



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

**Percepción de la Calidad de los Usuarios de los Servicios de la
Atención Primaria en Instituciones de Salud Pública en la
Ciudad de México**

T e s i s

Que para optar por el grado de:

Maestro en Administración

Presenta:

Ernesto Jorge Velasco Ibarra

Tutor:

Dr. Jorge Armando Juárez González
Facultad de Contaduría y Administración

Ciudad de México, enero de 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Introducción	5
1. El sistema de salud en México.....	9
1.1 Antecedentes Generales sobre Calidad	9
1.1.1 Aspectos administrativos	13
1.1.2 Antecedentes de Calidad en México	15
1.2 Cómo funcionan los Sistemas de Salud en México	21
2. Actualidad y los servicios de Salud en Atención Primaria en México	32
2.1 Los servicios médicos en la actualidad y su calidad en México.....	32
2.2 Servicios de Salud de Atención Primaria	34
3. Problemática.....	35
3.1 Percepción de la Atención Médica.....	35
3.2 Justificación	39
3.3 Preguntas, objetivos e hipótesis de investigación.....	40
4. Marco Teórico.....	43
4.1 Principales teóricos de la Calidad en los Sistemas de Salud.....	43
4.2 La implementación de la calidad en los Sistemas de Salud	46
4.3 Comparación con modelos de otras áreas	51
4.4 Influencia de la teoría de la complejidad y la teoría del caos.....	54
4.5 Conceptos.....	56
5. Marco Metodológico.....	59
5.1 Diseño del estudio	59
5.1.1 Tipo de estudio	59
5.1.2 Población, Muestreo y Muestra.....	59

5.1.3 Criterios de inclusión.....	60
5.2 Definición del Instrumento	60
5.3 Procedimiento de Recolección de Datos	62
5.3.1 Encuestas	62
5.3.2 Entrevistas	62
5.3.3 Material información complementaria	62
5.4 Consideraciones Éticas	63
5.5 Análisis de los Datos.....	64
6. Resultados.....	65
6.1 Estadística descriptiva	68
6.1.1 Frecuencias cualitativas.....	68
6.1.2 Frecuencias cuantitativas	69
6.1.3 Medidas de tendencia central	71
6.1.4 Medidas de dispersión	71
6.1.5 Medidas de posición	71
6.2 Principio de Pareto.....	73
6.2.1 Comprobación de hipótesis.....	76
6.3 Estadística inferencial	78
6.3.1 Regresión y correlación	78
6.3.1.1 Análisis de regresión.....	78
6.3.1.2 Análisis de correlación	79
6.3.1.3 Comprobación de hipótesis.....	80
6.3.2 Prueba de hipótesis de distribución F – Fisher y tabla ANOVA.....	82
6.4 Recomendaciones sobre la Satisfacción General.....	88
6.5 Exploración y recopilación de información sobre los servicios de salud en países europeos	90
6.5.1 Origen de los Sistemas de Seguridad Social y los Sistemas Nacionales de Salud.....	90
6.5.2 El acceso a los servicios de salud	92
6.5.3 Programas que se implementan a los servicios de salud	93

6.5.4 Marruecos como muestra de África Septentrional	94
6.6 Consideraciones finales del estudio.....	95
CONCLUSIONES	96
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
Glosario	108
Siglaro	110
Anexos.....	111
Lista de Tablas y Gráficas	111
Cuestionario de Satisfacción del Paciente (PSQ-18)	112
Entrevistas anónimas a personal de salud.....	115
Entrevista 1	115
Entrevista 2	119

Introducción

En la actualidad, la calidad se ha vuelto un factor determinante para cualquier empresa, la importancia de prestar un buen servicio o producto en un tiempo razonable es vital para la competitividad en cualquier rubro, incluyendo las instituciones de salud. En dicho ámbito se observa que la calidad varía mucho de persona a persona, podemos encontrar a un profesional de la salud que ejecuta sus funciones en tiempo y a otros que tienen algún problema de desorden en su vida y se ve reflejado en sus labores.

Desde hace tiempo ha sido motivo de alarma para las instituciones de salud las crecientes estadísticas de eventos adversos y eventos centinelas, que en algunos casos son prevenibles y en algunos otros el paciente de cualquier forma no tenía mucha expectativa de vida. Se han hecho incontables estudios a través del mundo, todos ellos representando gastos no sólo económicos sino de recursos humanos y tiempo, teniendo a veces resultados nulos y demostrando que situaciones que a primera instancia se valoraban como importantes, terminaban teniendo poca o nula relación con la falta de calidad. Es por tal motivo que muchas empresas (no solo de salud) prefieren evitar los programas de calidad, pero específicamente en este sector no se puede dejar de lado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la atención primaria de salud como “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del

sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad”.¹

Mucho se ha hablado de la calidad en la atención médica, de la percepción de los usuarios en dicha atención existen varios estudios. En otros países se han desarrollado varios cuestionarios para explorar la opinión de los usuarios a través de dichas encuestas, para los mejores hospitales del mundo estos instrumentos han sido clave para posicionarse como los mejores a nivel internacional, teniendo un área específica y exclusiva para dicha atención, siendo el centro del funcionamiento de la institución de salud.

Nuestro país no es ajeno a dicho fenómeno y se ha recurrido a instrumentos extranjeros que se han validado y algunos se apegan totalmente a las necesidades del usuario mexicano. Existen varios estudios de diferentes estados de la república, estudios en los que se demuestra que hay diferencias de opinión, sobre todo dependiendo del sector encuestado y los servicios de salud a los que asisten. A pesar de esto en la Ciudad de México, la información al respecto puede ser muy fluctuante. El presente trabajo tiene como objetivo conocer la percepción de la calidad de la atención a usuarios en instituciones públicas de atención primaria de la Ciudad de México e indagar en su repercusión administrativa.

En el primer capítulo se muestran los antecedentes de la calidad en general, sus orígenes, su importancia, los avances, como se introdujo en la salud.

¹ OMS (2017). *Atención Primaria de Salud*. Recuperado de internet el 11 de febrero del 2017. http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

Se muestran también los aspectos administrativos y los antecedentes de la calidad en la salud en México.

En el segundo capítulo se presenta la información que tenemos al día de hoy, de cómo ha mejorado la calidad en los servicios de salud al tratar de implementar la calidad a nivel mundial y a nivel México. Se abarca también lo que implican los servicios de salud de atención primaria.

En el tercer capítulo se habla de cómo es que se considera la percepción de la atención médica y la comparación de las diversas instituciones de salud pública. También incluye la formulación del problema, justificación, la pregunta de investigación, objetivo general e hipótesis.

En el cuarto capítulo se incluyen las bases teóricas que van desde la implementación de calidad a los sistemas de salud, hasta la comparación de modelos de otras áreas como la industrial y sus similitudes con el área de la salud, tocando ciertas teorías de la actualidad entre otros conceptos.

En el quinto capítulo se muestra el diseño del estudio, incluyendo el tipo de estudio, la población, muestreo y muestra, los criterios de inclusión, la definición del instrumento, los resultados más relevantes de la aplicación del instrumento en Estados Unidos por sub-escala, el procedimiento de recolección de datos, las consideraciones éticas y el análisis de la información.

En el sexto capítulo se presentan los resultados de acuerdo a la estadística descriptiva incluyendo sus frecuencias cualitativas, frecuencias cuantitativas,

medidas de tendencia central, de dispersión y de posición. Se presentan el principio de Pareto para identificar el área en la que se debe prestar mayor atención, donde hay más incidencia. Los resultados presentados a través de la estadística inferencial incluyen análisis de regresión y correlación, la prueba de hipótesis de distribución F – Fisher y tabla ANOVA y recomendaciones de acuerdo a la relación de las pruebas con las hipótesis planteadas.

Se incluye también la exploración y recopilación de información sobre los servicios de salud en otros países, adquirida durante la estancia de investigación y gracias al privilegio de ir a los principales países europeos. Se realizó una investigación muy general de cómo funcionan los servicios de salud en algunos de estos países, a través de la recopilación de información obtenida de periódicos murales, profesionales de salud, otros trabajadores y derechohabientes dentro los centros médicos de dichas capitales europeas. Esta información fue recolectada en experiencia presencial.

Finalmente se presentan las conclusiones obtenidas a partir de la información recabada, la aplicación del instrumento y el seguimiento de la metodología para la obtención de los resultados. También se incluyen las recomendaciones que confirman las conclusiones.

1. El sistema de salud en México

En el presente capítulo, se muestran los antecedentes de la calidad en general, sus orígenes, su importancia, los avances, como se introdujo en la salud. Se muestran también los aspectos administrativos y los antecedentes de la calidad en la salud en México.

1.1 Antecedentes Generales sobre Calidad

“A través del tiempo la calidad ha tenido una evolución histórica en su sentido, anteriormente se expresaba como aquella que el productor era capaz de darle al cliente en conformidad con las especificaciones de su producto. Al día de hoy la calidad es aquella que se adecua a las necesidades de los consumidores, se asocia con el uso y valor que da satisfacción a dichas necesidades. Algunos autores expresan que la calidad es el nivel de excelencia que la empresa ha escogió alcanzar para satisfacer a su clientela clave”.²

La calidad es parte de los avances de la ciencia, siendo la salud una de las ciencias de más relevancia para la humanidad, es difícil de entender como se había dejado de lado el querer mejorar la calidad en los sistemas de salud. Entre los avances científicos más notables de la época Medieval y del Renacimiento, vemos surgir la física y la astronomía como ciencias con identidad propia, tomadas de la mano de las matemáticas a partir de los trabajos de Copérnico, Galileo,

² Romero, A. (2007). *Evolución de la calidad ISO-9000 y otros conceptos de calidad*. Recuperado de internet el 30 de julio del 2015. <http://www.gestiopolis.com/evolucion-de-la-calidad-iso-9000-y-otros-conceptos-de-calidad/#otros>

Descartes y Newton, entre otros. El telescopio de Galileo es la primera herramienta que abre el espectro de una parte de la naturaleza al escrutinio humano. Isaac Newton completa la visión de la física de su época con su síntesis de la mecánica, haciendo uso de una nueva herramienta que puede catalogarse como uno de los más grandes logros del intelecto humano: el cálculo.³

A este grupo se une William Harvey con el estudio del flujo circulatorio de la sangre, cuyo descubrimiento representa un avance excepcional para la fisiología humana. Asimismo, un cinético notable del siglo XVII, Antoine Lavoissier, considerado el padre de la química, contribuye a este avance con sus estudios sobre la respiración y la oxidación. Para entonces, el uso del microscopio, el segundo instrumento de ampliación de la observación humana, abre un campo impresionante y apasionante en la biología; y así brinda un espacio para enriquecer las ideas de Gregor Mendel, el brillante monje iniciador de la genética.⁴

Simultáneamente, los descubrimientos de Claude Bernard generan muchos de los paradigmas en fisiología que seguimos reconociendo y estudiando en la actualidad. Los avances que propició, y los de muchos otros científicos, han permitido el desarrollo de la medicina, cuyos frutos ahora se cosechan con resultados que parecen permitir un tratamiento más eficaz de muchas enfermedades y una esperanza de vida mayor. Es importante hacer notar que, si bien los avances científicos antes mencionados se lograron a partir del reduccionismo y el pensamiento lineal, su alcance se ha agotado y no son

³ Ruelas-Barajas, E., Mansillas, R. (2015), *Las ciencias de la complejidad y la innovación médica*. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM. México. Pág. 24.

⁴ *Ibíd.*

suficientes para abordar cabalmente la aparición de los nuevos hallazgos científicos.⁵

Es claro que los sistemas de salud constituyen una organización muy compleja formada por muchas y variadas estructuras y personas. Podría pensarse que su condición permite la utilización de la teoría de los sistemas complejos; sin embargo, esto es un reto enorme. Todavía no contamos con una definición operacional de la complejidad, aunque sabemos reconocerla cuando la vemos. En los sistemas complejos que encontramos en el mundo físico, podemos modelar de forma satisfactoria aspectos cualitativos e incluso cuantitativos con ayuda de códigos numéricos. Aún cuando falta camino por recorrer, ya dimos el primer paso al reconocer las propiedades emergentes y las propiedades de auto-organización.

