	44.4%	22.2%	0.0%	100.0%
		Secundaria	59.1%	22.7%	9.1%	9.1%	100.0%
		Preparatoria	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		Carrera Técnica	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		Profesional	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		Total	55.6%	27.8%	11.1%	5.6%	100.0%

a. Hospital = Regional

En este hospital podemos advertir que las personas que más se quejan al igual que en el metropolitano se encuentran entre los que tienen nivel primaria o secundaria de estudios, sin embargo ninguna persona sin estudios, presento una queja en el hospital regional.

9.2.3.5.4 Quejas interpuestas por ingreso familiar mensual de los encuestados

9.2.3.5.4.1 Hospital Metropolitano

Tabla 61. Quejas presentadas por ingreso familiar mensual y motivo de queja en el hospital metropolitano

Ingreso familiar mensual promedio (en pesos)*p30 Si usted puso una queja, ¿cuál fue el motivo de la misma?: tabulación cruzada^a

			p30 Si usted puso una queja, ¿cuál fue el motivo de la misma?:			Total
			Inadecuada atención	Negativa a dar atención	Negligencia a dar la atención	
Recuento	Ingreso familiar mensual promedio (en pesos)	500 - 3000	3	4	1	8
		3001 - 6000	6	2	2	10
		6001 - 8000	1	0	1	2
		11001 o más	1	0	0	1
	Total	11	6	4	21	
% dentro de Ingreso familiar	Ingreso familiar mensual promedio (en pesos)	500 - 3000	37.5%	50.0%	12.5%	100.0%
		3001 - 6000	60.0%	20.0%	20.0%	100.0%
		6001 - 8000	50.0%	0.0%	50.0%	100.0%
		11001 o más	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	Total	52.4%	28.6%	19.0%	100.0%	

a. Hospital = Metropolitano

Se advierte que los que se han quejado se encuentran entre los que reportan ingreso familiar mensual de \$500 a \$3000 pesos y el grueso de \$3,001 a \$6,000 pesos. Al igual que es la tendencia en la muestra poblacional en lo general, como se ha dejado establecido líneas atrás.

9.2.3.5.4.2 Hospital Regional

Tabla 62. . Quejas presentadas por ingreso familiar mensual y motivo de queja en el hospital regional

Ingreso familiar mensual promedio (en pesos)*p30 Si usted puso una queja, ¿cuál fue el motivo de la misma?: tabulación cruzada^a

			la misma?:				Total
			Inadecuada atención	Negativa a dar atención	Negligencia a dar la atención	Otro	
Recuento	Ingreso familiar mensual	500 - 3000	7	2	3	1	13
		3001 - 6000	12	8	1	1	22
		6001 - 8000	1	0	0	0	1
	Total	20	10	4	2	36	
% dentro de Ingreso familiar mensual promedio (en	Ingreso familiar mensual	500 - 3000	53.8%	15.4%	23.1%	7.7%	100.0%
		3001 - 6000	54.5%	36.4%	4.5%	4.5%	100.0%
		6001 - 8000	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	Total	55.6%	27.8%	11.1%	5.6%	100.0%	

a. Hospital = Regional

En el hospital regional se da la misma tendencia y tampoco se presenta ninguna queja de quienes tienen un ingreso familiar mensual inferior a \$500.00.

9.2.3.5.5 ¿Ante qué instancia se han presentado las quejas?

Tabla 63. Ante quien presento la queja según el motivo de la queja

			p31 Si usted puso una queja, ¿ante que instancia la presentó?		Total
			El mismo Hospital	Ante la CEDHJ	
Recuento	p30 Si usted puso una queja, ¿cuál fue el motivo de la misma?:	Inadecuada atención	30	1	31
		Negativa a dar atención	15	1	16
		Negligencia a dar la atención	7	1	8
		Otro	1	1	2
		Total	53	4	57
% dentro de p30 Si usted puso una queja, ¿cuál fue el motivo de la misma?:	p30 Si usted puso una queja, ¿cuál fue el motivo de la misma?:	Inadecuada atención	96.8%	3.2%	100.0%
		Negativa a dar atención	93.8%	6.3%	100.0%
		Negligencia a dar la atención	87.5%	12.5%	100.0%
		Otro	50.0%	50.0%	100.0%
		Total	93.0%	7.0%	100.0%

El 93 % de las quejas interpuestas por los pacientes encuestados, han sido ante el mismo hospital y solo el 7% ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos en el estado de Jalisco. Ninguna se ha presentado ante la CAMEJAL, que es la instancia idónea para recibir este tipo de quejas. Lo que habla de la premura de resolver el problema que presentan los pacientes ante la vulneración de sus derechos como pacientes, buscan la instancia más próxima, aún cuando ésta no es la establecida por el Estado para dichos fines.

9.2.3.5.6 De las quejas presentadas, ¿se dió respuesta a las mismas?

Tabla 64. Si presentó una queja ¿se le dió una respuesta? Y el motivo de queja

			p32 Si usted puso una queja, ¿se le dió respuesta a su inconformidad?		Total
			Si	No	
Recuento	p30 Si usted puso una queja, ¿cuál fue el motivo de la misma?:	Inadecuada atención	18	13	31
		Negativa a dar atención	11	5	16
		Negligencia a dar la atención	5	3	8
		Otro	2	0	2
		Total	36	21	57
% dentro de p30 Si usted puso una queja, ¿cuál fue el motivo de la misma?:	p30 Si usted puso una queja, ¿cuál fue el motivo de la misma?:	Inadecuada atención	58.1%	41.9%	100.0%
		Negativa a dar atención	68.8%	31.3%	100.0%
		Negligencia a dar la atención	62.5%	37.5%	100.0%
		Otro	100.0%	0.0%	100.0%
		Total	63.2%	36.8%	100.0%

De las pocas quejas presentadas por la totalidad de los pacientes encuestados (57), se puede advertir que solo el 63.2% (esto es 36 de ellas) sí se dió respuesta, en tanto que el restante 36.8% no obtuvieron respuesta. Lo que habla del porqué en muchas ocasiones los encuestados aún cuando no se consigna en los resultados, de viva voz señalaban que no se quejan porque es infructuoso hacerlo, ya que no hay respuesta a las mismas y que podría ser contraproducente.

10DISCUSION

En México las personas debemos conocer nuestros derechos para tener un mejor acceso a los mismos, es obligación del Estado mexicano darlos a conocer y difundir tal y como lo marca el artículo primero Constitucional cuando señala “Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad”.

Se ha señalado que el acceso a la justicia debe considerarse como un derecho humano por lo que “el aliviar la pobreza legal entendida como la incapacidad de las personas para hacer cabal uso de la ley y de sus instituciones debe ser una de las preocupaciones del poder público” (Cappelletti, 1996 en Zapata, s.f. 386).

En el presente estudio lo que se ha buscado es indagar sobre la apropiación que tienen los pacientes sobre sus derechos, desde conocerlos, percibir conforme a su experiencia si se cumplen o no y tener la capacidad de ejercerlos. Si esto es diferente entre los pacientes que se atienden en una región del interior del estado de Jalisco o en un hospital que atiende a población perteneciente a la zona metropolitana de Guadalajara, en Zapopan, Jalisco, con dinámicas diferentes y por supuesto condiciones sociales también diferentes.

Como parte de la estrategia se construyó un cuestionario que midiera los factores de conocimiento, percepción de cumplimiento de los derechos y la respuesta de los pacientes ante la transgresión a sus derechos. El origen del cuestionario se basa en el reconocimiento que los derechos fundamentales han experimentado a nivel global y que México no ha quedado exento de dicha circunstancia, al reconocer en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el derecho a la protección de la salud. Así se conformó un cuestionario que engloba los derechos reconocidos en México a los pacientes. Revisando la literatura internacional y nacional se compararon otros instrumentos y se prefirió construir uno que midiera específicamente conforme a la redacción de cada uno de los derechos establecidos en México a través de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes,

que es de aplicación general en México al ser parte del consenso realizado en nuestro país sobre el número y redacción de éstos.

Cuestionario que recién se aplica por primera ocasión se entiende que es un primer acercamiento a conocer el fenómeno de los derechos de los pacientes en México y el cual no es una versión acabada o definitiva, por el contrario se podrá mejorar y enriquecer, posterior a éste ejercicio y quizá en su momento abordé otras dimensiones o factores.

Derivado de la aplicación de la encuesta se obtuvieron una serie de datos respecto de los 35 ítems que conforman el cuestionario (que ya se han dejado explicados con anterioridad). De los que se hará su exposición. No sin antes hacer alusión a la composición de la muestra, ya que como se ha dejado expuesto, se encuentra compuesta en su mayoría por mujeres (77.2%), lo que podría dar pauta a señalar que la información se encuentra sesgada o existió una falta de planeación en la aplicación de la encuesta. Sin embargo no es así, ya que se puede advertir en otros estudios similares como en el de Camargo et, al, 2010: 14) el 64.5% de los encuestados eran mujeres. Por otro lado Erer, et al., (2007:385) en el cual el 64.4% de las personas entrevistadas son mujeres (pacientes con cáncer), mientras Almojael (2012: 331) en Irán encuesta a los pacientes un hospital público en Saudi, Arabia, de los cuales el 84.8% de la muestra son mujeres.

Conforme los estudios mencionados y el que se esta presentando podríamos decir que en éste tipo de investigaciones es frecuente que las muestras aleatorias se compongan de un mayor número de mujeres ya que se consideran varios factores, entre ellos, el ser quienes se encuentran a cargo del hogar y de las atenciones de la salud de la familia, asimismo por la propia naturaleza de la mujer y el que su discurrir por los hospitales obligue a una recurrencia en la visita a los consultorios de las especialidades de ginecobstetricia y (desafortunadamente) de oncología. Asimismo por que los hombres al trabajar en la mayor parte del día no se permiten ausentarse de sus labores para recibir atención médica.

10.1 Conocimiento de los derechos

En los resultados expuestos en el capítulo 9, se puede observar que la media de los encuestados responde que conocen de regular a mucho sus derechos, resaltando que se rechaza la hipótesis de que en el hospital metropolitano conocen más sus derechos que en el hospital regional. Lo que puede ocurrir en virtud de que las personas consideran conocer sus derechos, cuando en realidad no siempre es así, como se advierte de las respuestas que dan los pacientes que conforman la muestra a la pregunta 6 ¿En qué medida conoce usted sus derechos como paciente?, y la respuesta a priori es que encontramos una media de 2.27 en un rango del 1 al 4, por lo cuál se puede decir que las personas por un lado se autoevalúan que conocen poco sus derechos para posteriormente afirmar o creer que los conocen, cuando el encuestador les ha enunciado cada derecho en lo particular.

En el estudio realizado por Lobato y Pichardo (2013), señalan que los sujetos de investigación creen conocer sus derechos como pacientes, el 65.7% así lo afirman los pacientes entrevistados, “pero en la realidad muy pocos de ellos fueron capaces de enunciar algún derecho” (Lobato y Pichardo 2013: 53).