Así, se puede pensar en el sistema de salud como un conjunto de subsistemas en donde existe una red de interacciones que los conectan. Éstos pueden ser hospitales, instituciones, poblaciones, etc. La interacción entre los subsistemas determina una red pudo haber sido determinada en forma jerárquica. Otra parte puede evolucionar a lo largo del tiempo, estableciendo nuevas conexiones entre diferentes partes del sistema; por ejemplo, dos hospitales que anteriormente se encontraban alejados el uno del otro, ahora se encuentran intercomunicados gracias a una nueva carretera. Otro caso es el de dos institutos de investigación en salud que trabajaban en diversos proyectos, pero que, bajo ciertas circunstancias, pueden tener un tema de investigación común, por ejemplo, la aparición de una nueva epidemia, que requiere un trabajo interinstitucional.

⁵ Ibíd.

La calidad es uno de los temas que ameritan una visión renovada y fresca, pues al analizar lo referente al control de la calidad, el aseguramiento de la calidad, los procesos de mejora continua o la reingeniería, se aprecia que la visión es incompleta, y no parece que haya una respuesta satisfactoria a muchos de los problemas incluidos en el tema de la calidad porque, en general, se ha tenido una perspectiva lineal al intentar resolverlos. Las posibles soluciones a estos problemas pueden estar en el empleo de las herramientas que proveen los sistemas complejos y la no-linealidad. Pensemos en nuevas “herramientas de calidad” a partir de conceptos tales como procesos emergentes, auto-organización, sincronización, mundo pequeño, fractales, etc. Desde esta perspectiva, ¿cómo habría de construir ahora un diagrama de Ishikawa?

Los puntos esbozados son una pequeña muestra de un gran número de aplicaciones a los sistemas administrativos o sociales que se pueden derivar de la utilización de los avances de la física y las matemáticas. Para los estudiosos, los intercambios de ideas con los respectivos expertos han resultado más que provechosos, puesto que contribuyen a darnos una mejor aproximación a la explicación de muchos fenómenos con una base científica de gran solidez y sustento.

Las ideas planteadas también pretenden abrir un espacio al estudio y la aplicación de los sistemas complejos en diversos campos de la investigación y la enseñanza,

tanto en las diferentes escalas de los sistemas de salud como en los campos de la administración y las políticas públicas.⁶

1.1.1 Aspectos administrativos

Entrando al tema del sistema de salud mundial, encontraremos que los asuntos relacionados con los servicios que éste provee, conllevan a grandes incógnitas relativas al comportamiento humano, a su organización y, especialmente, a los sistemas de hospitales, centros de salud o cualquier otra modalidad de servicio. Nos referimos en concreto al financiamiento y la presupuestación. La falta de recursos económicos para hacer frente a los problemas de salud es un fenómeno mundial, y este aspecto ha sido motivo de discusión en muchos grupos, incluso de los legisladores.

Bien sabemos que los gastos en salud se han incrementado notablemente en las últimas décadas, hasta llegar en algunos países avanzados a representar 15% del Producto Interno Bruto, cantidad que representa enormes erogaciones para los países. No obstante, estos importantes incrementos no necesariamente han conducido a mejores niveles de salud. Es obvio, pues, que la relación gasto-salud no es lineal. Quizá es el momento en que conviene estudiar estos temas con el enfoque de otros sistemas y su homologación, que parece ser muy prometedor en sus soluciones.

⁶ Ruelas-Barajas, E., Mansillas, R. (2015), *Las ciencias de la complejidad y la innovación médica*. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM. México. Pág. 42-43.

En octubre de 2001, se organizó en la Secretaría de Salud el seminario “Sistemas Complejos y Ciencia del Caos” impartido por doctores en física y matemáticas de la UNAM: Germinal Cocho, Shahen Hacyan, Octavio Miramontes, José Luis Mateos y Ricardo Mansilla, entre otros. En las conferencias los expositores hablaron de métodos que parecieron ser aplicables para la innovación de los sistemas de salud. La no-linealidad y los sistemas complejos contienen una visión de las características del universo que resulta muy sólida, atractiva y de gran utilidad para la comprensión de éste y permiten tener una mayor claridad en el conocimiento de las sociedades humanas y de los sistemas médicos.

El seminario, aportó una serie de conocimientos muy interesantes que ratificaron la impresión que se tenía en cuanto a que las herramientas de este enfoque podrían permitirnos enfrentar de manera adecuada ciertos problemas en el sistema de salud, en particular sobre las finanzas del sistema, los sistemas epidemiológicos, la presupuestación y, desde luego, la calidad de los servicios. También los avances de las llamadas ciencias de la complejidad explicaban de manera más racional por qué era tan difícil lograr mejores resultados utilizando los medios tradicionales, este tema se abordará más ampliamente en el marco teórico.⁷

Hace tiempo se aceptó, que el análisis de la queja médica se puede abordar a partir de los modelos de arbitraje médico, epidemiológico y de atención de salud, éste último a través de un análisis organizacional. Hablar de queja no implica que el servicio se declare como de mala calidad, pero sí aísla ciertos casos que

⁷ Ruelas-Barajas, E., Mansillas, R. (2015), *Las ciencias de la complejidad y la innovación médica*. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM. México. Pág. 34-36.

pueden ser resueltos para mejorar la satisfacción del usuario de los servicios de salud.

El análisis y la evaluación de la prestación de dichos servicios se dan a partir del conocimiento que se tiene al día médicamente, y el alcance jurídico de las inconformidades. El proceso de atención médica es complejo en sí mismo, para su evaluación se incorpora la mayor cantidad de elementos documentados posible, se reconstruyen los hechos para tener certeza de lo sucedido desde la necesidad de la atención médica hasta la expresión de la satisfacción o insatisfacción de esta intervención. El propósito de esto será medir y conocer estadísticamente el proceso de atención médica y compararla con el conocimiento vigente de los expertos.⁸

1.1.2 Antecedentes de Calidad en México

Los esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios de salud se remontan a finales los cincuenta, cuando se iniciaron las primeras auditorías médicas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que se preservaron hasta finales de los setenta. Entre 1985 y 1986 destaca la implantación de los primeros círculos de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología de la Secretaría de Salud. Hasta a finales de los noventa es posible identificar un verdadero movimiento hacia la calidad de los servicios en las instituciones de salud mexicanas.⁹

⁸ Fajardo, G. y Hernández, F. (2012). *Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención médica*. Secretaría de Salud. México. Pág. 29, 35.

⁹ Programa Nacional de Salud (2001-2006), *Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*. México, Secretaría de Salud. Pág. 7-8.

En el IMSS se iniciaron procesos de mejora continua con el apoyo de consultores norteamericanos que fueron interrumpidos. En la segunda mitad de la década se retomó la preocupación de elevar la calidad de una manera sistematizada, con el establecimiento de la Unidad de Organización y Calidad que posteriormente sería elevada al nivel de Dirección, con la implantación del Plan Integral de Calidad (PIC), cuyos resultados se han hecho evidentes, entre otros programas de calidad. A ello debe agregarse el desarrollo del sistema de encuestas de satisfacción, estudios de percepción de los derechohabientes y un sistema altamente efectivo de información-orientación para estos. Sin embargo, debido a la magnitud de la institución, el reto continúa vigente.¹⁰

En la Secretaría de Salud se inició en 1997 el Programa de Mejora Continua de la Calidad de la Atención Médica. Desde entonces, y hasta el final del año 2000, fue implantado en 28 estados de la República. Es programa, coordinado por la Dirección de Calidad de la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud, incluyó la primera evaluación del nivel de calidad de unidades de primer y segundo nivel en la historia de esta institución, así como la capacitación de cientos de directivos y personal de dichas unidades.¹¹

Por otro lado, durante la segunda mitad de la década de los noventa, los servicios médicos de PEMEX y del ISSSTE desarrollaron esfuerzos que revelan el interés del sector público en mejorar la atención a los derechohabientes. En lo que respecta al sector privado, en 1992 destaca la creación de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, la cual convocó en ese año en la

¹⁰ Ibíd

¹¹ Ibíd

Ciudad de México, en coordinación con la International Society for Quality in Health Care, al Congreso Mundial de Calidad en Servicios de Salud realizado por primera vez en un país de América Latina.¹²

A todo ello se suma el esfuerzo de varios hospitales del sector privado en diferentes partes del país que iniciaron procesos de mejora continua incluso antes de la puesta en marcha del programa de certificación. De esta manera, la Cruzada Nacional por la Calidad se basa en múltiples cimientos construidos a lo largo ya de muchos años que se van concentrando hacia el final de los noventa y que permiten asegurar la suficiente experiencia para lanzar un proceso de tal magnitud con un buen augurio de éxito.¹³

Observando una situación más actual, “a principios de 2014 en el Instituto Nacional de Cancerología, una paciente fue sometida a una cirugía. Después presentó síntomas de un infarto cerebral. Para su mala fortuna, el equipo de tomografías de ese hospital no servía, y sus familiares tuvieron que trasladarla a otro hospital, donde se confirmó el diagnóstico. Ningún especialista la atendió y 12 horas después presentó afecciones en su ojo, brazo y pierna izquierdos. Tras meses después de rehabilitación, quien fuese senadora de la república, se encontraba recuperando la movilidad y la visión, y preparándose para regresar a sesionar en el Poder Legislativo, su caso ilustra las fallas en el sistema de salud pública de México. La falta de calidad en la atención médica trae consecuencias

¹² Ibíd

¹³ Ibíd

tremendas porque no se toman las decisiones en el momento, explicó también la ex subsecretaria de Integración y Desarrollo en la Secretaría de Salud”.¹⁴

El panorama no es totalmente negativo, existen muchos avances en cuanto a calidad, principalmente en el sector privado. Sin embargo, en el sector Público se han promovido ciertos programas y reformas para contrarrestar la mala apariencia que ha tenido el gobierno en cuanto a este sector, dando de alguna forma esperanza por destacar dichos servicios, aun así, sigue siendo un tema controversial.

Hablando específicamente de los nuevos organismos en las reformas de salud, “el Seguro Popular (SP) ha logrado aumentar la afiliación, pero falta avanzar en el número de intervenciones atendidas y en dar más dinero para realizarlas, las otras dos vertientes de la cobertura universal según la OMS. Entre las enfermedades no atendidas por el SP están el cáncer de pulmón y la esclerosis múltiple, además de que sus afiliados surten 30% de sus recetas en farmacias privadas debido al desabasto de medicamentos, según el estudio Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2013, hecho por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) por encargo del SP”.¹⁵

México emprendió una reforma estructural para mejorar el desempeño del sistema de salud mediante el establecimiento del Sistema de Protección Social en

¹⁴ Pasillas, L. y Zamírez, Z. (2014). *La verdadera enfermedad del Sistema de Salud Mexicano*. Recuperado de internet el 30 de julio del 2015. <http://www.forbes.com.mx/la-verdadera-enfermedad-del-sistema-de-salud-mexicano/>

¹⁵ Ibíd

Salud (SPSS), el cual ha introducido nuevas reglas de financiamiento e incentivos. La principal innovación de la reforma ha sido el SP, el componente de aseguramiento del SPSS dirigido al financiamiento de la atención médica para todas aquellas familias, en su mayoría pobres, que históricamente habían sido excluidas de la seguridad social. La reforma ha permitido un incremento significativo en la inversión pública en salud, al tiempo que re-alinea los incentivos para garantizar una atención de mayor calidad técnica e interpersonal. La reforma ha producido resultados positivos: el monto de los recursos públicos dedicados a la salud ha aumentado significativamente; se acordó en el mandato legal de afiliar cada año a 14% de la población no asegurada, el conjunto de servicios médicos a los que cada familia con cobertura tiene acceso se ha ampliado de manera considerable.¹⁶

El vertiginoso crecimiento del interés por la calidad de la atención a la salud en México y en muchos otros países se ha manifestado de muy diversas maneras. Una de ellas es, por ejemplo, el incremento en el número de eventos que se organizan tanto en los ámbitos académicos como en el de la prestación de servicios con objeto de difundir conceptos y métodos para evaluar y mejorar los niveles de calidad.