Según los resultados del estudio de Data Voz realizado en Chile por Valenzuela, et al. (2014:16-20), existe un bajo conocimiento de la Ley, de aquéllos que la han visto solo la miran o la leen parcialmente, la existencia de esta ley proporciona seguridad y confianza dado que implica una mayor protección (Valenzuela et al, 2014).

Por lo cuál se puede decir que la población muestra responde que conoce de regular a mucho sus derechos cuando en realidad muchos de ellos no los conocen del todo y lo que da pauta a realizar un cuestionario más amplio a fin de indagar si en realidad los conocen a través de otra serie de ítems que aborden dicha dimensión.

Existen estudios alrededor del orbe,(a diferencia de esta investigación) que han comprobado que los pacientes desconocen sus derechos, pese a que se han expedido leyes específicas sobre los mismos. En España se realizó estudio donde se advirtió las actitudes y percepciones que se tienen frente a ellos y cabe resaltar que los pacientes desconocen sus derechos y que prefieren dejar la responsabilidad de la decisión de su salud en los médicos (Guix et al, 2006: 465-471). Asimismo en estudio realizado por Almojael (2012:330) en un

hospital de Salud Gubernamental de Irán encontró que 25,2 % de los pacientes no saben que tienen derechos, en tanto que en Turquía Kuzu, et al, (2005:290) ,encontraron que el 91% de los pacientes no conocen la Regulación de los Derechos de los Pacientes de ese país. En el mismo sentido Abou, et al., (2013: 46), en un Hospital en el sur de Egipto comentaron que 77 % de los entrevistados no sabía acerca de la lista de derechos de los pacientes. En Grecia Merakou et al., (2001:502) encontraron que el 84,3 % de los pacientes entrevistados de seis hospitales públicos en el área de Atenas, no conocen la ley de los derechos de los pacientes.

En tanto que en un hospital en Finlandia Leino y Kurittu (1995:106), realizaron un estudio en el cual sólo 38 % de los encuestados considera que sabía lo suficiente sobre sus derechos el restante 62% no sabían lo suficiente. Mientras que en el estudio de Camargo et al (2010) en Colombia, se realizó una encuesta primaria que arrojó que 83,2% de los pacientes tenían pocos conocimientos sobre sus derechos y deberes y posterior a la campaña que realizaron en dónde proporcionaron información directa sobre los derechos a los pacientes, se advirtió el repunte en el conocimiento de los derechos al revisar que el 54,7% de los usuarios tenía un nivel de conocimiento bueno y el 40,5% regular y solo el 4,8% deficiente (Camargo, et al., 2010: 14).

En México se realizó estudio en el que Carrillo, et al (2001) encontraron que sólo el 32% de los pacientes conocen sus derechos.

Situación en la literatura que arroja en su mayoría un amplio desconocimiento de los derechos que tienen los pacientes, a diferencia de lo encontrado en el presente estudio que como se ha dicho, las respuestas apuntan que tienen un conocimiento de regular a mucho respecto de sus derechos. Sin demeritar el dato duro, probablemente hay una tendencia a considerar que creen conocer sus derechos, aún cuando puede ser que no los conozcan del todo, ya que como se ha dicho en primera instancia el promedio de los encuestados autoevaluándose señalan que conocen poco sus derechos.

De los resultados mostrados en este estudio podemos darnos cuenta que el nivel de conocimiento no depende de las variables sociodemográficas relativas a la edad, al estado civil y la escolaridad. Sin embargo sí se presenta una tendencia a que entre mayor es el ingreso familiar es mayor el nivel de conocimiento de los derechos de los pacientes. De los estudios revisados no se encontró alguno que demostrará dicha circunstancia.

Por otro lado y conforme los resultados de las pruebas aplicadas se advierte en un primer momento que si presenta diferencia significativa, lo que permitió realizar otras pruebas y ya con las comparaciones múltiples se descarta la significancia pero conforme a lo establecido en el punto 9 existe una tendencia que muestra que los pacientes que han ido más de 12 ocasiones a ambos hospitales (“otros”) conocen más sus derechos que los que han ido de 2 a 3 veces. Lo que podría decirse ocurre por la apropiación del sistema de salud y de sus procedimientos así como la relación entre la frecuencia de asistir a los hospitales y la información en torno a sus derechos. Se deja la puerta abierta para realizar otro estudio que incluya la variable de número de veces que se acude al hospital y la relación con conocer sus derechos.

Se hizo un análisis particularizado sobre el conocimiento de cada uno de los derechos de los pacientes, es de resaltarse que los encuestados señalaron conocer menos los derechos a: Otorgar o no su consentimiento válidamente informado, contar con facilidades para tener una segunda opinión médica y a ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

Es de llamar la atención en éste último derecho, que es en el hospital metropolitano en el que se tienen mayor desconocimiento de saber que debe contar con las facilidades para inconformarse por la atención médica recibida, lo que se ve reflejado en que son los del metropolitano quienes han presentado menos quejas.

Del presente análisis se puede afirmar que los derechos que se conocen menos están relacionados con el cambio de paradigma, esto es, que hoy en día y a pesar de la existencia de un cambio en la relación médico-paciente en donde se pasa del paternalismo a una

relación en que debe imperar la autonomía del paciente (Mira, 2006 111-118), se desconocen y en contrapartida el personal de salud puede también desconocerlos en el caso particular, e incluso al desconocerlos le restan importancia a los mismos, como pudimos advertir en el capítulo de resultados en el que los pacientes señalan que el menos importante es el de otorgar o no su consentimiento. Lo que concuerda con otros estudios (Guix, et al., 2006: 465-471 y Merakou, et, al. 2001: 505), en el que se evidencia que los pacientes prefieren aún dejarle la responsabilidad al médico sobre las decisiones en torno a su salud.

Relevante resulta destacar en esta investigación que de los derechos que el promedio de los encuestados dicen conocer menos da pauta a que los pacientes no le den importancia a los mismos y consecuentemente no los reclamen, como se ha podido apreciar en el número de quejas presentadas, es decir, las personas no se apropian de sus derechos por existir mínimo dos barreras para que se dé el empoderamiento de los pacientes ante sus derechos: Conocimiento y apropiación de los derechos, en consecuencia no hay defensa y ejercicio de los mismos.

Por otro lado y complementando lo anterior de los resultados de esta investigación se puede advertir que los derechos que más se conocen son: Recibir atención médica de urgencia, contar con el expediente clínico y recibir recibir trato digno y respetuoso, de lo que se deduce que las personas solo conocen los derechos elementales en la relación médico - paciente y no así los que tienen que ver con su autonomía, quizá es este desconocimiento lo que propicia que no se avance en el cambio de la relación médico-paciente en nuestro país.

Se realizó una pregunta de control para saber tres de los derechos de los pacientes que consideran más importante, señalando que el primero de ellos es recibir atención médica adecuada, en segundo término recibir trato digno y respetuoso y finalmente el tercero a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.

De lo que se desprende que consideran como más importantes los derechos más básicos en la relación médico-paciente, lo que nos lleva a pensar que el paciente aún vive inmerso en el sistema tradicional o también llamado paternalista, esto puede deberse principalmente al bajo nivel de escolaridad de las personas y al limitado acceso a la

información, ya que según Mira (2006: 111-115) en su estudio refleja que en España el acceso a la información es uno de los principales factores que promueven el cambio de paradigma para pasar de un paternalismo a un paciente autónomo.

En la presente investigación se puede observar comparativamente que los del hospital metropolitano tienen mayor conocimiento (aún cuando es mínimo) que los del hospital regional, al ser tan pequeña la diferencia esta no presentó significancia estadística. Sin embargo el mínimo a que se hace referencia puede estar influido por el acceso que se tiene en la zona metropolitana de Guadalajara a la información y estar ubicada en donde se encuentran las instancias encargadas de la promoción de los derechos de los pacientes (CAMEJAL).

Además se observa una relación positiva entre el conocimiento que dicen los encuestados tener y el factor conocimiento de sus derechos como pacientes en ambos hospitales, por lo que da coherencia entre ambas situaciones.

En tanto que en el hospital metropolitano los que le dan importancia a conocer sus derechos en su calidad de pacientes y el conocimiento de los mismos.

10.2 Percepción de cumplimiento de los derechos

La percepción de las personas generalmente es entendida como la interpretación que se hace respecto de lo que se experimenta a través de los sentidos y bajo ese tenor la comprensión de la realidad que le rodea; es hoy en día uno de los parámetros que se consideran en la mejora del Sistema Nacional de Salud ya que se busca obtener la experiencia que los pacientes han tenido en su contacto con el personal de la salud. En la presente investigación se busco como objetivo la percepción de los pacientes en torno al cumplimiento de sus derechos en los hospitales regional y metropolitano.

De los resultados de la investigación se puede observar que la media de los encuestados responde que perciben que se cumplen algunas veces sus derechos, resaltando

que se cumple la hipótesis de que en el hospital metropolitano perciben mejor cumplimiento de sus derechos que en el hospital regional.

Al analizar las respuestas de los encuestados en torno al cumplimiento de sus derechos como pacientes se advierte que hay una buena percepción en ambos hospitales, aún cuando en el metropolitano hay mejor percepción de cumplimiento de los derechos. Por lo que se podría decir que se coincide con otros trabajos que se han realizado en torno a la satisfacción de los pacientes, resalta que éstos en su mayoría califican de forma positiva los servicios de salud e incluso refieren mejoría en ésta. (Reyes et al, 2013 y Hamui, 2013), en éstos se menciona que pudiera haber algunos factores que propician sesgos respecto a las altas y positivas respuestas a las que se han relacionado con el miedo a poner en riesgo el servicio médico o el bajo nivel socioeconómico y la escasa escolaridad de los usuarios, así como el bajo costo del servicio. (Hamui, et al, 2013: 186). Otro sesgo que estos autores señalan es que la buena percepción por parte de los pacientes pudo estar influida en que las encuestas aplicadas las realizaron al salir de la consulta o después de haber recibido el servicio médico, a diferencia de lo que se hizo en el presente estudio en el que se entrevistó a las personas en espera de su atención médica por lo que se descarta el sesgo.

No obstante existen otros estudios particularmente el realizado en México por Carrillo, et al., (2001:24) en el que señalan los entrevistados que se cumplen 7 de los doce derechos que se especifican para los pacientes hospitalizados que sí son aplicados por el personal que esta al cuidado de su salud, lo que implica alrededor del 58% de cumplimiento, en tanto que en diverso estudio de Parsapoor, et al., (2012: 1-5) en el que se establece que los pacientes perciben un cumplimiento de sus derechos de medio a bajo.

Aparentemente la percepción que tienen los pacientes en torno al servicio está enfocada a la actuación del médico y no propiamente a los servicios de las unidades de salud, por lo que las altas calificaciones pueden estar condicionadas a la evaluación que se hace por el actuar de los médicos y la recuperación de la salud, así como su bajo costo en los sistemas de salud pública como lo encontrado por Hamui, et al., (2013:186).

Los derechos que según el decir de los pacientes más se cumplen son: contar con el expediente clínico, recibir atención médica de urgencia, ser tratado con confidencialidad y finalmente recibir trato digno y respetuoso.