Ya hemos llegado a un nuevo horizonte que debe ser explorado con mayor detenimiento si se considera que, en la atención de la salud, se justifica plenamente adoptar una estrategia de calidad total, siempre y cuando se considere que si se habla de calidad total, por definición, la calidad de la atención

¹⁶ Frenk, J. et al. (2007), *Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México*. Salud Pública de México vol.49, suplemento 1 de 2007. Lancet. Pág. S23, S29, S31.

no debería ser disociada de la calidad de la educación de los profesionales de la salud y viceversa. Por consiguiente, el reto es vincular los esfuerzos para incrementar la calidad en los dos ámbitos de manera armónica.¹⁷

¹⁷ Ruelas-Barajas, E., Zurita, B. (1993), *Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud*. Salud Pública de México, vol. 35, núm. 3. Instituto Nacional de Salud Pública. México. Pág. 235, 237.

1.2 Cómo funcionan los Sistemas de Salud en México

En el estudio “Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México”, Hamui et al. (2013) buscando la calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud destacan el trato recibido como elemento esencial para la satisfacción del paciente. Exceptuando algunos comentarios negativos como diagnósticos equivocados, lenta atención en urgencias, médicos poco comunicativos e indiferencia del personal de trabajo social, la percepción en general del trato fue “bueno” y definido por los usuarios con sinónimos como: “bien”, “amable”, “buenas personas”, “me gustó”, “de primera”.

La mejor percepción se dió primero por su alta especialización hacia padecimientos muy específicos y por la reciente construcción y funcionamiento del centro hospitalario. Aquí los pacientes percibieron un trato muy personalizado, el volumen de atención fue muy bajo. El buen trato percibido durante la atención médica recibida por las unidades hospitalarias se tradujo en satisfacción y en una actitud positiva frente a la enfermedad y proceso de recuperación.

En el artículo “Factores asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del IMSS”, Peña-Viveros et al. (2004) buscan identificar los factores asociados al tema en cuestión, se revisaron dichas quejas presentados y los expedientes clínicos correspondientes, por cada expediente con queja se seleccionaron como controles dos expedientes sin queja, de la misma unidad y servicio. Los resultados indican que hubo tendencia a reportar mala relación médico-paciente, deficiente atención del trabajo de parto, error

terapéutico y diferimiento de cirugía. Las quejas se asocian con aspectos técnicos en el diagnóstico y con la percepción del derechohabiente de recibir información y vigilancia deficientes durante la hospitalización.

En el artículo “La Verdadera Enfermedad del Sistema de Salud Mexicano”, Pasillas et al. (2014) hace una reflexión sobre la seguridad social en México, diciendo que está enferma de burocracia. Ante el mal balance que hay en la distribución económica en el sector salud, la idea de que servicios privados complementen a las instituciones públicas gana fuerza. Buscando que el gobierno no sólo preste los servicios, sino que los subrogue o incluso privatice ciertos hospitales, éste se ha puesto en práctica en Puerta de Hierro, Nayarit. El SP firmó con un hospital un acuerdo para que atiendan a sus derechohabientes supliendo los recursos humanos y materiales que los hospitales públicos no puedan proveer.

En la última década, México ha hecho importantes progresos para reducir su inmenso rezago en salud pública. El gobierno dedica tres veces más presupuesto a dicho rubro que hace 12 años, hace 10 años fue creado el SP, que ha dado cobertura a 56 millones de personas mediante los sistemas de salud estatales, ha logrado que para 2014, 93 de cada 100 mexicanos tengan algún tipo de cobertura de salud. El resto de las Instituciones de Salud Públicas han hecho compras importantes, el director del IMSS, José Antonio González Anaya, dijo en un foro sobre inversión privada en salud que el IMSS es el primero o segundo mayor comprador de bienes y servicios al sector privado del país.

Pero llegar a la cobertura universal en salud es otra cosa, y México aún está en los pasos intermedios. Uno es la portabilidad y el otro son los servicios

convergentes, que la atención en estas instituciones se homologue y los padecimientos se traten igual en todas las instituciones, con la misma calidad y el mismo precio. La iniciativa privada ve en ello su puerta de entrada a la salud pública. Este esquema de prestador único de servicios es un antídoto contra las afiliaciones duplicadas, pero para llegar ahí hace falta que las autoridades fijen una tarifa uniforme para cada padecimiento. De ese modo, también las empresas podrán atender pacientes y ser compensados por ello con dinero del Fondo de Gastos Catastróficos, bajo el entendido de que los pacientes que contraten beneficios adicionales o amenidades correrán por su cuenta.

En el estudio “Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios”, Ramírez-Sánchez et al. (1997) describieron la percepción de la atención recibida por los usuarios en servicios ambulatorios de salud en México. Se encontró que 81.2% de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena y 18.8% mala, los principales motivos fueron el trato personal y la mejoría en salud. Los que acudieron a servicios de seguridad social perciben 2.6 veces más frecuente mala calidad de atención que los que acudieron a servicios privados. Los motivos más importantes por lo cual no regresarían fueron: la mala atención y largos tiempos de espera. Los resultados sugieren profundizar en el conocimiento de la perspectiva poblacional.

En el estudio “Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México”, Ortiz et al. (2004) evalúan la satisfacción a través de la opinión de los usuarios de los servicios de salud pública. La insatisfacción, aunque solo del 15.06% se asocia con omisiones de información sobre el padecimiento, actitud poco amable del médico, trámite de consulta complicado, ausencia de baño en la

sala de espera, entre otros. Concluyeron ahondar en el estudio de la perspectiva del usuario dentro del marco de la evaluación cualitativa.

En el material didáctico “Calidad y Mejora continua en los Servicios de Salud”, Ríos (2014) menciona que los años recientes han visto el crecimiento de un nuevo tipo de mercado mundial sin precedente en volumen, variación o calidad. Es un mercado en el que las expectativas crecientes de los compradores, aunado con el cambiante papel del gobierno, han intensificado grandemente las demandas en la administración de los negocios, así las unidades hospitalarias son corporativas con diversos servicios, penetrando hacia los usuarios con servicios integrales de salud.

La base fundamental de las instituciones para tener liderazgo competitivo, es el hecho de que todos los empleados, ya sean médicos, auxiliares administrativos, etcétera, estén convencidos y tomen acciones, para que la buena calidad esté tomada de la mano de un buen costo. Esto proporciona a las instituciones un gran poder para tener éxito en los mercados actuales, en donde el modo de producir los servicios es hacerlos cada vez más rápidos y más baratos, el volver a la vida activa a un paciente es un objetivo preciso y cuantitativo.

Tradicionalmente el Costo de la Mala Calidad se utiliza principalmente para medir los costos de servicio. Pero hay que darse cuenta que, en todos los departamentos, tanto en los servicios de producción finales como en la administración o de apoyo, se cometen errores. La mayoría de las instituciones aceptan como normales el costo de los errores administrativos y de apoyo, y sus

consiguientes controles y estadísticas. La Costo de la Mala Calidad en las áreas administrativas, fija la atención de la dirección en estas pérdidas pasadas por alto, sobre todo en auxiliares de diagnóstico y tratamiento. También se aplica el Costo de la Mala Calidad al impacto que los errores tienen sobre el usuario. Con frecuencia, el costo para el usuario, cuando hay un error, puede superar con mucho el costo de la reparación del servicio mal prestado, y que no decir hasta la vida del propio usuario.

En el estudio “Evaluación de los Costos de Mala Calidad en las instituciones de salud”, Ríos (2014) dice que no es más caro suministrar productos y servicios de alta calidad que, en realidad en muchos casos, es más económico. Cuando se resuelven los problemas de calidad, se reducen los problemas de costo y tiempo. La unidad de medida de toda organización es el dinero, término que todo directivo comprende y que puede utilizar eficientemente. La mala calidad: cuesta, la buena calidad: ahorra dinero. “Calidad de clase mundial” quiere decir proporcionar productos y servicios que satisfacen necesidades y expectativas de clientes o usuarios, a un costo que representa el valor para el cliente.

La secuencia de errores da como resultado una mala atención médica, si no se hace bien la limpieza de áreas vitales como: quirófano, terapia intensiva, el error repercute en infecciones intrahospitalarias, y los indicadores asociados a los volúmenes de servicio por paciente se incrementan con el consiguiente costo. El Costo de la Mala Calidad ayuda a llamar la atención de la dirección, cambiar la forma en que el empleado piensa sobre los errores, mejorar el rendimiento de los recursos asignados para resolver el problema, medir el verdadero impacto de las acciones correctivas y los cambios realizados para mejorar el proceso,

proporciona un método sencillo y comprensible para medir el efecto de la mala calidad.

Para conocer las ventajas, un sistema de Costo de la Mala Calidad tiene que ir acompañado de un proceso de mejora que utilice los Costos de la Mala Calidad para dirigir los esfuerzos y medir los progresos realizados, con ventajas como: proporcionar una entidad manejable, proporcionar una visión única de la calidad, proporcionar un medio para medir los cambios, proporcionar un sistema de prioridades para atender los problemas, alinear la calidad con los objetivos de la institución, distribuir correctamente el presupuesto para obtener los máximos beneficios, introducir la calidad en la sala de juntas, mejorar el uso eficaz de los recursos, incrementar los beneficios de la organización, aportar un nuevo énfasis para hacer bien el trabajo todas las veces, ayuda a establecer nuevos procesos y proporciona una mitad de las mejoras realizadas.

La reducción del Costo de la Mala Calidad incrementa el beneficio global de la institución más que si se le aumenta presupuesto u obtiene ingresos. Por cada peso en que se reduce el Costo de la Mala Calidad, se añade un peso directamente al margen de las utilidades o es un ahorro presupuestal para incrementar acciones de salud. La reducción del Costo de la Mala Calidad proporciona una mejor calidad que incrementa la demanda de productos y servicios, resultando en una mayor participación en el mercado. El Costo de la Mala Calidad se debe usar como una herramienta para ayudar a la dirección a reorientar las actividades actuales y planificar el futuro.

En el estudio “Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil”, Delgado-Gallego et al. (2010) indica que los marcos de sentidos desde los cuales construyen la calidad de la atención, usuarios y personal de salud en ambos países, mostraron convergencias en torno a tres grandes ejes: adecuación de la estructura, nivel técnico y humanización de la atención. Presentaron, no obstante, matices diferenciadores: los usuarios de ambos países profundizan en aspectos estructurales y organizativos como disponibilidad y accesibilidad de recursos, y en aspectos técnicos, como resolutivez y calidad técnica.

El personal de salud de Colombia y Brasil mostró similitudes, sin embargo, los primeros se caracterizan por contar con una administración ágil y tiempo de consulta mayor. En tanto, los segundos, más cuentan con la disposición de personal especializado, así como materiales e insumos suficientes. Por su parte, el marco de sentido de los formuladores emergió de un conjunto de normas legales. Los matices aportados por los distintos marcos de calidad de los actores sociales, indican la necesidad de tomarlos en cuenta en su totalidad, ya que apuntan a diferentes debilidades del sistema. Además, muestran que los usuarios profundizan más en aspectos técnicos del servicio de lo considerado habitualmente.

En el estudio “Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional”, Aguirre-Gas et al. (2010) discute que la calidad de la atención médica está integrada por diversas áreas: oportunidad, competencia profesional, seguridad, respeto a los principios éticos de la práctica médica y satisfacción con los resultados de la

atención. Entre las especialidades quirúrgicas con mayor problema de mala práctica estuvieron cirugía general, ginecología, ortopedia, oftalmología, urgencias quirúrgicas, urología y traumatología. El reconocimiento del concepto de la calidad de la atención médica es un punto de partida para determinar el origen de los errores, de la mala práctica y de la responsabilidad profesional, con el fin de resolverlos y prevenirlos.

En el artículo “Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención médica”, Fajardo y Hernández. (2012) comentan que la atención médica es sus diferentes procesos y especialidades, presenta hoy día un enorme grado de complejidad, lo que requiere el análisis e investigación a profundidad de aquellos factores que impiden tomar decisiones acertadas respecto a los elementos de la atención médica, por parte de los pacientes y familiares, entre ellos: la falta de aceptación de la propia enfermedad, el deterioro personal de las condiciones de salud, los sentimientos de desesperanza ante la agonía y la muerte.