En tanto que los derechos que menos se cumplen son: contar con facilidades para obtener una segunda opinión médica, recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz y decidir libremente sobre su atención en salud en el hospital. De lo que se puede destacar la percepción de desinformación que tienen los pacientes y por otro lado el de decidir libremente sobre su atención en salud, en el estudio presentado por Guix, et al. (2006: 470), como ya se ha mencionado, al analizar a varios autores se afirma que los pacientes prefieren dejar la responsabilidad de la decisión en los médicos.

Del análisis particularizado sobre el cumplimiento de cada uno de los derechos, (por lo menos en la percepción de los usuarios), los que señalan que se cumplen menos son aquéllos en los que se fincan la autonomía del paciente. Lo que permite afirmar que en nuestro país aún nos encontramos en una etapa en la que la autonomía pareciera estar alejada de la realidad, aún cuando la legislación establece la obligatoriedad de respetar esos derechos como lo señalan los artículos 51 Bis 1, 51 Bis 2 y 51 Bis 3 de la Ley General de Salud.

Se entiende que toda actuación en el ámbito de la salud requiere el previo consentimiento de los pacientes una vez que se les haya proporcionado por los profesionales sanitarios la información adecuada (García, Cózar y Almenara, 2004). Incluso se ha considerado por parte de los pacientes que el derecho a la información es valorado como el más importante. (Guix et al, 2006: 468-470). Asimismo se encontró en diverso estudio en Irán por Parsapoor, et al, (2012: 3), que se les proporciona mediana o poca información, por lo que se incumple este derecho. Lo que parece que aún se estima que el paciente no debe tener toda la información por considerar que no la comprende y por otro lado a que “hay cierta resistencia por parte del personal de salud para establecer una mejor relación con el usuario y para suministrarle mayor información”. (Fernández, et al en Camargo et al 2010: 18)

En el hospital metropolitano los que perciben mayor cumplimiento le dan mayor importancia a conocer sus derechos, asimismo se autoevalúan mejor en conocimiento. Lo que permite establecer que las personas que consideran importante conocer sus derechos, dicen que los conocen y perciben mejor su cumplimiento.

En tanto que en el hospital regional se advierte que existe una relación positiva entre los que perciben mejor el cumplimiento de sus derechos con autoevaluarse mejor.

La investigación arroja que no se detectaron diferencias que relacionen la escolaridad, el estado civil, la edad, ni el ingreso respecto de la percepción de cumplimiento de sus derechos en ambos hospitales por parte de los pacientes, esto es que no inciden estas variables.

Sin embargo el número de ocasiones que asisten las personas a los hospitales sí influye en el nivel de percepción de cumplimiento, respecto de la muestra poblacional total se advierte que las personas que asisten más de 12 veces tienen mejor percepción de cumplimiento que los que asisten 2 a 3 veces, al tiempo que se nota una tendencia en ese sentido, lo que puede originarse en virtud de que las personas se acostumbran al servicio otorgado de la calidad que sea o en su caso se apropian del sistema y esto propicia una mayor comunicación con los prestadores de los servicios de salud, lo que redundaría en mejor calificación en el cumplimiento.

La media de los encuestados señala que algunas veces se cumple con sus derechos, calificándose dicha respuesta como muy buena, sin embargo existen personas que dijeron que nunca se cumplen con sus derechos, por lo que se puede seguir en la línea de afirmar que las personas en muchos casos por temor a perder el servicio o algún tipo de represalia, califican de forma positiva los servicios (Merakou, et al., 2001 y Kuzu., et al., 2005)

Estos datos indican que a pesar de que se conocen y existe una percepción de incumplimiento de sus derechos, hay un bajo nivel de acción, esto puede ser debido a que consideran que puede verse afectado el servicio por un lado o miedo a que pueda verse afectado el cuidado de su salud y quizá también debido a que las personas están acostumbradas a un servicio deficiente en los hospitales públicos, según refería el Comisionado de la CAMEJAL, la mayoría de las quejas presentadas ante dicha instancia

son en contra de prestadores de servicios médicos privados, lo que da indicios de que en efecto en los servicios públicos las personas toleran más el incumplimiento de sus derechos.

Lo que permite reafirmar que existe una marcada pobreza legal, entendida como ya se ha dicho por la incapacidad de hacer cabal uso de la ley. (Cappelletti 1996 en Zapata s.f.: 386), teniendo poco acceso a la justicia.

10.3 Respuesta ante la vulneración de los derechos de los pacientes

En la presente investigación se ha tomado en consideración la respuesta que tomarían los pacientes frente a la recepción de una inadecuada atención médica, lo que ha arrojado que la mayoría en el hospital metropolitano presentaría una queja verbal o cambiaría de hospital, en tanto que en el hospital regional la mayoría lo que haría sería presentar una queja verbal o no hacer nada, situación que se comparte en el estudio realizado por Kuzo et al, (2005) quienes en su estudio encontraron que en Turquía el 40% de los pacientes no presentarían queja ante la violación de sus derechos, por diversos motivos: por qué se puede molestar al personal de salud, por el miedo de su cuidado en salud se afectaría y por desconocimiento de los derechos.

En ambos hospitales los que tienen mayor conocimiento de sus derechos señalan realizarían una queja verbal o cambiarían de hospital, de lo que se puede inferir que la razón por la que lo realizarían así y no por escrito es por la inmediatez de este tipo de queja y que no requieren formalismos, se prefiere la queja verbal frente a la queja por escrito lo que es coincidente con el estudio realizado en Grecia por Merakou et al; 2001 en el que de los encuestados solamente un tercio de ellos haría una queja por escrito.

Otro factor que influye y por el cuál se presentaría la queja verbal y no por escrito es el desconocimiento de las instancias establecidas para hacerlos valer, ya que de los datos que arroja la encuesta aplicada ninguna persona de las que han presentado queja lo ha realizado ante la CAMEJAL, sino que en su mayoría (93%) lo han hecho ante la propia instancia de

salud y un porcentaje muy reducido 7% lo ha realizado ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco.

Además de que la queja verbal no requiere formalismos y el nivel de estudios de las personas encuestadas en éste estudio tienen en su mayoría estudios de primaria y secundaria, lo que puede limitarlos de realizar la redacción de una queja por escrito.

Los que perciben mayor cumplimiento de sus derechos en el hospital regional se quejarían verbalmente, cambiarían de hospital o no harían nada, por lo tanto quejarse por escrito es la última opción que elegirían los pacientes cuando su percepción del cumplimiento es menor.

Al igual en el hospital metropolitano los que perciben mayor cumplimiento de sus derechos cambiarían de hospital o presentarían queja verbal. La queja por escrito sería la última opción.

10.4 Quejas presentadas

Respecto a la presentación de quejas, el número es muy reducido, apenas 57 personas del total de la muestra se ha quejado, lo que representa el 7%, de los cuales 21 son del hospital metropolitano y 36 del regional, el mayor número de los que se ha quejado ha sido en virtud de haber recibido inadecuada atención, en segundo termino negativa a dar atención y en tercer sitio por negligencia al dar la atención, en ese orden de prelación.

Coincide que los pacientes del hospital metropolitano consideran que se cumplen sus derechos en mayor medida que en el hospital regional, lo que es congruente en que presenten menos quejas.

El fenómeno de la queja en México comienza a tomar fuerza, conforme se ha expuesto en la primera parte de esta investigación, ya que la recurrencia de las quejas en las comisiones de arbitraje médico y de derechos humanos ha incrementado, no obstante en el presente estudio podemos dar cuenta que las personas no tenemos la cultura del ejercicio de

los derechos, con independencia de si se vulneran estos en un hospital metropolitano o en un hospital regional. Las personas al menos en los hospitales públicos, adoptan una actitud pasiva.

Sobre el nivel de escolaridad que presentan los que se han quejado, en el hospital metropolitano en su mayoría cuentan con secundaria y en segundo lugar con nivel de primaria al igual que en el hospital regional. Respecto al género de los que se quejan en su mayoría son mujeres. En ambos casos no es extraño este comportamiento en virtud de que la población muestra esta conformada en su mayoría como ya se ha dejado explícito.

Respecto al ingreso familiar mensual que perciben los que más se han quejado, tanto en el hospital metropolitano como en el hospital regional son los que su ingreso está entre 3001 y 6000 pesos, seguidos de los que tienen un ingreso de 500 a 3000 pesos, sin embargo también es de esperarse por que es en donde se concentra la totalidad de la muestra.

De quienes presentan quejas tiene la escolaridad, el estado civil y la edad similar a las que se conforma del total de la muestra, por lo que se puede descartar que son variables que influyen en la decisión de las personas, aún cuando quienes menos presentan quejas son las personas que no tienen estudios.

Por otra parte los que han presentado queja en su gran mayoría 93% ha sido ante el mismo hospital y solo 7% de ellos lo han hecho ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos, en tanto que 35% de los que se han quejado no han recibido respuesta satisfactoria a su queja.

Lo que deja en claro que a pesar de que la mayoría de los encuestados señala que conocen sus derechos, por lo que aparentemente lo que se desconocen son las instancias, y los mecanismos para presentar una queja formal ante la institución correspondiente.

Como se ha dejado establecido líneas atrás, existe la percepción de que los derechos no siempre se cumplen, únicamente algunas personas son los que han dicho que siempre se

cumplen sus derechos, ya que en su mayoría señalan que se cumplen algunas veces o siempre, pero no es la totalidad, sí esto es así ¿porqué el resto no han presentado una queja?, en un estudio desarrollado en Colombia y Brasil de Delgado y Vázquez (2009) en el que tomaron las opiniones de usuarios a través de grupos focales, de entre las que destaca la descripción de actitudes conformistas, en las que imperaban la aceptación de la situación, la inacción y ausencia de protestas, incluso habiendo advertido una situación anómala; se percibe que no se actúa para mejorar la situación, incluso las declaraciones hechas en el siguiente sentido: “si nos atienden mal, uno se conforma, uno nunca hace valer las cosas de uno”(Delgado y Vázquez, 2009: 173).

Al tiempo que en México Lobato y Pichardo (2013: 54) señalan que los pacientes sujetos a investigación no tienen el suficiente conocimiento en torno a sus derechos y por ende se abusa de ellos al tampoco entenderlos y que además son incapaces de exigirlos, en tanto que por su parte Camargo et al (2010:11-17) en Colombia, señalan que para exigir un derecho se debe tener conocimiento de los mismos.

El principal motivo de la queja que refirieron los que se quejaron fue en virtud de haber recibido inadecuada atención, negativa a dar atención o negligencia al dar la atención, en ese orden de prelación, mientras que del resultado de la entrevista con el Comisionado de la CAMEJAL, éste refirió que los principales motivos de queja que se reflejan en la dependencia a su cargo, son la deficiente comunicación entre el prestador de servicio de salud y el paciente y por otro lado el incumplimiento en los resultados prometidos, las que podrían estar englobadas en los primeros mencionados.