Mejorar la calidad de los servicios de salud es un asunto que implica una amplia suma de recursos y voluntades, junto con la coordinación puntual de todas las instituciones del Sector Salud. Para lograrlo, en nuestro país se implementan estrategias tales como el fortalecimiento del arbitraje médico y los esfuerzos de la comunidad médica, abocados a tomar acciones orientadas a la satisfacción del usuario y la seguridad del paciente. En tal sentido, se han emprendido labores para mejorar de forma integral la oferta y la gestión de los servicios. Entre esos esfuerzos destaca la implementación de Normas Oficiales Mexicanas (NOM's) que regulan el establecimiento del expediente clínico electrónico y la aplicación

de los protocolos de atención en los procedimientos médicos y/o quirúrgicos de los establecimientos de salud, sean públicos o privados.

Así, la Secretaría de Salud Federal fomenta una serie de acciones y gestiones tendientes a mejorar las capacidades técnicas y operativas de los centros de atención a la salud en nuestro país, que enarbolan la bandera de la seguridad y protección al usuario de los servicios de salud, valor que ha de prevalecer lo mismo para instituciones públicas que privadas. Muchas de esas acciones tienen su fundamentación en las nociones esenciales que se analizan, explican y revisan a lo largo de los capítulos de esta obra que la Dirección General de Calidad y Educación en Salud pone a consideración de los lectores interesados en el tema del mejoramiento y optimización de la calidad de los servicios de salud en nuestro país.

En el artículo “Diseño de un sistema de monitoria para el desarrollo de programas de garantía de calidad”, Vidal y Reyes. (1993) hacen referencia en que para garantizar calidad en los servicios se deben asegurar condiciones organizacionales óptimas, que permitan otorgar el máximo beneficio con el menor riesgo en la atención a la salud o en la prestación de un servicio.

Para lograr esta garantía se requiere operacionalizar los componentes comprendidos en su definición, que incluyen: monitoría, evaluación, diseño, desarrollo y cambio organizacionales. Debe efectuarse un seguimiento casi permanente de los procesos de atención y comparar los resultados alcanzados contra los programados para que se pueda establecer la medida correctiva óptima para alcanzar calidad en las metas establecidas. Para que esta medida correctiva

realmente se cumpla debe existir una clara definición de autoridad, responsabilidad, comunicación e información; sin embargo, la concientización de la importancia del trabajo de cada individuo y del equipo, así como la superación profesional de sus miembros, juegan también un papel fundamental para lograr el aseguramiento de la calidad, que sin una actitud de cambio pueden hacer fracasar al programa.

Para lograr el seguimiento de la monitoría requiere del desarrollo de indicadores, que son variables susceptibles de ser observadas y medidas, y que cumplen con los requisitos de validez, objetividad, sensibilidad y especificidad. El valor asignado por los expertos a cada indicador corresponde a su estándar. Una vez definidos los estándares, se comparan con los resultados del seguimiento de los indicadores para lograr la evaluación.

Los indicadores pueden ser de estructura, proceso y resultado, según se refieran a: recursos y su organización; actividades que se llevan a cabo por y entre proveedores de salud y pacientes; y los cambios en el estado actual y futuro de la salud del paciente, respectivamente. Al integrar los componentes en un programa de garantía de calidad se pretende identificar problemas en forma oportuna, analizarlos objetivamente, proponer soluciones viables y dar seguimiento a las acciones propuestas, y evaluar los resultados.

Los requisitos de los programas de garantía de calidad son: definición de objetivos; elaboración de indicadores; identificación de niveles óptimos o estándares; desarrollo de un sistema de información que asegure la captura, el procesamiento y el análisis de los datos; comprensión del programa por parte del

personal; apoyo del grupo directivo, y configuración de una estrategia de implantación.

La estrategia de implantación del programa depende de: el ámbito de acción; la configuración de su estructura; el grado de participación; el espectro; el enfoque y la obligatoriedad; y finalmente, el tipo de procesamiento de datos. Los principios que deben regir el programa son la participación, la sistematización, la implantación secuencial, la multiplicación, la simplificación y el desarrollo de incentivos.

2. Actualidad y los servicios de Salud en Atención Primaria en México

En el presente capítulo se presenta la información que tenemos al día de hoy de cómo ha mejorado la calidad en los servicios de salud al tratar de implementar la calidad a nivel mundial y a nivel México. Se abarca también lo que implican los servicios de salud de atención primaria.

2.1 Los servicios médicos en la actualidad y su calidad en México

Mediante la instrucción emitida por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs), en 1998 se incorpora al Sistema Nacional de Salud la figura del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), orientado a vincular la calidad de la atención con la seguridad y de conducir la calidad en todas las organizaciones de salud. Sus funciones más destacables son fomentar el registro de los eventos adversos y generar una cultura de seguridad del paciente, así mismo articular un modelo de gestión de riesgos destinado a prevenir y reducir infecciones nosocomiales en las unidades médicas, en colaboración con el Comité de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales. La calidad en salud y la seguridad del paciente es una prioridad nacional, desde lo que enmarca la Carta Magna, así como del Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud.¹⁸

En el Programa Nacional de Salud 2007-2012 se plantea a través de las acciones descritas en la “Estrategia 3. Situar la Calidad en la agenda permanente

¹⁸ Fajardo, G. y Hernández, F. (2012). *Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención médica*. Secretaría de Salud. México. Pág. 28.

del Sistema Nacional de salud”. Con base en ello, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), a través del Programa de Acción Específico (PAE) 2007-2012: Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD, implanta como parte del objetivo de Calidad percibida, el proyecto *Percepción de los profesionales de la salud*. Caminando con los trabajadores de la salud que a través de la Encuesta Nacional de “Calidad de vida profesional y compromiso con la calidad”, mide la percepción de los profesionales de la salud en dos dimensiones: Calidad de vida de los profesionales de la salud y Compromiso con la calidad, para que con base en los resultados se definan y realicen acciones de mejora.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) concluye que se debe fortalecer la figura del Gestor de Calidad y darle una posición en la estructura jerárquica en las unidades médicas, Jurisdicciones y/o Delegaciones ya que son las responsables de la instrumentación de las estrategias definidas por el Comité Estatal de Calidad alineadas a la Política Nacional de Calidad.¹⁹

¹⁹ Hernández, F. et al. (2012). *Percepción de los profesionales de la salud sobre la calidad de la atención en México*. Secretaría de Salud. México. Pág. 169-174.

2.2 Servicios de Salud de Atención Primaria

Hace 30 años, la atención primaria de salud se presentó como un conjunto de valores, principios y enfoques destinados a mejorar el grado de salud de las poblaciones desfavorecidas. En todos los países, ofrecía una manera de mejorar la equidad en el acceso a la atención de salud y la eficiencia en la manera en que se usaban los recursos. Se adoptó una visión holística de la salud que iba mucho más allá del limitado modelo médico. Reconocía que muchas de las causas básicas de la mala salud y de la enfermedad escapaban del control del sector de la salud y debían abordarse a través de un enfoque amplio que abarque a toda la sociedad. De eso modo cumpliría varios objetivos: mejorar la salud, disminuir la morbilidad, aumentar la equidad y mejorar enormemente la eficacia de los sistemas de salud.²⁰

Ante la creciente necesidad de salvaguardar la seguridad de las personas que acuden diariamente a recibir servicios de salud y de asistencia social, sea con propósitos de prevenir enfermedades o mantener y recuperar la salud, las autoridades del Sector Salud y Educativo han establecido mecanismos de aseguramiento de la calidad de los recursos humanos en formación.²¹

²⁰ OMS. (2008). *La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Resumen del Informe sobre la salud en el mundo 2008.

²¹ Jiménez, Juana. (2012). *Formación de recursos humanos en enfermería*. Secretaría de Salud. México. Pág. 191-194.

3. Problemática

En este capítulo se describe sobre la la percepción de la atención médica y la comparación de las diversas instituciones de salud pública. También incluye la formulación del problema, justificación, la pregunta de investigación, objetivo general e hipótesis.

3.1 Percepción de la Atención Médica

Para poder identificar la percepción de los usuarios de los servicios de salud se han desarrollado diversos instrumentos, principalmente cuestionarios. En México, la opinión de los usuarios de los servicios de salud sobre la calidad de los mismos ha sido estudiada principalmente por medio de las encuestas nacionales de salud, de encuestas en regiones específicas y evaluaciones de programas nacionales. El seguimiento de los resultados con indicadores similares a través del tiempo es fundamental para evaluar los cambios en la provisión de los servicios y garantizar una atención ambulatoria de calidad, en un sistema de salud cuya magnitud se sustenta en los casi doscientos millones de consultas médicas que se otorgan anualmente en el país, principalmente en las instituciones públicas.²²

Las experiencias y los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 mencionan que la obtención de un medicamento está determinada básicamente por dos factores. Por un lado, la identificación de una

²² Reyes-Morales, H. et al. (2012). *Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México*. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. México. Pág. S101.

necesidad de salud, generalmente realizada por un médico, quien prescribe una receta para conseguir determinado medicamento. También depende de la capacidad resolutive de una unidad de atención en el sector público para proporcionar los medicamentos recetados y de la capacidad de pago de los usuarios para adquirirlos en el sector privado. Los usuarios que no logran obtenerlos en los servicios públicos de salud tienen que buscarlos en el sector privado, por lo que incurren en gasto de bolsillo. Dicho gasto es un indicador de la falta de acceso a una cobertura efectiva de medicamentos en el sector público, así como de la falta de acceso a un esquema efectivo de protección financiera.²³

El surtimiento completo de medicamentos recetados sigue siendo un reto para alcanzar la cobertura universal de servicios de salud en México. Este surtimiento completo en las unidades de la Secretaría de Salud (SSa) en la Ciudad de México mejoró entre 2006 y 2012, aunque todavía poco más de la mitad de sus usuarios tuvieron que pagar de su bolsillo para conseguir todos los medicamentos recetados. Esto podría deberse a que no se han asignado suficientes recursos para el abasto de medicamentos o a que no se ha realizado una gestión eficiente en este importante aspecto de los sistemas de salud.²⁴

En la Ciudad de México, los servicios de salud públicos presentan retos importantes en indicadores de calidad personal, con tiempos de espera prolongados (30 minutos o menos), a diferencia de los servicios privados que

²³ Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Resultados por entidad federativa, Distrito Federal*. Instituto Nacional de Salud Pública. México. Pág. 95-102.

²⁴ *Ibíd*

cumplieron con tal criterio. Sin embargo, en el sector privado, son los indicadores presentan usuarios satisfechos con la atención prestada. ²⁵

La mayoría de la población en la Ciudad de México percibió una mejora en su salud después de haber recibido atención ambulatoria (80.0%), aunque permanece el reto de una quinta parte de la población que no percibió mejoría después de haber recibido este tipo de atención. Además, resultó significativo desde un enfoque de sistemas de salud que sea en los servicios privados de atención a la salud ambulatoria en donde los usuarios reportaron mayor percepción de mejoría. Esto indica que es necesario destinar esfuerzos a la atención brindada en los servicios institucionales de salud para lograr elevar la percepción de mejoría entre sus usuarios al considerar que éste es uno de los indicadores de calidad de atención en salud. ²⁶

Es destacable que la percepción de la calidad de la atención como “muy buena y buena” fue similar para los usuarios de los servicios de la SS y Otros. Es importante analizar la situación, aproximadamente una cuarta parte de la población atendida en el IMSS no estaría dispuesta a regresar a esa institución. El porcentaje de usuarios dispuestos a regresar por la calidad del servicio fue mayor para la SS que para el IMSS. ²⁷

De acuerdo a los estudios que se detallarán más adelante en el marco referencial, no todo es blanco y negro, aunque tenemos cierto porcentaje de insatisfacción en los servicios de las instituciones de salud pública, debemos

²⁵ Ibíd

²⁶ Ibíd

²⁷ Ibíd

reconocer el amplio porcentaje que representan los usuarios satisfechos con los servicios. Sin querer caer en la mediocridad debemos revisar los criterios a los que fueron sometidos los encuestados para poder valor mejor dichos resultados.