Existe un estudio en París, Francia de (Giugliani et al, 2009) en el que se revela un aumento en el número de quejas por problemas médicos en un hospital universitario en París, así como un aumento de la percepción de un error médico después de la difusión de la ley sobre derechos de los pacientes que puede haber contribuido a esta tendencia, por lo tanto consideran que los derechos de la ley de 2002 sobre los derechos de los pacientes puede haber contribuido a un aumento de denuncias por problemas médicos debido a un cambio en la actitud de la gente hacia el proceso de quejas. Mientras que en Turquía en

estudio realizado por Sarcoglu, et al., (2010), al propiciar el desarrollo de la implementación de los derechos de los pacientes, se advierte que a partir de la instauración de la Directiva en la implementación de éstos, el aumento de las quejas ha sido sustancial hasta de un 102,2% para las que se realizan in situ y del 97,8% para las aplicaciones escritas, esto a raíz también de un Proyecto de Formación Pública en todo el país respecto a sus derechos.

Esto demuestra la importancia de la difusión de los derechos así como de los mecanismos e instituciones a quienes deben ser dirigidas las quejas, a fin de que haya en primer término conocimiento de los derechos para que éstos puedan realizar la exigibilidad de los mismos ante las instancias dispuestas con esos fines.

De la entrevista realizada al Comisionado de la CAMEJAL, se desprende que respecto a las labores de difusión de los derechos de los pacientes, dicha dependencia realiza visitas de supervisión a las unidades de salud y revisa si existe la información para los pacientes, reparte dípticos y carteles en dichas unidades sobre éstos derechos; comentó que actualmente ya se están haciendo spots para radio y posteriormente saldrán vía televisión, asimismo dejan la recomendación a todas las instituciones de salud que de manera obligatoria deban tener la información al paciente y sus familiares.

Según al decir del Comisionado no existe el presupuesto suficiente ni específico para el rubro de difusión de las funciones y atribuciones de la propia dependencia, sin embargo han aperturado ventanillas fuera del área metropolitana de Guadalajara que pueden orientar y recibir quejas, no obstante las personas no acuden a realizar sus quejas aparentemente por desconocimiento de la existencia de CAMEJAL.

También se puede advertir de la visita a los hospitales motivo de la presente investigación, en el hospital regional se cuenta con carteles alusivos a políticas de calidad y un buzón de quejas y sugerencias, pero no existe algún cartel o informativo sobre los derechos de los pacientes, en tanto que en el hospital metropolitano sí cuentan con carteles que incluyen los derechos de los pacientes.

Por otro lado el hecho de que existan varias leyes que prevean los derechos de los pacientes, propicia una dispersión además de que la propia LGS hace diferencia entre tipos de pacientes derechohabientes atendiendo al régimen que pertenecen, por lo cual no hay uniformidad en su totalidad, ante ello se podría plantear la existencia de una sola Ley General de los Derechos y Deberes de los Pacientes en México, para que sea de aplicación en todo el país de manera uniforme.

CONCLUSIONES

Uno de los derechos principales es el de estar informados. Éste implica que los ciudadanos puedan tenerla para su desarrollo en la sociedad, el conocer sus derechos como pacientes es parte de la información que las personas deben conocer para el debido respeto a sus derechos fundamentales y apropiación de los mismos.

Si a esto agregamos que las personas en cuanto a su derecho a la protección de la salud deben estar informadas sobre su proceso en salud, desde diagnóstico, tratamiento y pronóstico, para poder tomar decisiones respecto a la misma; es la información pues un elemento indispensable en el proceso curativo.

La apropiación de los derechos de los pacientes en Jalisco, México es incipiente y se requieren una serie de acciones para poder mejorar la situación.

Conforme a las hipótesis establecidas en este trabajo se concluye:

1. Se propuso como primer hipótesis: **“Los pacientes del hospital metropolitano tienen mayor conocimiento de sus derechos que los del hospital regional”** y de los resultados encontrados se deja patente que los pacientes de los hospitales Regional y Metropolitano dependientes de la Secretaría de Salud del Estado de Jalisco, tienen características sociodemográficas similares y un conocimiento de regular a bueno de sus derechos. No habiendo encontrado diferencia significativa entre ellos respecto al conocimiento que poseen de sus derechos, por lo cuál conforme a los resultados se rechaza la hipótesis.

De la investigación también podemos concluir que la información que se les debe proporcionar a los pacientes no es otorgada por el personal de los hospitales, únicamente en el hospital metropolitano se encontró que existen carteles alusivos a los derechos de los pacientes y aún cuando no es un elemento determinante para la obtención del conocimiento, es mejor que no tenerlo.

Otro elemento que contribuye es la accesibilidad a la información, en la zona metropolitana de Guadalajara se cuenta con la CAMEJAL, la que realiza visitas

esporádicas y aleatorias a unidades de salud de inspección y entrega dípticos a los pacientes para enterarlos sobre sus derechos. Aún cuando no hace diferencia en el conocimiento repórtado en esta investigación.

Los pacientes conocen mayormente los derechos que tienen que ver con las cuestiones básicas de atención médica como el de recibir atención médica adecuada, recibir trato digno y respetuoso; pero no así de los derechos relacionados con su autonomía como el de decidir libremente sobre su atención médica, por lo anterior se afirma que en México seguimos en el modelo del sistema paternalista ya que al desconocer éstos últimos propicia un estancamiento en dicho sistema y por ende no se transita al modelo del paciente autónomo, dejan todo en manos de los médicos, y esos derechos no son promovidos por las instituciones de salud, ni por el personal de la salud, ya que históricamente no ha existido una cultura de promoción de los derechos y mucho menos de la autonomía del paciente.

El apropiarse del conocimiento de los derechos no es tarea fácil pero el hecho de que a alguien le dé importancia a conocerlos aparentemente los hace proactivos y propicia que se informe al respecto.

2.- Como segunda hipótesis del trabajo se determino: **“Los pacientes del hospital metropolitano perciben un mayor cumplimiento de sus derechos que los del hospital regional”**

De los resultados expuestos se confirma la hipótesis de que los pacientes del hospital metropolitano tienen mejor percepción de cumplimiento de sus derechos que los del hospital regional.

Para abundar un poco más sobre esta percepción que tienen los pacientes sobre el cumplimiento de sus derechos, se advierte que algunos de ellos no se cumplen en su totalidad, los que no se cumplen de acuerdo con la opinión de los pacientes son aquéllos que están relacionados con la autonomía de los pacientes, tales como otorgar o no su consentimiento informado, decidir libremente sobre su atención médica, tener facilidades

para obtener una segunda opinión médica, etc., lo que da la pauta para afirmar que hay congruencia entre los derechos que se desconocen y de los que se percibe que hay un mayor incumplimiento, relacionados todos ellos con la autonomía del paciente, por lo cual podemos concluir que en efecto continuamos con un sistema paternalista, siendo en doble vía, es decir, el personal de la salud tampoco está habituado a otorgar esa autonomía al paciente.

Las cuestiones sociodemográficas tales como la escolaridad, el estado civil, el ingreso familiar mensual no son factor para determinar la percepción de los pacientes sobre el cumplimiento de sus derechos, es por ello que conforme a otras investigaciones podría ser que esto ocurra en cierta medida por el temor a perder el servicio de salud.

3.- En la tercera hipótesis de trabajo se planteó: **“Los pacientes de los hospitales regional y metropolitano independientemente de su conocimiento o percepción del cumplimiento de sus derechos, en su mayoría no se quejan o quejarían ante el incumplimiento de éstos”**.

De los resultados que se han expuesto podemos afirmar que se corroboró en parte la hipótesis ya que existe una tendencia a una conducta pasiva o conformismo entre los pacientes ya que a pesar de que solo algunas personas tienen la percepción de que siempre se cumplen sus derechos y por ende para el resto no, el número de quejas presentadas es muy bajo, lo que puede propiciarse por el propio temor a perder el servicio, por la falta de cultura en el ejercicio de los derechos o por desconocimiento de los mecanismos para hacerlos valer. Sin embargo las personas señalan que sí se quejarían ante la transgresión de sus derechos.

Las personas que conocen más sus derechos y perciben mejor su cumplimiento se quejarían verbalmente esto puede obedecer a que no se requieren formalismos, a la inmediatez, así como el desconocimiento de la existencia de la CAMEJAL o de alguna otra instancia o dependencia en donde hacerlos valer.

Sin embargo este dato dista de ser una realidad si enfrentamos la posible conducta que afirman los encuestados harían y el número de quejas que en realidad se han presentado y

con la declaración de ellos mismos en un porcentaje que si no es muy alto, es importante resaltar que no harían nada ante una deficiente atención médica.

Como ya se ha mencionado al igual que otros estudios lo que se ha demostrado es que las personas aún a pesar de que se percibe un incumplimiento en sus derechos o alguna situación anómala se conforman y no reclaman, ante el temor de perder el servicio médico o a represalias.

Los motivos por lo que se han realizado quejas son variables desde inadecuada atención médica en su mayoría, negativa a dar la atención, deficiente comunicación entre el paciente y el personal de la salud, así como la insatisfacción con los resultados prometidos. Lo que permite establecer que los pacientes de lo que se quejan está relacionado directamente con la actuación del personal de salud y no así del resto de las personas que laboran en la institución, quienes también pudieran vulnerar sus derechos pero existe una idea generalizada a recibir un mal servicio ya que no se paga por ellos o la cuota es simbólica, y a una falta de cultura de la queja o ejercicio de los derechos.

Las instancias ante las que se hacen valer los reclamos o inconformidades de los pacientes se realizan ante el propio hospital lo que se puede asumir es que esto ocurre por la proximidad y también por desconocimiento de las instancias para hacerlo ya que algunos se han quejado ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos, sin ser ésta la instancia idónea pero es de las que más se conocen por la difusión que realizan de sus funciones.

En la Ley de Salud del estado de Jalisco y en el respectivo Reglamento Interior de la CAMEJAL establece la función de ésta respecto a difundir y asesorar sobre los derechos de los pacientes y del personal de salud, por su lado en el Reglamento en comento establece las funciones de la coordinación de comunicación social en el sentido de que se deben desarrollar programas para informar a la opinión pública los objetivos y programas de la Comisión, así como los diversos para apoyar el funcionamiento de ésta.

Una limitante declarada por el propio Comisionado de la CAMEJAL, es que al no existir presupuesto para la difusión de sus actividades, no las realiza a cabalidad, lo que

propicia desinformación entre los ciudadanos respecto de los mecanismos e instancias donde hacer valer sus derechos como pacientes.

La existencia de la CAMEJAL con sede en la ciudad de Guadalajara y también en Lagos de Moreno, Puerto Vallarta y Colotlán, en donde se establecieron ventanillas de atención, es un gran paso en la defensa de los derechos de los pacientes en el estado de Jalisco, no obstante y por citar un ejemplo para el caso en particular los pacientes del hospital regional de La Barca no cuentan con la facilidad de acceder a los servicios de CAMEJAL a menos que se trasladen a la ciudad de Guadalajara lo que implicaría tiempo y gastos, dejando el reto a las autoridades de allegar los servicios a todas las regiones del estado.