3.2 Justificación

Por los datos anteriores, que no son más que el resultado de una constante preocupación por la consistencia de la atención médica debido a la calidad, la elaboración de esta investigación busca responder a la pregunta de investigación, ¿Cómo perciben la Calidad los Usuarios de los Servicios de la Atención Primaria en Instituciones de Salud Pública en la Ciudad de México?, todo con el objetivo de contribuir de algún modo a entender los servicios de calidad en las instituciones médicas y la responsabilidad administrativa.

3.3 Preguntas, objetivos e hipótesis de investigación

Para entender este problema decidimos plantear las siguientes preguntas, objetivos e hipótesis de investigación.

Pregunta principal de investigación

¿Cómo perciben la Calidad los Usuarios de los Servicios de la Atención Primaria en Instituciones de Salud Pública en la Ciudad de México?

Preguntas secundarias de investigación

¿Qué factores influyen en la percepción del usuario de los servicios de atención primaria?

¿Cómo influyen las decisiones administrativas en la percepción del usuario sobre la calidad de los servicios?

Objetivo principal

Conocer la percepción desde el punto de vista del usuario de la calidad en los servicios de la atención primaria de las instituciones de salud pública de la Ciudad de México.

Objetivos secundarios

Conocer los factores principales que influyen en la percepción del usuario.

Estudiar la repercusión de las decisiones administrativas en los tiempos de atención y cómo afecta la percepción de la calidad según el usuario.

Hipótesis principal

La percepción del usuario se ve altamente afectada por la forma en que reciben la información, la claridad del lenguaje, lo razonable de los tiempos de espera y la confianza que el personal de salud transmite.

Hipótesis secundarias

Los factores que influyen en la percepción del usuario son principalmente los recursos humanos, materiales y su administración.

La percepción de la calidad baja por la atención médica apresurada, estas decisiones se tomar por exceso de pacientes y falta de recursos humanos, consecuencia de la limitación del tiempo como medida administrativa.

Matriz de congruencia

Pregunta principal	Objetivo general	Hipótesis principal
¿Cómo perciben la Calidad los Usuarios de los Servicios de la Atención Primaria en Instituciones de Salud Pública en la Ciudad de México?	Conocer la percepción desde el punto de vista del usuario de la calidad en los servicios de la atención primaria de las instituciones de salud pública de la Ciudad de México.	La percepción del usuario se ve altamente afectada por la forma en que reciben la información, la claridad del lenguaje, lo razonable de los tiempos de espera y la confianza que el personal de salud transmite.
Preguntas secundarias	Objetivos específicos	Hipótesis secundarias
¿Qué factores influyen en la percepción del usuario de los servicios de atención primaria?	Conocer los factores principales que influyen en la percepción del usuario.	Los factores que influyen en la percepción del usuario son principalmente los recursos humanos, materiales y su administración.
¿Cómo influyen las decisiones administrativas en la percepción del usuario sobre la calidad de los servicios?	Conocer la repercusión de las decisiones administrativas en los tiempos de atención y cómo afecta la percepción de la calidad según el usuario.	La percepción de la calidad baja por la atención médica apresurada, estas decisiones se toman por exceso de pacientes y falta de recursos humanos, consecuencia de la limitación del tiempo como medida administrativa.

Tabla 1

4. Marco Teórico

En el presente capítulo se incluyen las bases teóricas que van desde la implementación de la calidad a los sistemas de salud, hasta la comparación de modelos de otras áreas como la industrial y sus similitudes con el área de la salud, tocando ciertas teorías de la actualidad entre otros conceptos.

4.1 Principales teóricos de la Calidad en los Sistemas de Salud

Existen varios autores, para este trabajo se considerará principalmente al Dr. Avedis Donabedian, quien entendió la atención médica como un sistema, escribió 11 libros y más de 100 artículos, su artículo “Evaluating the quality of medical care” fue donde dividió la calidad de la salud en estructura, proceso y resultado, se convirtió en el marco de referencia mejor conocido en la investigación de los servicios de salud.

Su libro de tres volúmenes “Explorations in quality assessment and monitoring” es una contribución monumental a la calidad de la salud. Articuló sus siete pilares de la calidad (eficacia, eficiencia, optimización, aceptación, legitimidad, equidad y costo). Sus contribuciones a la calidad de la salud incluyen destacar problemas como: el acceso a la salud, medición y evaluación de la calidad de la salud, entereza y certeza de los registros médicos, sesgos del observador, satisfacción del paciente y preferencias culturales en la salud. Julio Frenk escribió: “por las muchas dimensiones de su generosidad, todo el que conoció a Avedis

Donabedian en deuda con él. Pero deberle algo a este hombre extraordinario es una deuda paradójica, porque ha enriquecido nuestras vidas para siempre”.²⁸

El impulso de la teoría de la calidad en los servicios de salud empezó poco después de su inicio en los Estados Unidos y algunos países de Europa. Para muchos estudiosos del tema, el doctor Avedis Donabedian fue el pionero que se ocupó de estudiar y medir la calidad en los servicios de salud en la Unión Americana; y casi de manera paralela y con el apoyo de él, en México se inicia una corriente encabezada por el doctor Enrique Ruelas Barajas en el INSP en la década de los ochenta.²⁹

El Dr. Enrique Ruelas Barajas es otro de los teóricos principales citados en este trabajo, “es médico egresado de La Universidad La Salle, cuenta con una maestría en Administración Pública del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) y una maestría en Administración de Servicios de Salud de la Universidad de Toronto, además de ser egresado del programa de alta dirección del IPADE. Fue subdirector de Investigación en Sistemas de Salud del Centro de Investigaciones en Salud Pública, director general de la Escuela de Salud Pública de México del Instituto Nacional de Salud Pública, director de programas de Salud para América Latina y el Caribe de la Fundación W.K. Kellogg y director de Fomento Institucional de la Fundación Mexicana para la Salud.

²⁸ Best, M., Neuhauser, D. (2004), *Heroes and Martyrs of Quality and Safety, Avedis Donabedian: father of quality assurance and poet*. Qual Saf Health Care. USA. Pág. 472, 473.

²⁹ Robledo, H. et al. (2012), *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones 12 años de experiencia, El hexágono de la calidad*. Secretaría de Salud. México. Pág. 61.

También fue subsecretario de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud. Fundador y presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud (SOMECASA) y presidente de la Sociedad Internacional de Calidad de Atención a la Salud (ISQua). Es miembro de la Academia Mexicana de Cirugía y presidente electo de la Academia Nacional de Medicina. Es autor de 80 artículos y varios libros sobre calidad en el cuidado de la salud, seguridad del paciente, dirección de sistemas de salud, sistemas complejos y el futuro de organizaciones de salud. Fue el Secretario del Consejo de Salubridad General de México por cinco años”.

30

³⁰ Centro de Gestión Hospitalaria (2012), *Enrique Ruelas Barajas tratará la Cruzada Nacional por Calidad y Atención en salud*. Recuperado de internet el 28 de abril del 2017. http://www.cgh.org.co/productos/foro/foro_2012/rss/item/47-enrique-ruelas-tratar-la-cruzada-nacional.html.

4.2 La implementación de la calidad en los Sistemas de Salud

Según Donabedian, la evaluación de calidad debe apoyarse en una definición conceptual y operativa de lo que significa la “calidad de la atención médica”. En este aspecto fundamental se presentan muchos problemas, pues la calidad de la atención es una idea extraordinariamente difícil de definir. La definición de calidad puede ser casi cualquier cosa que se quiera que sea, si bien por lo común es un reflejo de los valores y metas vigentes en el sistema de atención médica y en la sociedad más amplia de la que esta es una parte. El uso de los resultados como criterios para estimar la calidad de la atención médica ofrece innumerables ventajas. Pocas veces se cuestiona la validez de utilizar los resultados como dimensión de la calidad. Tampoco la estabilidad y validez de los valores de recuperación, restauración y supervivencia plantean ninguna duda en la mayoría de las situaciones y culturas, aunque tal vez no sea así en todas. Por otra parte, los resultados tienden a ser bastante concretos y sujetos aparentemente a una medición más precisa.

En su modelo de Calidad, Donabedian utiliza los siete pilares de la calidad en la atención médica con su respectivo concepto. Eficacia, es la capacidad de la ciencia y el arte de la atención sanitaria para conseguir mejoras en la salud y el bienestar. Significa la mejor actuación posible, en las condiciones más favorables, según el estado del paciente y en unas circunstancias inalterables. La eficacia relativa de las estrategias alternativas de atención se establece a través de la investigación clínica controlada o evaluación de la tecnología. La estrategia más

eficaz de manejo clínico establece el límite superior de lo que se puede alcanzar, la frontera tecnológica.

Efectividad, a diferencia de la eficacia, es la mejora de la salud alcanzada, o que se espera conseguir en las circunstancias normales de la práctica cotidiana. En la definición y evaluación de la calidad, la efectividad puede especificarse de manera más precisa, como el grado en que la atención cuya evaluación de la calidad se está realizando, alcanza el nivel de mejora de salud, que los estudios de eficacia han fijado como alcanzables. Eficiencia, es el costo que representa cualquier mejora en la salud. Si existen dos estrategias de asistencia con igual eficacia o efectividad, la menos costosa es la más eficiente.

Optimización, se convierte en un tema importante cuando los efectos de la atención no se valoran en términos absolutos, sino relativos al costo de la asistencia. Más allá de cierto punto en la progresión de la atención, el balance este costo y beneficio se convierte en negativo. Aceptabilidad, de manera arbitraria la asume como la adaptación de la atención a los deseos, expectativas y a los valores de los pacientes y sus familias. La intercalación de las preferencias del paciente puede alterar de manera radical las estimaciones de efectividad, eficiencia y optimización. También introduce tanta variación entre los pacientes, lo que constituye la mejor calidad puede tener que especificarse de manera individual caso por caso.

Legitimidad, en una sociedad democrática, cabe esperar que todas las características de la atención importantes para el individuo, sean también asuntos de relevancia social; no obstante, en un ámbito social, además de la preocupación de los individuos, existe también la responsabilidad por el bienestar general. Por consiguiente, lo que algunos individuos o sus médicos podrían considerar como la mejor atención, es distinto del bien común. A menudo, la sociedad tiene una visión de los costos muy distinta a la de los individuos. La razón principal es la financiación social de la asistencia. Cuando la atención es pagada, parcialmente o en su totalidad, por un tercero, el nivel de atención solicitado por un individuo podría exceder de lo que la sociedad se siente capaz de financiar. Por estos motivos y algunos otros, aquello que la sociedad considera una atención óptima puede diferir, a veces de manera significativa, de lo que los individuos considerarían óptimo. También podría haber diferencias en la interpretación de lo que es equitativo o justo.

Equidad, es el principio por el que se determina que es justo en la distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de una población. La equidad forma parte de aquello que hace que la atención sea aceptable y socialmente legítima para los individuos. La equidad como atributo de la asistencia es tan importante que se merece figurar como un “pilar” aparte de la calidad. A nivel social, la distribución equitativa del acceso y de la calidad es a la fuerza un asunto de política social. Debe quedar claro que la distribución más equitativa puede no representar necesariamente la que aporta una mayor mejoría de la salud a un costo más bajo. La equidad es un principio adicional, un compromiso moral, en

cumplimiento del cual algunos pueden recibir una atención que podría aportar grandes mejoras en la salud si fuera utilizada por otras personas.

Donabedian se refería a la “garantía de la calidad” como una actividad basada en obtener información sobre la práctica clínica y hacer un reajuste de las circunstancias y de los procesos de la atención de la salud. “Consumidores” con referencia a los pacientes, así como a aquellos que legítimamente puedan hablar en su nombre. Los consumidores contribuyen en la garantía de la calidad de tres formas: definiendo la calidad, evaluando la calidad y facilitando la información que permiten que otros la evalúen.