La difusión de los mecanismos e instancias donde hacer valer los derechos de los pacientes en Jalisco es incipiente, se debe de orientar a la población en el conocimiento de sus derechos y en las formas en las cuales poderlos ejercer para que se apropien de los mismos y se de paso al empoderamiento de los pacientes respecto a sus derechos.

PROPUESTAS

En materia de derechos de los pacientes aún hace falta mucho camino por recorrer en México, actualmente no existe una Ley General de Derechos y Deberes de los Pacientes, lo que podría dar certeza a los ciudadanos sobre sus derechos en materia de salud y claridad al personal de la salud sobre los mismos para mejorar con ello el cumplimiento en los mismos, además que sería oportunidad propicia para agregar los deberes de los pacientes como una parte importante en la mejora de la relación médico-paciente. Incluso se podría agregar un apartado de los derechos del personal sanitario.

Por otra parte no existe una ley que establezca la obligatoriedad de las unidades de salud a difundir los derechos de los pacientes y los mecanismos e instancias para hacerlos valer, por lo que se propone la inclusión de dicha disposición en la Ley General de Salud y en la Ley de Salud del Estado de Jalisco.

La difusión debe ser permanente, a través de campañas que incluyan carteles, trípticos o dípticos, promocionales de circuito cerrado en las unidades médicas, promocionales en radio y televisión abierta, así como en las redes sociales.

Realizar evaluaciones periódicas para establecer que tanto conocen sus derechos los pacientes y con ello proponer o rediseñar mecanismos de difusión.

Realizar cursos de capacitación a los pacientes y personal de salud (enfermeras (os) y médicos) sobre los derechos de los pacientes para con ello mejorar la calidad de la atención, la relación médico-paciente e incrementar la satisfacción de éstos.

Establecer en los programas de estudios de las licenciaturas en medicina y enfermería contenidos relacionados a los derechos de los pacientes, los mecanismos e instancias legales en los cuales hacerlos valer y sobre la responsabilidad profesional del personal de salud.

Establecer evaluaciones periódicas en los hospitales para conocer los inconvenientes que han encontrado los pacientes en su atención en salud para mejorarla y con ello elevar la satisfacción de los mismos.

Que la CAMEJAL realice campañas de difusión de sus servicios fuera de sus oficinas y los ofrezca a los pacientes en las propias unidades de atención médica.

En el mediano plazo que CAMEJAL establezca una línea telefónica directa a sus servicios en las propias unidades hospitalarias y unidades médicas.

A largo plazo que la CAMEJAL vaya estableciendo unidades o ventanillas de atención en los propios hospitales o unidades médicas, lo que puede ir trabajando mediante convenios con dichas unidades de forma progresiva.

ÁREAS DE OPORTUNIDAD

Se encontró un campo fértil en torno al tema de los derechos de los pacientes en México, ya que es incipiente la existencia de estudios que los aborden, lo que deja la puerta abierta para futuras investigaciones.

El cuestionario utilizado ha representado un estudio de aproximación a los objetivos planteados en este estudio por lo cuál no esta acabado y se propone pueda ser mejorado y aumentado en las dimensiones que evalúa, derivadas del presente estudio, como la parte de la difusión de los derechos.

Entre otros rubros un área de oportunidad es corroborar a través de una investigación si los pacientes conocen los mecanismos para poder acceder a las quejas a través de una encuesta sobre si conocen esos mecanismos y realizar entrevistas personales a pacientes.

Asimismo se advierte que se puede realizar una investigación para indagar si el personal de salud (médicos, enfermeros) conocen los derechos de los pacientes y que tanto creen cumplir con ellos en su práctica cotidiana.

Realizar un estudio en el que se realicen comparativos respecto de los derechos de los pacientes en la práctica médica pública y la práctica médica privada, así como en hospitales-escuela.

Realizar estudios similares al realizado, en otra entidad federativa y entre dos hospitales con las características de estar en una región y en una zona metropolitana para comparar los resultados y en su oportunidad poder llegar a conclusiones generales de cómo se presenta el fenómeno en México en los hospitales regionales y los hospitales .

Hacer un programa de intervenciones en hospitales más concurridos en el estado de Jalisco con campañas de difusión de los derechos y realizar un diagnóstico sobre el incremento en la apropiación del conocimiento de los derechos de los pacientes, para en su caso replicarlo en todo el Estado

Proponer una consulta ciudadana para comenzar el proceso de creación de Ley de Derechos de los Pacientes.

Referencias

- Abou, H., El Nouman, A. y Zayed M. (2013). *Patients' Rights: A Hospital Survey in South Egypt*, *Jornal of empirical Research on Human Research Ethics*, 8 (3) 46-52
- Acosta Gallo, P. (2002). *Salud, profesiones sanitarias y constitución española*. Madrid: MAFRE.
- Aguirre, H., Campos, E., Carrillo, A., Zavala, E., y Fajardo, G. (2008). Análisis crítico de quejas CONAMED 1996-2007. *Revista CONAMED*, 13, 5-16. Obtenido de http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA_ABR-JUN_2008.pdf
- Aizenberg M., (s.f.) *Los Derechos del Paciente: Análisis de la Ley N° 26.529*, Centro de Estudios para el Desarrollo de la Industria Químico – Farmacéutica Argentina (CEDIQUIFA), obtenido de http://www.cedi.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=324:der-echos-de-los-pacientes-ley-26529&catid=44:novedades&Itemid=28
- Alexy, R. (2002) *Teoría de los derechos Fundamentales*, traducción de Ernesto Garzón Valdes, Madrid. En Carbonell, M. (2004). *Los Derechos Fundamentales en México*, Comisión Nacional de Derechos Humanos y Universidad Autónoma de México.
- Almojael A. (2012). *Hospitalized Patients Awareness of Their Rights in Saudi Governmental Hospital*. *Middle-East Journal of Scientific Resarch* 11(3): 329-335.
- Arribas, M. (2004). *Diseño y Validación de Cuestionarios* (1st ed.). Madrid. Obtenido de <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7192/173/disen-y-validacion-de-cuestionarios>
- ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL,. (1981). *Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos del Paciente*. *Wma.net*. Obtenido de <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/14/>

- Bellver, V. (2006). Una aproximación a la regulación de los derechos de los pacientes en España. *Cuadernos De Bioética*, XVII(1), 11-25. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87505901>
- Burbinski, B y Nasser, M. (1990) *Reflexiones acerca de las relaciones médico-paciente*. Arch Argent Pediat. 1990;97(11):43-46.
- Camargo, F., Parra, D., Rey, R., Gómez, W., Alfonso, E., y Almeida, L. (2011). ¿Conocen los usuarios sus deberes y derechos? Una evaluación posterior a una intervención. *Salud UIS*, 43(1), 11-19.
- CAMEJAL,. (2014). *Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco - CAMEJAL / Gobierno del Estado de Jalisco*. *Jalisco.gob.mx*. Obtenido de <http://www.jalisco.gob.mx/es/gobierno/organismos/1851>
- CAMEJAL,. (2013). *Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco - CAMEJAL / Gobierno del Estado de Jalisco*. *Jalisco.gob.mx*. Informe de Actividades, obtenido de <http://www.jalisco.gob.mx/es/gobierno/organismos/1851>
- Cappelletti M. y Garth B. “El acceso a la Justicia: La tendencia en el movimiento mundial para hacer efectivos los derechos”, En Zapata (s.f). Acceso a la Justicia
- Carbonell, J. y Carbonell M. (2013). *El derecho a la salud: Una propuesta para México*. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Carbonell, M. (2004). *Los derechos fundamentales en México*. México, D.F.: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Carbonell, M., Moguel, S., y Pérez Portilla, K. (2003). *Derecho internacional de los derechos humanos*. México: Editorial Porrúa.
- Cárceles-Guardia, F. (2005). Derechos y deberes del paciente, 1984-2004. *Revista De Calidad Asistencial*, 20(6), 295-301. doi:10.1016/s1134-282x(05)70768-5
- Cárdenas, N. (2012). Jürgen Habermas y la educación en derechos humanos. *Revista Magistro* 11 (6), 17-38. Obtenido de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3991479>

- Carrillo, M., Durán, M., y Leal, M. (2001). Conocimiento del paciente sobre sus derechos. *Revista De Enfermería Del IMSS*, 9(1), 23-26. Obtenido de <http://revistaenfermeria.imss.gob.mx>
- Carrera J. (2006). *Evolución de la relación médico paciente*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos16/médico-paciente.shtml>
- Casa Madrid, O. (2003). Derechos de los pacientes. En *Los Derechos de los Pacientes* (1a ed., pp. 103-117). México: Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- Casas, M., y Zepeda, E. (2012). Percepción del Cumplimiento de la Carta de derechos de los Pacientes. *Revista CONAMED*, 17(1), 120-125. Obtenido de http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/revista_conamed.php
- Carta Europea de los Derechos de los Pacientes. (2002). Obtenido de <https://www.aecc.es/SobreElCancer/bibliotecadedocumentos/Documents/Declaraciones%20internacionales/carta%20europea%20de%20los%20derechos%20de%20los%20pacientes.pdf>
- CEDHJ,. (2014). *Estadísticas 2014. Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco*. Obtenido el 25 de Noviembre del 2014, de http://cedhj.org.mx/estadisticas/2014/octubre/Ene_dic%202014-OCTUBRE.pdf
- CEDHJ,. (2014b). *Recomendaciones 2014. Cedhj.org.mx*. Obtenido de <http://cedhj.org.mx/reco2014.asp>
- CEPAD A.C. (2014). *Informe sobre la situación de los derechos humanos en Jalisco 2013* (1st ed.). Guadalajara: Centro de Justicia para la Paz y el Desarrollo A.C. (CEPAD). Obtenido de <http://www.cepad.org.mx/>
- Cidh.oas.org,. (1988). *Documentos Basicos - Protocolo de San Salvador*. Obtenido de <http://www.cidh.oas.org/Basicos/Basicos4.htm>
- CNDH,. (2013). *Informe especial de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre los hospitales psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal y Estados de la República Mexicana*.(1st ed., pp. 1-47). México. Obtenido de

- http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/informes/especiales/informeEspecial_HospitalesPsiqu.pdf
- CNDH,. (2015). *¿Qué son los Derechos Humanos? | Comisión Nacional de los Derechos Humanos - México. Cndh.org.mx.* Obtenido de http://www.cndh.org.mx/Que_Son_Derechos_Humanos
- Consejo Estatal de Población (COEPO), (2014a). *Municipio de La Barca.* Obtenido de <http://ieeg.gob.mx/contenido/Municipios/Barca.pdf>
- Consejo Estatal de Población (COEPO), (2014b). *Municipio de Zapopan.* Obtenido de <http://ieeg.gob.mx/contenido/Municipios/Zapopan.pdf>
- CONAMED . (2001). *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.* México
- CONAMED. (2014a). *Estadísticas CONAMED.* Obtenido de http://www.conamed.gob.mx/estadistica/pdf/SINTESIS_2014/cuadros_14_1.pdf
- CONAMED,. (2014b). *información sobre la CONAMED para los profesionales de la salud* (1a ed., p. 3). México. Obtenido de http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/funciones.pdf
- Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL). (2003). *Declaración de Montevideo, VI Asamblea Ordinaria Anual,* obtenido de <http://www.confemel.com/asambleas/as0312a.htm>
- CONSEJO DE EUROPA,. (1997). *Consejo de Europa Convenio de bioética 1997. Bioeticas.net.* Obtenido de <http://www.bioeticas.net/leg/001.htm>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Congreso Constituyente. Promulgada el 5 de Febrero de 1917. México.
- Constitución Política del Estado de Jalisco, dado en el Salón de Sesiones del Congreso del Estado 8 de Julio de 1917. México.
- Corte Europea de Derechos Humanos,. (2002). *Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales* (1a ed., pp. 1-57). Obtenido de http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_SPA.pdf

- Delgado-Gallego, M., y Vázquez, M. (2009). Percepciones de usuarios y líderes comunitarios sobre su capacidad para influenciar en la calidad de los servicios de salud: un estudio de casos de Colombia y Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*, 25(1), 169-178. doi:10.1590/s0102-311x2009000100018
- Erer, S., Atici, E., y Erdemir, A. (2008). The views of cancer patients on patient rights in the context of information and autonomy. *Journal Of Medical Ethics*, 34(5), 384-388. doi:10.1136/jme.2007.020750. Obtenido de <http://jstor.org/stable/27720090>
- Espinoza, V. (2011, Abril 7). “Conoce quiénes violan más los derechos humanos en el DF”. *El Universal*, Comunidad. p. 1. Obtenido de <http://www.eluniversaldf.mx/home/nota23242.html>
- Ferrajoli, L. (2001). *Derechos y garantías*. Madrid: Editorial Trotta.
- Flores, E. (2006). Impartición Discriminatoria de la Justicia (Un panorama del Acceso a la justicia en México y en la Región Costa Sur de Jalisco). *Revista electrónica Letras Jurídicas* del Centro Universitario de la Ciénega de la Universidad de Guadalajara número 2, 1-23. Obtenido de [www.http://letrasjuridicas.cuci.udg.mx](http://letrasjuridicas.cuci.udg.mx)
- Gallego S., Hinojal R., y Rodríguez J. (1993). *Los derechos de los pacientes problemática práctica*, Medicina Clínica (100), 538-541
- García Ortega, C., Cózar Murillo, V., y Almenara Barrios, J. (2004). La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002. *Revista Española De Salud Pública*, 78(4), 469-479. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1135-57272004000400005&script=sci_arttext
- Giugliani, C., Gault, N., Fares, V., Jegu, J., Trolli, S., Biga, J., y Vidal-Treca, G. (2009). Evolution of patients' complaints in a French university hospital: is there a contribution of a law regarding patients' rights?. *BMC Health Services Research*, 9(1), 141. doi:10.1186/1472-6963-9-141
- Gobierno del Estado de Jalisco,. (2014a). *Regiones de Jalisco | Gobierno del Estado de Jalisco*. [Jalisco.gob.mx](http://www.jalisco.gob.mx). Obtenido del 23 de Septiembre del 2014, de <http://www.jalisco.gob.mx/es/jalisco/regiones>

- Gobierno del Estado de Jalisco,. (2014b). *La Barca | Gobierno del Estado de Jalisco. Jalisco.gob.mx*. Obtenido el 23 de Septiembre del 2014, from <http://www.jalisco.gob.mx/es/jalisco/municipios/la-barca>
- Gobierno del Estado de Jalisco,. (2014c). *Zapopan | Gobierno del Estado de Jalisco. Jalisco.gob.mx*. Obtenido el 23 Septiembre del 2014, de <http://www.jalisco.gob.mx/es/jalisco/municipios/zapopan>
- Gómez, O. (2004). El derecho a la atención de la salud:ingrediente de la ciudadanía integral. *Salud Pública De México*, 46(5), 376-377. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10646502>
- González, M. (2009) *La Protección de los Derechos de los Pacientes en la Unión Europea: Legislación Comparada* (Tesis de Doctorado, Universidad de Granada). Obtenido de hera.ugr.es/tesisugr/18655890.pdf
- González, R. (2004). *La Psicología en el campo de la salud y la enfermedad*. La Habana: Editorial Científico Técnico.
- Guix, J., Fernández, J., y Sala, J. (2006). Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes. *Gaceta Sanitaria*, 20(6), 465-472. doi:10.1157/13096522
- Gutiérrez, J., Hernández, M., Romero, M., y Castro, M. (2015). *Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2013* (1st ed., pp. 1-83). Guanajuato. Obtenido de <http://seguropopular.guanajuato.gob.mx/archivos/transparencia/satisfaccion/GUANAJUATO.pdf>
- Hamui, L., Fuentes, R., Aguirre, R. y Ramírez O. (2013). *Expectativas y Experiencias de los Usuarios del Sistema de Salud en México: Un estudio de Satisfacción con la Atención Médica*. UNAM
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.

- Hernández R. y Rodríguez A. (2000) La bioestadística como herramienta de investigación. En: Ballina García J. y Carmona Ortells L. (Editores) *Manual de epidemiología para reumatólogos. Metodología de la investigación en la reumatología clínica*. Sociedad Española de Reumatología. Pag. 189-205, Ediciones Hergón, S.A., Madrid, 2000.
- Hernández, F., Coello, C., y Santacruz, J. (2008). La protección al usuario de los servicios de salud en el marco de los derechos humanos de cuarta generación. *Revista CONAMED*, 13(1), 35-45. Obtenido de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3624074>
- Herranz, G. (2001) I Diritti del paziente, sono diritti umani? 295-311. En González (2009) La Protección de los Derechos de los Pacientes en la Unión Europea: Legislación Comparada (Tesis de Doctorado, Universidad de Granada). Obtenido de hera.ugr.es/tesisugr/18655890.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). Derechohabencia y Usos de servicios de salud. Obtenido de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msoc02&s=est&c=22595>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012). Servicios de Salud. Consultas externas otorgadas en instituciones del Sistema Nacional de Salud por entidad federativa según tipo de consulta, 2008 a 2012. <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msal26&s=est&c=22550>
- Instituto de Información Estadística y Geográfica del Estado de Jalisco,(IIEG). (2014a). *La Barca Diagnóstico Municipal* (1a ed., pp. 1-32). Obtenido de <http://iieg.gob.mx/contenido/Municipios/cuadernillos/LaBarca.pdf>
- Instituto de Información Estadística y Geográfica del Estado de Jalisco, (IIEG). (2014b). *Zapopán Diagnóstico Municipal* (1a ed., pp. 1-31). Zapopán. Obtenido de <http://iieg.gob.mx/contenido/Municipios/cuadernillos/Zapopan.pdf>
- Jovell, A. (2008). La visión de los pacientes. *Revista De Administración Sanitaria Siglo XXI*, 6(1), 33-36.

- Kaye, D. (2003). Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud en el Distrito Federal. en Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Derechos Humanos y Servicios de Salud* (1a ed.) 15-19. México D.F.
- Kuzu N, Ergin, A. y Zencir M. (2005). Patients' Awareness of their rights in a developing country. The Royal Institute of Public Health. *Elsevier*. 290-296.
- Leino, H. y Kurittu K. (1995). Patients' Rights in Hospital an Empirical Investigation in Finland. *Nursing Ethics* 2 (2). 103-113.
- León, P. (2004). *La Implantación de los derechos del paciente*. Pamplona: EUNSA.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado número 274 de 15 de noviembre de 2002. Jefatura del Estado. Gobierno de España.
- Ley Estatal de Salud (1986) Congreso del Estado de Jalisco 16 de diciembre de 1986. México.
- Ley Federal de Protección de Datos en Posesión de Particulares, Diario Oficial de la Federación de 7 de Febrero de 2010. México.
- Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación 7 de febrero de 1984. México.
- Lobato, A. y Pichardo, L. (2013) *¿En qué medida es verdad que los sujetos de investigación comprenden sus derechos?*. Persona y Bioética, Colombia. 17 (1) 49-57
- López, J. (2004). Antecedentes Históricos y contexto de la Ley 41/2002. En P. León, *La Implantación de los Derechos del Paciente Comentarios a la Ley 41/2002* (1a ed., pp. 19-41). Pamplona: EUNSA.
- Lorenzo y Montero, R. (2003). *Derechos y obligaciones de los pacientes*. Madrid: Colex.
- Manteca, V. (2004). Derechos del Paciente: evolución y regulación normativa. *Revista Vasca De Administración Pública*, 68(1), 261-288.
- Martín M. (2004). Diseño y Validación de Cuestionarios, *Matronas Profesión* 5, (17), 23-29

- Méjica, J., y Díez, J. (2006). *El Estatuto del Paciente a través de la nueva legislación sanitaria estatal*. Madrid: Thomson Civitas.
- Merakou, K., Dalla, P., Garanis, T. y Kourea, J. (2001). Satisfying Patients' Rights: A Hospital Patient Survey. *Nursing Ethics* 8(6) 499-509.
- Mira, J. (s.f.), *El paciente competente, una alternativa al paternalismo*, Universidad Miguel Hernández de Elche. Agencia Valenciana de Salud. Alicante (España). Obtenido de <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo8.pdf>
- Moctezuma, G. (2001). *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*. México: Cámara de Diputados, LVII Legislatura.
- Navarro, M., Gabriele, G., y Jovell, A. (2008). Los derechos del paciente en perspectiva. *Atención Primaria*, 40(7), 367-369. doi:10.1157/13124131
- Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, Diario Oficial de la Federación 15 de Octubre de 2012. México.
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, Para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica. Diario Oficial de la Federación 16 de Noviembre de 1995.
- OEA - CIDH,. (1948). *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*. Oas.org. Obtenido de <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>
- OMS. (2014). *OMS / Sistemas de salud*. Who.int. Obtenido de http://www.who.int/topics/health_systems/es
- OMS - EURO. (1994). *Declaración Para la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa* (1a ed., pp. 1-12). Obtenido de http://www.ffis.es/ups/documentacion_ley_3_2009/Declaracion_promocion_derechos_pacientes_en_Europa.pdf
- ONU- OHCHR. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Ohchr.org. Obtenido de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

- ONU – Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos en México. (2003). *Diagnóstico Sobre la Situación de los Derechos Humanos en México* obtenido de <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>
- ONU - OHCHR. (2014). *Qué son los derechos humanos*. *Ohchr.org*. obtenido de <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>
- ONU. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. *Un.org*. obtenido de <http://www.un.org/es/documents/udhr>
- Oviedo, H. y Campo, A. (2005) Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista colombiana de Psiquiatría XXXIV* (4), 572-580
- Parsapoor, A. Mohammad, K, Malek, H., Ala, F. y Larijani, B. (2012) Observance of Patient's Rights: A survey on the views of Patients, Nurses, and Physicians. *J. Medic Ethics Hist Med*, 5:5.
- Peces, G. (1999). “Curso de derechos Fundamentales Teoría General” Madrid: Universidad Carlos III de Madrid – Boletín Oficial del Estado.
- Pérez, V., Mira, J., Tomás, O., y Rodríguez, J. (2005). Cómo llevar a la práctica la Declaración de Derechos del Paciente de Barcelona. Recomendaciones para mejorar la comunicación con el paciente y asegurar el respeto a sus valores como persona. *Revista De Calidad Asistencial*, 20(6), 327-336. doi:10.1016/s1134-282x(05)70773-9
- Poder Judicial de la Federación, Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2005). *Las Garantías Sociales 2ª Edición*. México.
- Rello, M. (2014, Junio 4). “Ordenan aprehender a 16 médicos del IMSS por negligencia en Jalisco”. *Milenio - Jalisco*. Región. Obtenido de http://www.milenio.com/region/Liberan-ordenes-aprehension-IMSS-Jalisco_0_311369079.html
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Publicado en el Diario Oficial de la Federación de 29 de abril de 1986. México.