Al ver a los consumidores como evaluadores de la calidad, vemos que hay un pequeño paso entre definir la calidad y juzgar en qué medida se ha conseguido. Así, definir la calidad y evaluarla guardan una relación pareja que es difícil de separar. Como consecuencia, la obtención de la información argumentada sobre la satisfacción o descontento del cliente, constituye un elemento necesario en cualquier labor de garantía de calidad. El grado de satisfacción del consumidor juega un papel tripartito en la atención médica. Se trata de un juicio sobre la calidad de la atención que incorpora las expectativas y percepciones del paciente.

En segundo lugar, se trata de un resultado de la atención un aspecto del bienestar psicológico del paciente y también, una consecuencia a la que deben aspirar los sistemas de atención sanitaria como un signo de éxito. En tercer lugar, la satisfacción del paciente representa una contribución para un tratamiento posterior, alentando a los pacientes en la búsqueda de atención y para que

colaboren en mejorar su éxito. De este modo, con una transmutación de la asistencia, se convierte también en un rasgo estructural de la propia función asistencial.

Los consumidores pueden contribuir al esfuerzo de garantía de calidad facilitando información de sus propias experiencias sanitarias. No se les pide que emitan un juicio de la atención sino simplemente que informen para que otros puedan juzgar. El paciente puede facilitar otro tipo de información que concierne especialmente al proceso técnico de la atención que debería figurar en la historia clínica, aunque pueda haberse omitido. De este modo, los pacientes constituyen una fuente de información primaria. En otras ocasiones, su función tendría un carácter secundario o de confirmación. A través de esta función y de otros modos descritos, los consumidores pueden contribuir enormemente en las labores de garantía de calidad. Debería cuestionarme ahora si es adecuado que lo hagan y que dificultades entraña.³¹

³¹ Sociedad Española de Calidad Asistencial (2001), *Calidad Asistencial*. España. Pág. S11-S12, S29-S30, S96-S99, S102-S103.

4.3 Comparación con modelos de otras áreas

Donabedian analizó los aspectos de la continuidad y del cambio a través de la comparación de dos modelos de garantía de la calidad; al tradicional lo llamó “modelo de atención a la salud” y al nuevo “modelo industrial”. Aunque estos términos no representan algo homogéneo o preciso, cada uno ofrece una variedad de conceptos y de métodos. Aun así, se puede distinguir dos conjuntos que intentaba comparar mediante las características comunes, a través de una abstracción de estos modelos, y no a partir de ejemplos concretos del quehacer diario.

La característica fundamental a analizar es la definición misma de la calidad en cada modelo. Una característica que distingue al modelo industrial es su enfoque en el consumidor como el árbitro final de la calidad. Es el consumidor quien decide si el producto o servicio proporcionado responde a sus necesidades y expectativas. El objetivo no sólo es alcanzar la satisfacción del consumidor sino también lograr su entusiasmo, su confianza y su fidelidad futura.

En el modelo de atención de la salud se encuentran semejanzas y diferencias importantes. Una similitud es la obligación de reconocer la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables. Para ello y de una forma aún más importante que la postulada en el modelo industrial, se valoran las preferencias del paciente informado tanto en lo relativo a los resultados como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención a la salud. Sin embargo, el modelo de atención a la salud difiere en la necesidad que existe de acomodar, dentro de

la definición de calidad, un conjunto más complejo de responsabilidades hacia los usuarios y tensiones internas a la definición de la calidad de la atención a la salud.

Entre las diferencias, Donabedian comentó la responsabilidad hacia los individuos. Como expertos de la salud tenemos una responsabilidad fiduciaria: la de actuar en nombre de los pacientes, sirviendo a sus intereses de la manera que nos parezca más adecuada. Indicaba que esto puede conducir al paternalismo, al autoritarismo e inclusive a la arrogancia y que son peligros que deben evitarse a toda costa. Pero el imperativo moral permanece: cuidar el interés de los pacientes, incluso a costa de sus propios deseos.

Dado que el cuidado de la salud tiene que ver con aspectos tan íntimos, sensibles e importantes de la vida, nuestros conceptos acerca de cómo manejar la relación interpersonal son infinitamente más complejos que los intercambios entre cliente y proveedor en el mundo de los negocios. Si se toma en cuenta que la atención a la salud es un producto del esfuerzo conjunto de médicos y pacientes, el “cliente” es para de la línea de producción, de forma más íntima, si cabe, que en lo presupuesto en el modelo industrial. La capacidad para educar a los pacientes en la producción de los cuidados a la salud es un atributo sobresaliente característico de la calidad de la atención a la salud.

En cuanto a las responsabilidades para la gestión de las relaciones entre costos y calidad, por el contrario del modelo industrial, en el de atención a la salud se tiene muy presente el aumento de los costos al incrementar la calidad, especialmente en la provisión de atención a la salud y en la contribución a una longevidad que algunos podrían tachar de improductiva o de desperdicio. Por ello

este modelo está orientado al balance entre los costos y los beneficios, en parte debido a que se obtienen pocos beneficios de salud aun cuando se incremente la atención, y a las consecuencias de la propia longevidad. También se puede atribuir, en el contexto de la atención al paciente, a una influencia menor de las fuerzas del mercado y mayor de los imperativos éticos y sociales.

Concluyó su análisis remarcando las muchas similitudes entre ambos modelos, es decir, su énfasis en servir al consumidor, su reconocimiento de la trascendencia, dignidad, entusiasmo y capacidad de todos los trabajadores. Su rechazo a culpar a los individuos por las deficiencias inherentes a los sistemas y procesos, la importancia que concede a la educación más que al castigo, la importancia que concede al liderazgo más que a la dirección dictatorial y su énfasis en las auto-mejoras internas más que en la regulación externa. El modelo industrial ofrece un poderoso antídoto a los excesos de la regulación gubernamental, con su visión coercitiva y punitiva; con su predisposición a censurar y la resistencia a ayudar; con su fijación en las fallas, divorciada del reconocimiento y celebración de los éxitos.³²

³² Donabedian, A. (1993), Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud Pública de México, vol. 35, núm. 3. Instituto Nacional de Salud Pública. México. Pág. 238-240, 247.

4.4 Influencia de la teoría de la complejidad y la teoría del caos

Ruelas-Barajas hace mención en algunos de sus escritos de los atractores extraños y ciencias del caos. En la década de los cincuenta, J. von Neumann comprendió que los modelos meteorológicos podrían ser diseñados computacionalmente. Estos modelos requerían de condiciones iniciales y de frontera que debían ser obtenidos de manera experimental y, por tanto, estaban sujetos a errores de medición. Por tal motivo, las mediciones jamás serían exactas. No obstante, la creencia de que podía obtenerse una apreciación aproximada de la realidad estaba en la mente de aquella generación de científicos. Tal vez esta idea sustentaba en la siguiente frase de Newton: “dado un conocimiento aproximado de las condiciones iniciales y la comprensión de la ley natural, puede calcularse el comportamiento aproximado de un sistema”.

Lo anterior se debe a que los conceptos en que se apoya la administración generalmente corresponden a modelos de dinámica lineal (causa-efecto), lo cual implica soluciones insuficientes y muchas veces inadecuadas. De ahí que proponemos el uso de las herramientas que provee la innovadora corriente de los sistemas complejos, que vincula las matemáticas, la física, la ingeniería, la biología, la ecología, la medicina y otras disciplinas para el análisis y la elaboración de propuestas de solución al entorno.

Recordemos que los sistemas complejos están formados por componentes individuales que interactúan entre sí y pueden modificar sus estados internos como producto de tales interacciones. Dichos sistemas pueden ser estructuralmente simples, aunque tal simplicidad no impide que exhiban diversos

comportamientos dinámicos no triviales. Los sistemas complejos pueden situarse en regímenes críticos caracterizados por la presencia de fluctuaciones especiales y temporales en todas las escalas posibles, condición que puede alcanzarse de manera espontánea y sin la intervención de factores o fuerzas externas al sistema. Se dice entonces que el proceso se ha *auto-organizado*.

Otro principio fundamental de los sistemas complejos es la manifestación de sus propiedades emergentes. El concepto de *procesos emergentes* implica la aparición de propiedades que no pueden ser deducidas directamente de las características del sistema que las genera. Por lo tanto, para la planeación integral sistémica, a partir de esta idea, es válido considerar procesos emergentes y procesos de estructuras complejas que apoyen la supervivencia. Como coadyuvantes, también se requieren procesos de comunicación y procesos de regulación y control.³³

³³ Ruelas-Barajas, E., Mansillas, R. (2015), *Las ciencias de la complejidad y la innovación médica*. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM. México. Pág. 25, 28, 38-41.

4.5 Conceptos

En la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud se definió que la atención primaria de salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada.

Incluye como mínimo: educación sobre los problemas sanitarios más prevalentes y los métodos para prevenirlos y controlarlos; promoción sobre el suministro de alimentación y de correcta nutrición; adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico; asistencia maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas locales; apropiando tratamiento de las enfermedades comunes y los traumatismos, y provisión de los medicamentos esenciales.³⁴

³⁴ OMS (1978), *Declaración del Alma-Ata Fracción IV*. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. URSS. Pág. 1, 2.

La definición propuesta por Donabedian ha sido la más aceptada en el ámbito de la atención a la salud. Para Donabedian, la calidad es un atributo de la atención médica que puede obtenerse en diversos grados. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Los mayores beneficios posibles se definen en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes. La calidad implica los resultados de la atención, medida como la mejoría esperada en la salud, que es atribuible a la atención misma.³⁵

De acuerdo con Scott, la productividad se define como la relación entre insumos y productos, en tanto que la eficiencia representa el costo por unidad de producto. En el caso de los servicios de salud, la medida de productividad estaría dada por la relación existente entre el número de consultas otorgadas por hora/médico. La eficiencia se mediría a partir del costo por consulta, mismo que estaría integrado no sólo por el tiempo dedicado por el médico a esa consulta, sino también por todos los demás insumos involucrados en ese evento particular, como pueden ser materiales de curación, medicamentos empleados, tiempo de la enfermera, etcétera.³⁶

Existe una aparente relación recíproca entre calidad y productividad-eficiencia. La eficiencia influye en la calidad y ésta, a su vez, en la eficiencia. Sin embargo, el punto medular de la discusión podría ser no las relaciones existentes

³⁵ Donabedian, A. (1980), *The definition of Quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press, vol. I.

³⁶ Scott, R., Shortell, S. (1988), *Organizational performance: Managing for efficiency and effectiveness*. Wiley Medical. New York. Pág. 418 - 457.

entre los conceptos, sino el énfasis en las estrategias que deben adoptarse para mejorar una y otra. En apariencia y durante mucho tiempo, el énfasis se puso casi de manera exclusiva en la productividad, como si al mejorar ésta se incrementara, en consecuencia, el nivel de calidad. ³⁷

³⁷ Ruelas-Barajas, E. (1993), *Calidad, productividad y costos*. Salud Pública. México. Pág. 302.

5. Marco Metodológico

El presente capítulo muestra el diseño del estudio, incluyendo el tipo de estudio, la población, muestreo y muestra, los criterios de inclusión, la definición del instrumento, los resultados más relevantes de la aplicación del instrumento en Estados Unidos por sub-escala, el procedimiento de recolección de datos, las consideraciones éticas y el análisis de la información.

5.1 Diseño del estudio

5.1.1 Tipo de estudio

El diseño del presente estudio corresponde al tipo observacional descriptivo, dado que se describirá la Percepción de la Calidad de la Atención Primaria en las Instituciones de Salud Pública por los Usuarios de la Ciudad de México.

5.1.2 Población, Muestreo y Muestra

La población está formada por 881 basado en la cantidad de consultas mensuales por turno y consultorio, se aplicaron las encuestas en diferentes condiciones, horarios y entornos para garantizar la veracidad de los resultados. El muestreo es de tipo aleatorio estratificado con asignación proporcional al tamaño de la muestra (hombres y mujeres). El tamaño de la muestra se calculó con un nivel de confianza de 95%, con un nivel de significancia de .05, para una prueba unilateral con una correlación alternativa de .20 y potencia de .80. El tamaño de la muestra fue de 49.

5.1.3 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión que se consideran para este estudio son mayoría de edad, escolaridad mínima universitaria, ser derechohabiente con experiencia mínima de 3 visitas a los servicios de atención primaria de una institución de salud pública en la Ciudad de México. Se consideraron estos criterios para tratar de lograr veracidad en las respuestas y con esto evitar sesgos en los resultados.

5.2 Definición del Instrumento

El instrumento está compuesto por una cédula de datos socio-demográficos, los cuales son edad, sexo y país de residencia. Este último es considerado ya que se hará una pequeña comparación entre los servicios médicos de México y otros países.

Para medir la variable de Percepción de Calidad se utilizó el instrumento Cuestionario de la Satisfacción del Paciente (PSQ-18, por sus siglas en inglés) realizado por Grant N. Marshall, Ron D. Hays (1994)³⁸. El instrumento consta de 18 reactivos, de los cuales Satisfacción General son 2 items (3 y 17), Calidad Técnica son 4 items (2, 4, 6 y 14), Relación Interpersonal son 2 items (10 y 11), Comunicación son 2 items (1 y 13), Finanzas son 2 items (5 y 7), Tiempo de consulta son 2 items (12 y 15), Accesibilidad y Conveniencia son 4 items (8, 9, 16 y 18).

³⁸ Marshall, G. y Hays, R. (1994). *The Patient Satisfaction Questionnaire Short-Form (PSQ-18)*. RAND. Santa Monica, CA USA. Pág. 3-5, 20-21.

El PSQ-18 provee resultados separados para cada una de las siete sub-escalas diferentes. Algunas items están valuados para que al estar de acuerdo reflejen satisfacción con el servicio médico, otros items están valuados para reflejar insatisfacción con los servicios médicos. Después de calificar, los items con la misma sub-escala deben ser promediados juntos para crear las calificaciones de las 7 sub-escalas. Para los items 1, 2, 3, 5, 6 ,8, 11, 15 y 18 se debe invertir los valores, donde 1 equivale a 5, 2 a 4 y así respectivamente; para los items 4, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 16 y 17 los valores serán los mismos, es decir 1 equivale a 1, 2 a 2 y así respectivamente.

A continuación, se presentan los resultados más relevantes de la aplicación del instrumento en Estados Unidos por sub-escala.

Sub-escala	Hombres	Mujeres	>Preparatoria	Edad 18-44
Satisfacción general	65.05	64.23	63.92	56.47
Calidad técnica	67.14	67.07	66.81	61.46
Relaciones interpersonales	77.81	76.85	76.97	72.60
Comunicación	69.40	67.96	68.13	62.36
Aspectos Financieros	71.36	68.38	70.08	64.87
Tiempo de consulta	65.38	64.36	64.09	57.67
Accesibilidad y Conveniencia	69.93	68.29	69.03	63.68

Tabla 2

5.3 Procedimiento de Recolección de Datos

5.3.1 Encuestas

Entre julio y septiembre de 2017 se realizó una encuesta electrónica transversal a derechohabientes de instituciones de salud pública, en dispositivo móvil. Los participantes asistieron a consulta a su Unidad de Medicina Familiar, se les invitó a participar anónimamente, se proporcionó la encuesta electrónica a través de un enlace en el dispositivo designado para las encuestas y la información quedó almacenada en el servidor de las encuestas electrónicas. El Dr. Jorge Armando Juárez González aprobó el protocolo respectivo.

5.3.2 Entrevistas

En septiembre de 2017 se realizaron un par de entrevistas escritas a profesionales a cargo del área de urgencias de las instituciones de salud pública. Las entrevistas son de carácter general acerca de los servicios que conforman la atención primaria y el cómo se ve afectada la percepción de los usuarios sobre la calidad de dichos servicios.

5.3.3 Material información complementaria

Entre enero y febrero de 2017 se recopiló en experiencia presencial y de una manera general el funcionamiento los servicios de salud en algunos de los países europeos y obteniendo el enfoque de la percepción europea.

5.4 Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a los lineamientos y principios establecidos en la ley general de salud en materia de investigación para la salud [SSA, 1987] de acuerdo al artículo 14, fracción VII, se contó con la aprobación del comité de ética e investigación del Posgrado de la Facultad de Contabilidad y Administración de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Se consideró lo establecido en el artículo 13, el cual hace referencia a que toda investigación realizada en seres humanos debe prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y protección de sus derechos, se garantiza proteger la privacidad del participante mediante el anonimato de las respuestas al no identificarlo en los cuestionarios, artículo 16. Se explicará claramente la justificación y objetivos de la investigación, la libertad de retirarse del estudio en el momento en que así lo consideraran, con la seguridad de permanecer en el anonimato y que no se afecte su actividad laboral, artículo 21, fracciones I, VI, VII y VIII.

La investigación se considera de riesgo mínimo, ya que no se realizó ninguna intervención en las variables psicológicas y sociales de los participantes, solo se aplicará un cuestionario para la recolección de datos, el cual puede generar sentimientos negativos y emociones, artículo 17, fracción I. Por ser una investigación que se realizará en grupos subordinados, se consideró lo establecido en el artículo 58, fracción I, el cual establece que se deberá respetar la participación, el rechazo a intervenir, el retiro del consentimiento del estudio sin afectar la actividad laboral, se ofrece la seguridad al participante que los

resultados no serán utilizados en su perjuicio y serán presentados en forma general, nunca de manera personal, fracción II.

5.5 Análisis de los Datos

Se realizó el análisis de la información a través de la estadística descriptiva con las frecuencias cualitativas y cuantitativas, medidas de tendencia central (media, mediana y moda), dispersión y posición. Además, se utilizará el principio de Pareto, la estadística inferencial a través de análisis de regresión y correlación, distribución F – Fisher o tabla ANOVA, para conocer la relación Perspectiva del usuario se ve afectada debido a la atención, administración de recursos humanos y materiales o no.

6. Resultados

En el presente capítulo se presentan los resultados de acuerdo a la estadística descriptiva incluyendo sus frecuencias cualitativas, frecuencias cuantitativas, medidas de tendencia central, de dispersión y de posición. Se presentan el principio de Pareto para identificar el área en la que se debe prestar mayor atención, donde hay más incidencia. Los resultados presentados a través de la estadística inferencial incluyen análisis de regresión y correlación, la prueba de hipótesis de distribución F – Fisher y tabla ANOVA y recomendaciones de acuerdo a la relación de las pruebas con las hipótesis planteadas.

Cuestionario de Satisfacción del Paciente (PSQ-18)

Encuesta									
	Edad	Sexo	Satisfacción general	Calidad técnica	Relaciones interpersonales	Comunicación	Aspectos financieros	Tiempo de consulta	Accesibilidad y Conveniencia
01	27	Mujer	2.5	3	3.5	3.5	3.5	3	2.25
02	28	Mujer	2	3.5	2.5	3.5	4	3.5	2.25
03	26	Hombre	2.5	3.75	5	4	3.5	4.5	3.5
04	26	Hombre	2.5	3.25	3.5	3.5	3.5	3	2.5
05	27	Mujer	2.5	3	2.5	4	1.5	3	1.75
06	20	Mujer	3	3.25	3.5	3	3	2.5	3.25
07	29	Mujer	2	2.25	3	2	2.5	2	1.75
08	26	Mujer	4	3.5	3.5	4.5	3	4	3
09	34	Mujer	2.5	3.25	3.5	4	2	3	3.25
10	60	Hombre	3	3.25	2.5	3.5	4	3	3
11	30	Mujer	2	3	3	5	3	4	1.25
12	22	Mujer	3	3	4.5	4	4.5	2.5	2.75
13	25	Mujer	4	3.5	2.5	4	4	2.5	3
14	28	Mujer	4.5	4	3	3.5	4	3.5	3.25
15	22	Hombre	3	2.75	3.5	3.5	3	2.5	4.25
16	29	Mujer	1.5	2.25	2.5	2	1	2	1.25
17	23	Mujer	3	2.75	2.5	2	2.5	3	2.75
18	30	Mujer	3	3.5	3	3.5	2.5	2	2.75
19	26	Mujer	5	4.75	4.5	5	3	3.5	3.5
20	28	Hombre	2.5	3	3	2.5	3	3	2.75
21	32	Hombre	4	3.5	3	4.5	3.5	1.5	3
22	30	Mujer	2	1.5	2.5	2	2.5	1	2
23	27	Hombre	3	3	2.5	3	2.5	3	4
24	28	Mujer	2.5	2.75	3	3.5	3	2.5	2.25
25	35	Mujer	3	2.25	3	3	3	3	3.25
26	34	Mujer	2.5	3	2.5	3	2.5	3	2
27	40	Hombre	2.5	3.25	3	2.5	2.5	3	2.75
28	37	Hombre	3.5	2.75	2.5	3	3	3.5	3
29	25	Mujer	3	2.75	3.5	3	2	2	2.5
30	55	Mujer	2	2.75	3	2.5	2.5	2	1.5
31	42	Hombre	3	3	3	3.5	2.5	2	2.75
32	29	Hombre	3	3	2.5	3	2.5	2.5	3.25
33	30	Hombre	3	3	3	3	3	3	3
34	53	Hombre	3	3.5	3.5	3.5	3.5	3	3.25
35	28	Mujer	2.5	3.25	3	3	3.5	3	2.25
36	49	Mujer	2	3.5	3.5	3	3.5	4	3
37	29	Mujer	3	3.25	3	3	3	3	3.5
38	45	Hombre	2	3.5	3.5	3	4	2.5	3

39	39	Mujer	3	3	3	2.5	2.5	3	2.75
40	42	Mujer	3	3	3	3	4	3.5	2.75
41	58	Hombre	4	3	3	3.5	3.5	2	2.75
42	30	Mujer	2.5	2.25	2.5	2.5	3.5	3	3.25
43	27	Hombre	2.5	3.25	3	3	2.5	4	3
44	43	Mujer	3	2.5	2	1.5	2.5	1.5	2
45	35	Hombre	3	3	3	3.5	3	4	2.75
46	24	Mujer	3	2.75	3	3	2.5	2	2.75
47	33	Hombre	2.5	3.25	2	3	3.5	2.5	2.75
48	38	Hombre	4.5	4.5	4.5	4.5	3	4.5	4.25
49	32	Mujer	3.5	2.25	2	4	2	4	3.75

Tabla 3

6.1 Estadística descriptiva

Se utilizará la estadística descriptiva dado que se describirá la Perspectiva de la Calidad desde el punto de vista del usuario. Esto a través de frecuencias cualitativas y cuantitativas en tablas y gráficas, también con medidas de tendencia central, de dispersión y posición.

6.1.1 Frecuencias cualitativas

Tabla de frecuencias Sexo	
Sexo	Frecuencia clase
Hombre	19
Mujer	30
	49

Tabla 4



El 39% de los encuestados son hombres y el 61% son mujeres.