- Reyes, H., Flores, S., Saucedo, A., Vertiz, J., Juárez, C. y Wirtz, V. (2013). Percepción de los Usuarios Sobre la Calidad de la Atención Ambulatoria en Servicios de Salud en México. *Salud Pública de México* 55 Suplemento. S100-S105
- Rodríguez, J., Gallego, S. e Hinojal, R. (1996). Unidad de Admisión-Documentación: su implicación con los derechos de los pacientes. *TODO HOSPITAL* 124 Marzo. 15-18.
- Sánchez J.(1971). *Principios elementales del muestreo y estimación de proporciones*. I.N.E. Artes Gráficas, S.A., Madrid.
- Sánchez, J. (2007). La Relación Médico Paciente. Algunos Factores Asociados que la Afectan. *Revista CONAMED*, Vol 12 (1) enero-marzo 20-27.
- Sánchez J, Gallego S., e Hinojal R. (1994). Aspectos técnico y jurídicos del usuario en relación con el sistema sanitario: pasado, presente y futuro de los servicios de atención al paciente. *TODO HOSPITAL* (103) Enero-Febrero 41-47.
- Saracoglu, G., Tokuc, B., Guler, F., & Gul, H. (2010). Evaluation of patient rights practices in a developing country: the Edirne model for the implementation of patient rights in Turkey. *Journal Of Medical Ethics*, 36(8), 488-493. doi:10.1136/jme.2009.034264. Recuperado de <http://jstor.org/stable/25699714>
- Secretaría de Salud Jalisco,. (2014). *Directorio de Servicios Médicos, Hospital General de Occidente*(1st ed.). Zapopán: Secretaría de Salud - Gobierno de Jalisco. obtenido de http://ssj.jalisco.gob.mx/sites/ssj.jalisco.gob.mx/files/occidente_hgo.pdf
- Secretaría de Salud Jalisco,. (2015). *Tareas de la Secretaría*. *Ssj.jalisco.gob.mx*. Obtenido de <http://ssj.jalisco.gob.mx>
- Secretaría de Salud México. (2007) Programa Nacional de Salud 2007-2012 “Por un México Sano: Construyendo Alianzas para una mejor Salud”, obtenido de <http://www.pediatrica.gob.mx/pns.pdf>

- Secretaría de Salud México - Seguro Popular. (2015). *¿Qué es el Seguro Popular?. Seguro-popular.gob.mx.* Obtenido de <http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/conocenos/seguro-popular-1>
- Seijas Villadangos, E. (2006). *Los derechos del paciente.* Madrid: Boletín Oficial del Estado.
- Serna, F. (2003). Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud en el Distrito Federal. En Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Los Derechos de los Pacientes* (1a ed., pp. 21-27). México D.F.
- Soto, G., Lutzow, M., y González, R. (2012). *Rasgos Generales del Sistema de Salud en México* (1st ed., pp. 119-136). México D.F. Obtenido de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/planunico/spii/antologia2012/15.pdf>
- Tena, C., Ruelas, E., Sánchez, J., Rivera, A., Moctezuma, G., y Manuell, G. et al. (2002). Derechos de los Pacientes en México. *Revista Médica Del IMSS*, 40(6), 523-529.
- Tolivar, L. (2007). Derechos de los Pacientes y Usuarios ante la Gestión Privada de Servicios Sanitarios. *DS: Derecho y Salud*, Vol. 15, número Extra 1(Ejemplar dedicado a: XV Congreso “Derecho y Salud”) 43-62.
- UNESCO,. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (1a ed., pp. 1-11). Obtenido de http://www.ucv.cl/prontus3_bioetica/site/artic/20051227/asocfile/ASOCFILE120051227213015.pdf
- Valenzuela, P., Pezoa, M., y Morales, S. (2014). *Estudio de Usuarios del Sistema de Salud y Prestadores respecto de la Ley de Derechos y Deberes, (informe cuantitativo)* (1a ed., pp. 1-102). Obtenido de http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-9820_recurso_1.pdf
- Vega, M. (2014, Octubre 13). 60% de los pacientes en México necesitan controlar un dolor, pero no tienen acceso al tratamiento. *Animal Político*. Nacional. pp. 1-6. Obtenido de

<http://www.animalpolitico.com/?s=60%25de+los+pacientes+en+Mexico+necesitan+controlar+un+dolor>

Velázquez, A. (2011). El Derecho Fundamental de Protección a la salud: contexto internacional y nacional. En A. Velázquez y J. Becerra, *Los Actuales Problemas de los Derechos Fundamentales* (1a ed.). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Wilson, M. (1997). Patients' Rights in England and the United States of America: "The Patient's Charter" and the New Jersey Patient Bill of Rights: A Comparison. *Journal of Medical Ethics*, vol. 23 (4) Agosto 213-220. Publicado por BMJ. Obtenido de <http://www.jstor.org/stable/27717961>

Zapata, (s.f.). *Acceso a la justicia* (1a ed., pp. 383-393). México D.F. Obtenido de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/1/92/23.pdf>

Anexos

1. Autorización de los hospitales para aplicar el cuestionario



ZAPOPAN JALISCO 3 DE MAYO DE 2013



**HOSPITAL
GENERAL
DE OCCIDENTE**

DR. RAUL VILLARROEL CRUZ
JEFE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN
CAPACITACION, ETICA Y CALIDAD

MARTHA B. JIMENEZ BOTELLO
ASISTENTE DE JEFATURA

**DR. RUBEN SERGIO MERCADO
GARCIA**
COORDINADOR DE CAPACITACION

DR. FERNADO RIVAS SOLIS
COORDINADOR DE ENSEÑANZA

**DR. IGNACIO GARCIA DE LA
TORRE**
COORDINADOR DE INVESTIGACION
Y ETICA

**DRA. SILVIA RODRIGUEZ
GUERRERO**
GESTORA DE CALIDAD

**ENF. MARGARITA DE LA TORRE
GALVAN**
CALIDAD

LIC. RAMON GONZALEZ FRANCO
COORDINADOR DIFUSION Y
LOGISTICA

**SAMYR FELIPE HERNANDEZ
ROBLES**
DIFUSION Y LOGISTICA

LIC. ANEL VAZQUEZ ALONSO
DIFUSION Y LOGISTICA

LUCY BOTELLO GARCIA
SECRETARIA DE JEFATURA

MA. JESÚS VERA CURIEL
SECRETARIA DE CAPACITACION

**CLAUDIA EDITH MACIAS
CELVERA**
SECRETARIA DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION

**ROCIO DEL CARMEN DIAZ
TORRES**
SECRETARIA DE CALIDAD

GERARDO MORA VIERA
DISEÑO GRAFICO

ANA LILIA BAÑUELOS PARRA
BIBLIOTECARIA TM

CRISTINA NUÑEZ CHAVEZ
BIBLIOTECARIA TV

RAMON URIBE ESTRADA
BIBLIOTECARIO FINES DE SEMANA

Tel. fax
30-30-63-45

ens.inv.hgo@hotmail.com

MAESTRA. ALMA JESSICA VELAZQUEZ GALLARDO
Tutor de Tesis: DR JAIME ARIAS AMARAL
Presente

Se le comunica que el comité de Investigación y Ética de este Hospital, le autoriza la realización de su proyecto de tesis titulado:

- “Los derechos de los pacientes en el Sector Salud de un Hospital Regional y un Hospital Metropolitano en el Estado de Jalisco”

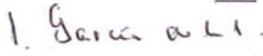
Habiendo usted presentado la siguiente documentación al pleno, lo que le permite iniciar el proceso de Investigación:

- Protocolo de Investigación Original.

Su protocolo queda registrado en esta institución con el número 278/13 el cual es importante mencionarlo al momento de entregar sus informes, con el fin de ser archivado con oportunidad. Le agradezco el apego al seguimiento y el compromiso adquirido por usted para informar en tiempo y forma de sus resultados.

ATENTAMENTE


DR. RAÚL VILLARROEL CRUZ
SECRETARIO TECNICO DEL COMITÉ DE
INVESTIGACION Y ETICA
HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE
DIVISION DE
ENSEÑANZA E INVESTIGACION


DR. IGNACIO GARCIA DE LA TORRE
COORDINADOR DEL COMITÉ DE
INVESTIGACION Y ETICA





OFICIO N° SSJ-HRLB-126/2013

La Barca, Jal., a 29 de abril de 2013

Mtra. Alma Jessica Velazquez Gallardo

PRESENTE

Por este conducto nos dirigimos a usted para informarle sobre la solicitud la aplicación de encuestas a los usuarios de esta unidad médica, para complementar la investigación titulada " LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES EN EL SECTOR SALUD DE UN HOSPITAL REGIONAL Y UN HOSPITAL METROPOLITANO EN EL ESTADO DE JALISCO".

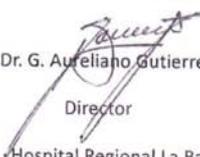
En reunion en cuerpo directivo y el comite de bioetica e investigación del Hospital Regional de La Barca, emite el siguiente punto resolutivo a la solicitud planteada por la C. Mtra. Alma Jessica Velazquez Gallardo, profesor docente e investigador titular "B" del Centro Universitario de la Ciénega de la Universidad de Guadalajara:

RESOLUTIVO: Ante la solicitud planteada por la C. Mtra. Alma Jessica Velazquez Gallardo, en la que plantea el levantamiento de encuestas a los usuarios del Hospital Regional de La Barca, para complementar investigación titulada "LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES EN EL SECTOR SALUD DE UN HOSPITAL REGIONAL Y UN HOSPITAL METROPOLITANO EN EL ESTADO DE JALISCO", y de la cual se desprende que es su deseo aplicar las encuestas en este hospital, se AUTORIZA a la C. Mtra. Alma Jassica Velazquez Gallardo a llevar a cabo el levantamiento de encuestas para complementar la investigación antes señalada, al mismo tiempo que se solicita enviar copia de los resultados a la dirección del Hospital Regional de La Barca con el fin de establecer las mejoras correspondientes a la calidad de la atención de los servicios otorgados.

Sin mas por el mopmento, quedamos de usted.

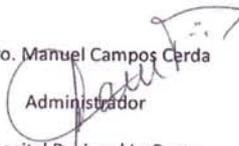
Atentamente

"Sufragio Efectivo. No Reelección"
"2013, Año de Belisario Domínguez y 190 Aniversario del
Nacimiento del Estado Libre y Soberano de Jalisco"


Dr. G. Aureliano Gutierrez Zavala

Director

Hospital Regional La Barca


Mtro. Manuel Campos Cerda

Administrador

Hospital Regional La Barca

c.c.p. Archivo.

GAGT'mcc



Secretaría de Salud
GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

Venus No. 84, Fraccionamiento Jardines del Sol. C.P. 47913, La Barca, Jalisco, México.
Tels. (393) 7 59 59 80. Fax. (393) 93 5 00 40.
Correo: albhospital@telmexmail.com

2. Cuestionario Aplicado como prueba piloto

Folio _____ Hospital: 1. Metropolitano 2. Regional

2. Edad: _____ 3. Sexo 1. Femenino 2. Masculino

4. Quien responde: 1. Paciente 2. Representante

5. Servicio al que acude:

1. Consulta Externa _____ 2. Urgencias _____ 3. Ginecobstetricia _____ 4. Ortopedia _____
 5. Odontología _____ 6. Urología _____ 7. Medicina Preventiva _____
 8. Otro. (escriba cual) _____

	Nada	Poco	Regular	Mucho
	1	2	3	4
6. ¿Desde su punto de vista que tan importante es conocer sus derechos como paciente?				
7. ¿En qué medida conoce usted sus derechos como paciente?				
¿Qué tanto conoce Usted los siguientes derechos?:				
8. Derecho a recibir atención médica adecuada				
9. Derecho a recibir trato digno y respetuoso				
10. Derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz				
11. Derecho a decidir libremente sobre su atención médica				
12. Derecho a otorgar o no su consentimiento válidamente informado en la atención				

médica				
13. Derecho a ser tratado con confidencialidad				
14. Derecho a contar con facilidades para tener una segunda opinión médica				
15. Derecho a recibir atención médica en caso de urgencia				
16. Derecho a contar con su expediente clínico				
17. Derecho a ser atendido cuando se inconforme por la atención recibida				
Desde su experiencia con que frecuencia	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Siempre
	1	2	3	4
18. El personal del Hospital informa al paciente sobre sus derechos				
19. Ha recibido adecuada atención médica en el Hospital				
20. Ha recibido trato digno y respetuoso en el Hospital				
21. Ha recibido información suficiente, clara, oportuna y veraz en el Hospital				
22. Se le ha permitido decidir libremente sobre su atención en salud en el Hospital				
23. Se le ha permitido otorgar o no su consentimiento válidamente informado en la atención médica recibida en el Hospital				
24. Ha sido tratado con confidencialidad en el Hospital				
25. Ha tenido las facilidades por parte del Hospital, para obtener una segunda opinión				

en torno a su problema de salud				
26. El hospital otorga atención médica en caso de urgencia				
27. El Hospital realiza el expediente clínico				
En su Opinión:				
	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Siempre
	1	2	3	4
28. En su opinión ¿el hospital da respuesta a las inconformidades respecto de la atención recibida?				
29. En su opinión ¿los pacientes del hospital realizan una reclamación al no respetarse sus derechos?				

30.- ¿Cuántas veces ha venido a solicitar atención a este hospital?

1. Primera vez _____ 2. 2 a 3 Veces _____ 3. 4 a 6 veces _____ 4. 7 a 9 veces _____
5. 10 a 12 veces _____ 6. otro (escriba cuantas) _____

31.- Si Usted no recibe una adecuada atención médica, generalmente: (seleccione solo una respuesta)

- 1.- Realiza una queja verbal _____ } Pase a la
2.- Realiza una queja por escrito _____ } pregunta 32
3.- Cambia de Hospital _____ } Pase a la
4.- No hace Nada _____ } pregunta 33
5.- Otro (escriba cuál): _____

32. Si usted puso una queja, ¿cuál fue el motivo de la misma?:

1. Inadecuada atención _____
2. Negativa a dar atención _____
3. Negligencia al dar la atención _____
4. Otro (escriba cuál) _____

33. Escolaridad:

1. Sin estudios _____ 2. Primaria _____ 3. Secundaria _____ 4. Preparatoria _____ 5. Carrera Técnica _____
6. Profesional _____ 7. Posgrado _____ 8. Otro _____

34. Estado civil:

1. Soltero ____ 2. Casado ____ 3. Divorciado ____ 4. Unión libre ____
5. Viudo ____ 6. Otro ____

35.- Ingreso familiar mensual promedio (en pesos):

1. 500 a 3,000 ____ 2. 3,001 a 6,000 ____ 3. 6,001 a 8,000 ____ 4. 8,001 a 11,000 ____ 5. 11,001 o más ____
6. Otro (escriba cuánto) ____

36.- ¿Qué considera que debería hacerse para que las personas conozcan sus derechos como pacientes? Mencione 3 en orden de importancia:

1. _____

2. _____

3. _____

3. Cuestionario aplicado definitivo de los Derechos de los Pacientes

_____ Hospital:

2. Edad: _____ 3. Sexo _____

4. Servicio al que acude:

1. Medicina Interna _____ 2. Ginecobstetricia _____ 3. Traumatología _____ 4. Odontología _____ 5. Urología _____ 6. Dermatología _____ 7. Otro (escriba cual) _____

	Nada	Poco	Regular	Mucho
	1	2	3	4
5. ¿Desde su punto de vista que tan importante es conocer sus derechos como paciente?				
6. ¿En qué medida conoce usted sus derechos como paciente?				
¿Qué tanto conoce Usted los siguientes derechos?:				
7. Derecho a recibir atención médica adecuada				
8. Derecho a recibir trato digno y respetuoso				
9. Derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz				
10. Derecho a decidir libremente sobre su atención médica				
11. Derecho a otorgar o no su consentimiento válidamente informado en la atención médica recibida				
12. Derecho a ser tratado con confidencialidad				
13. Derecho a contar con facilidades para tener una segunda opinión médica				
14. Derecho a recibir atención médica en caso de urgencia				
15. Derecho a contar con su expediente clínico				
16. Derecho a ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida				
17.- Mencione 3 derechos que usted considera más importantes: 1. _____ 2. _____ 3. _____				
Desde su experiencia con qué frecuencia:	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Siempre
	1	2	3	4

18. El personal del Hospital informa al paciente sobre sus derechos				
19. Ha recibido adecuada atención médica en el Hospital				
20. Ha recibido trato digno y respetuoso en el Hospital				
21. Ha recibido información suficiente, clara, oportuna y veraz en el Hospital				
22. Se le ha permitido decidir libremente sobre su atención en salud en el Hospital				
23. Se le ha permitido otorgar o no su consentimiento válidamente informado en la atención médica recibida en el Hospital				
24. Ha sido tratado con confidencialidad en el Hospital				
25. Ha tenido las facilidades por parte del Hospital, para obtener una segunda opinión en torno a su problema de salud				
26. El hospital otorga atención médica en caso de urgencia				
27. El Hospital realiza el expediente clínico				

28.- ¿Cuántas veces ha venido a solicitar atención a este hospital?

1. Primera vez _____ 2. 2 a 3 Veces _____ 3. 4 a 6 veces _____ 4. 7 a 9 veces _____ 5. 10 a 12 veces _____ 6. otro (escriba cuantas) _____

29.- Si Usted no recibe una adecuada atención médica, generalmente: (seleccione solo una respuesta)

1.- Realiza una queja verbal _____

2.- Realiza una queja por escrito _____

3.- Cambia de Hospital _____

4.- No hace Nada _____

5.- Otro (escriba cuál): _____

30. Si usted puso una queja, ¿cuál fue el motivo de la misma?:

1. Inadecuada atención _____

2. Negativa a dar atención _____

3. Negligencia al dar la atención _____

4. Otro (escriba cuál) _____

31.-Si usted puso una queja, ¿ante que instancia la presentó?

1. El mismo Hospital _____

2.- Ante la CAMEJAL _____

3.- Ante la CEDHJ _____

4.- Otro (escriba cuál) _____

32.-Si usted puso una queja, ¿se le dio respuesta a su inconformidad?

1. Si _____

2.- No _____

33. Escolaridad:

1. Sin estudios _____ 2. Primaria _____ 3. Secundaria _____ 4. Preparatoria _____ 5. Carrera Técnica _____ 6. Profesional _____ 7. Posgrado _____ 8. Otro _____

34. Estado civil:

1. Soltero _____ 2. Casado _____ 3. Divorciado _____ 4. Unión libre _____

5. Viudo _____ 6. Otro _____

35.- Ingreso familiar mensual promedio (en pesos):

1. 500 a 3,000 _____ 2. 3,001 a 6,000 _____ 3. 6,001 a 8,000 _____ 4. 8,001 a 11,000 _____ 5. 11,001 o más _____ 6. Otro (escriba cuánto) _____

4. Cartas de expertos que avalan la validez de contenido del instrumento

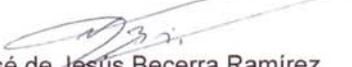
A QUIEN CORRESPONDA.

Por medio de este conducto me permito saludarle y al mismo tiempo informar que he revisado el instrumento elaborado por la Maestra Alma Jéssica Velázquez Gallardo, de su proyecto de investigación titulado "Los derechos de los pacientes en el sector salud de un hospital regional y un hospital metropolitano en el estado de Jalisco" el cual contiene las dimensiones que evalúan los derechos de los pacientes.

Sin otro particular me despido quedando a sus órdenes para cualquier duda o aclaración al respecto.

ATENTAMENTE

Guadalajara, Jalisco a 23 de Abril de 2014


Dr. José de Jesús Becerra Ramírez
Director del Instituto de Investigación y Capacitación en Derechos Humanos



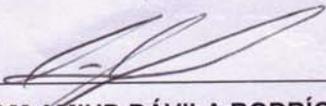
A QUIEN CORRESPONDA.

Por medio de este conducto me permito saludarle y al mismo tiempo informar que he revisado el instrumento (encuesta) elaborado por la Maestra Alma Jéssica Velázquez Gallardo, de su proyecto de investigación titulado "Los derechos de los pacientes en el sector salud de un hospital regional y un hospital metropolitano en el estado de Jalisco" el cual contiene las dimensiones que evalúa sobre conocimiento, percepción de cumplimiento y respuesta ante la violación de los derechos de los pacientes.

Sin otro particular me despido quedando a sus órdenes para cualquier duda o aclaración al respecto.

ATENTAMENTE

Guadalajara, Jalisco a 28 de Marzo de 2014


LIC. ABRAHAM AMIUD DÁVILA RODRÍGUEZ
DIRECTOR GENERAL

MEDICAL LEGAL CENTER
Salomon Warner y Asociados, S.C.
Calle Autlán#51, Col. Vallarta Pte.
Guadalajara, Jalisco. México
Tel. (013) 3123 1600 3123 1041 3123 1042
Lada sin costo 01800 215 08 18
adavila@salomonwarner.com
www.medicallegalcenter.com • www.vhs.com.mx