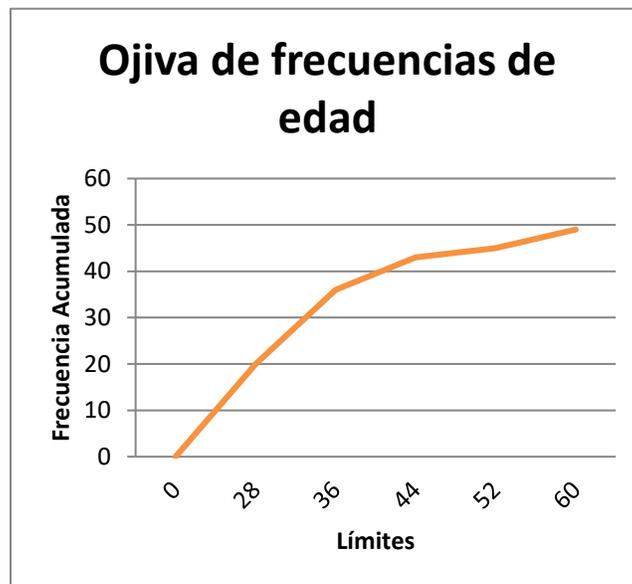
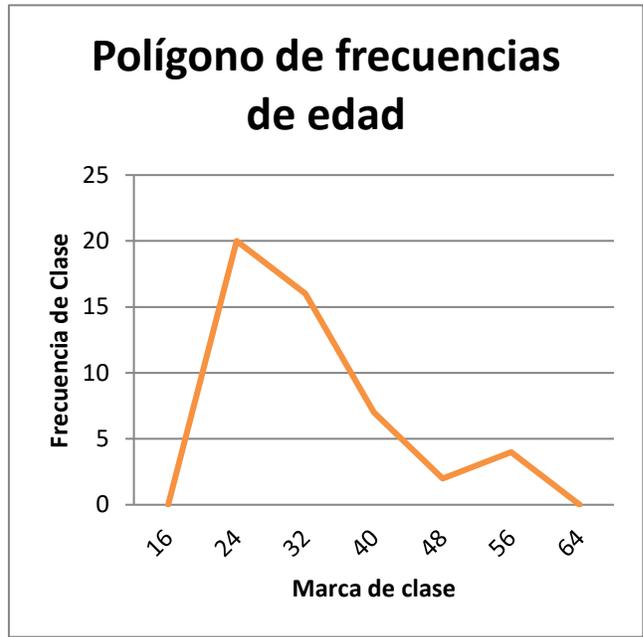
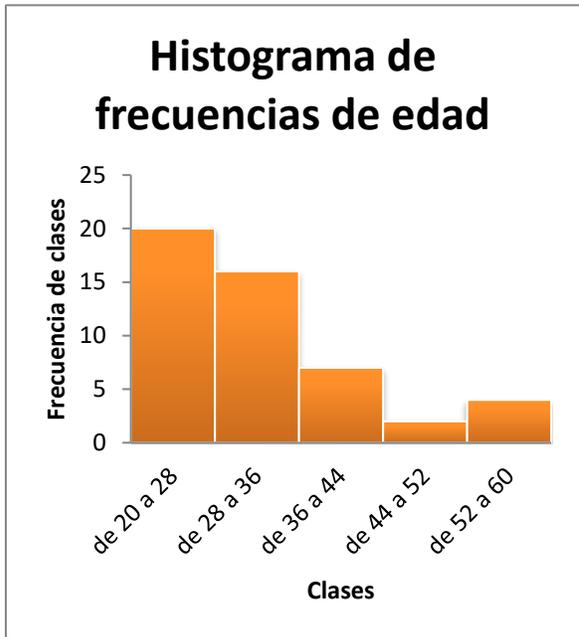
Gráfica 1

6.1.2 Frecuencias cuantitativas

Tabla de frecuencias de edad							
Clases	Intervalo de clase		Frecuencia de clase	Frecuencia acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada	Marca de clase
	Límite inferior	Límite Superior					
		0	0	0		0%	16
de 20 a 28	20	28	20	20	41%	41%	24
de 28 a 36	28	36	16	36	33%	73%	32
de 36 a 44	36	44	7	43	14%	88%	40
de 44 a 52	44	52	2	45	4%	92%	48
de 52 a 60	52	60	4	49	8%	100%	56
			0				64

Tabla 5

De acuerdo a la tabla de frecuencias anterior podemos mostrar las siguientes gráficas para una apreciación visual de los datos divididos en 5 clases. Destacándose en la parte sobresaliente tanto del histograma como del polígono de frecuencias las clases en las que se encuentran el promedio, el valor central y la moda.



Gráficas 2, 3 y 4.

6.1.3 Medidas de tendencia central

Media aritmética	33	El valor promedio de una serie de datos o edades
Mediana	30	El valor central en una serie de datos ordenados
Moda	28	La edad de mayor frecuencia
Asimetría	1.334285969	Los datos tienen una asimetría positiva a la derecha
Curtosis	1.269220553	La concentración de los datos es la leptocúrtica
Tipo de distribución		Negativa con sesgo a la izquierda

Tabla 6

6.1.4 Medidas de dispersión

Rango	40	Recorrido de los datos
Desviación media	7.295293628	Diferencia promedio de los valores con respecto a la media aritmética expresada en valores absolutos
Desviación estándar	9.49991049	Diferencia promedio de los valores con respecto a la media aritmética expresada en valores cuadráticos
Varianza	90.24829932	Variación total de los datos
Coefficiente de varianza	30%	Esto demuestra que los valores numéricos son similares y se puede considerar que son homogéneos

Tabla 7

6.1.5 Medidas de posición

h. Cuartil 1	27
i. Percentil 75	37

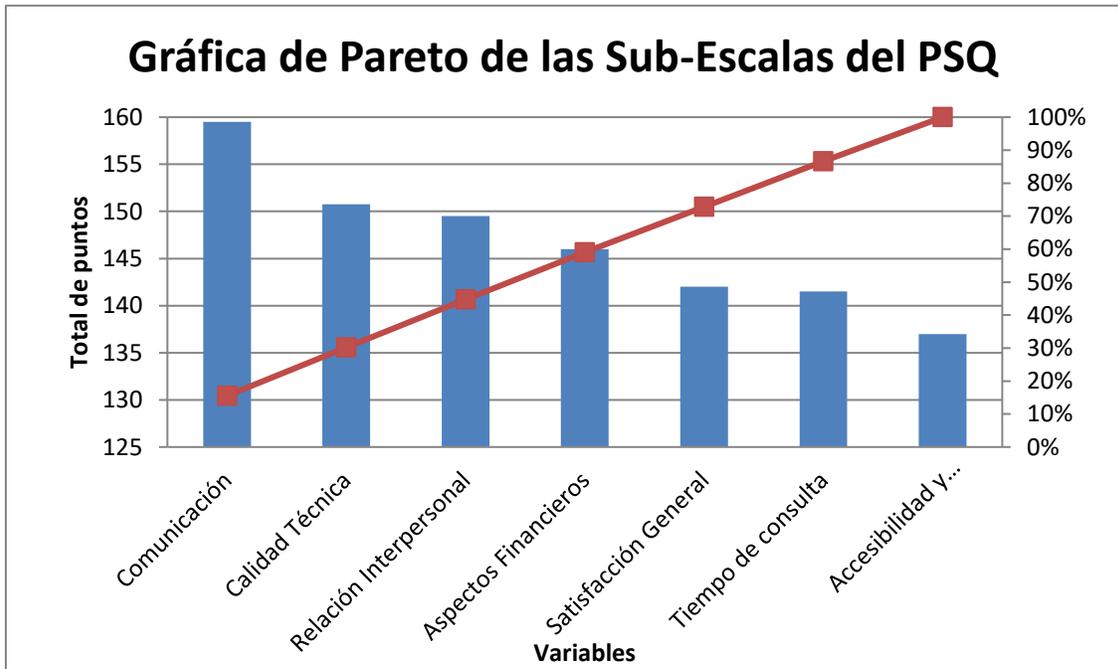
Tabla 8

Comentario:

La edad más común oscila entre 20 y 28 años, vemos que el valor central y el promedio están entre 28 y 36, predominando las edades de los adultos jóvenes, destacando también las edades entre 28 y 36 años, siendo la segunda clase con más incidencia.

6.2 Principio de Pareto

También conocido como la regla del 80-20 para identificar el área en la que se debe prestar mayor atención, donde hay más incidencia.



	Comunicación	Calidad Técnica	Relación Interpersonal	Aspectos Financieros	Satisfacción General	Tiempo de consulta	Accesibilidad y Conveniencia
Totales	159.5	150.75	149.5	146	142	141.5	137
% Acumulado	16%	30%	45%	59%	73%	87%	100%

Gráfica 5

La gráfica de barras representa el puntaje de las variables que afectan la percepción de la calidad según el usuario, la gráfica lineal representa la frecuencia porcentual acumulada. Vemos que las variables de Comunicación, Calidad Técnica, Relación Interpersonal, Aspectos Financieros y Satisfacción General entran en el 80% del acumulado, siendo estas las áreas a las que se debe poner más atención.

Aunque el tiempo de consulta, la accesibilidad y conveniencia son variables importantes no se ven tan afectadas debido a que los pacientes se predisponen a que los servicios de salud proveen sus servicios con periodos de atención muy largos. Por el hecho de que los servicios de salud públicos sean gratuitos el usuario de dichos servicios no tendrán problema si pueden tener acceso a dicho servicio, aunque no esté a una distancia conveniente o su acceso sea complicado.

La comunicación implica la forma en que se explican y la rapidez con que lo hacen, las palabras que utilizan, la comprensión del lenguaje, la atención que prestan a la opinión del paciente o familiares y la importancia que le dan, en general el interés por el paciente.

La calidad técnica implica si el médico cuenta con los recursos necesarios, el material suficiente para valorar, la capacidad que el medico tiene para usar dichos recursos, si usa su experiencia o solo sigue manuales para diagnosticar, el cuidado que tiene el médico al examinar, si al examinar o tratar al paciente realiza el proceso completamente, la habilidad del doctor de ver más allá de su especialidad como médico general, si sabe cuándo debe consultar con internistas

o especialistas, si hace buen uso del lenguaje o no poniendo en duda su capacidad técnica, la confianza que transmite al diagnosticar.

La relación interpersonal implica la forma en que el médico actúa hacia el usuario, si actúa de manera burocrática o impersonal, como maneja el hecho de que haya exceso de pacientes, estrés, carga de trabajar, el tiempo que tiene para cumplir su turno, la imagen que quiere dar, si cuenta con los insumos o materiales necesarios para dar la atención y la actitud del paciente o familiar.

Los aspectos financieros implican si el paciente se siente seguro de que puede recibir la atención médica que necesita de una manera económica viable, hablando de si se proveen los medicamentos y servicios sin tener que pagar adicionalmente, si en los casos en que no haya medicamentos se otorgan vales o se subroga al paciente.

La satisfacción general integra todos los rubros anteriores y que tanto se ve afectada si alguna de esas variables no es perfecta o completa, aparte de todo lo anterior la satisfacción general se puede ver afectada si se cuenta con ciertas amenidades, cambios que requieran consulta con especialistas, la calidez con la que se recibe la atención, la comodidad del paciente, si cuenta con un buen equipo interdisciplinario. Al no depender la opinión del usuario totalmente del cuidado, sino de factores como infraestructura, insumos y tiempos, el paciente puede percibir que no recibe una atención completa.

6.2.1 Comprobación de hipótesis

Confirmando la **hipótesis principal**, *la percepción del usuario se ve altamente afectada por la forma en que reciben la información, la claridad del lenguaje, lo razonable de los tiempos de espera y la confianza que el personal de salud transmite*, los resultados mostraron que la percepción del usuario se ve altamente afectada por la forma en que reciben la información, la claridad del lenguaje, lo razonable de los tiempos de espera y la confianza que el personal de salud transmite. Aunque se logre que los servicios den una gran atención y calidad, la satisfacción general se ve afectada si falta algo en alguno de estos servicios, siendo muy sensible esta percepción.

Confirmando la **hipótesis secundaria**, *los factores que influyen en la percepción del usuario son principalmente los recursos humanos, materiales y su administración*, los resultados mostraron que los factores que influyen en la percepción del usuario son principalmente los recursos humanos, materiales y su administración. Esto se refleja en las variables de Calidad Técnica afectando la forma en que el médico da la atención, en Relación Interpersonal si el médico no tiene buen manejo del estrés por la falta de recurso humano o material necesario para dar la atención, los Aspectos Financieros si no hay recurso material para los estudios o el medicamento necesario y la Satisfacción General por la sensibilidad de la percepción del usuario en cuanto a la calidad en general.

Confirmando la **hipótesis secundaria**, *la percepción de la calidad baja por la atención médica apresurada, estas decisiones se tomar por exceso de pacientes y falta de recursos humanos, consecuencia de la limitación del tiempo como*

medida administrativa, los resultados mostraron que la percepción de la calidad baja por la atención médica apresurada, estas decisiones se toman por exceso de pacientes y falta de recursos humanos, consecuencia de la limitación del tiempo como medida administrativa. La Calidad Técnica se ve afectada o incompleta cuando se apresuran los procesos y su veracidad dependerá mucho de la capacidad del médico para manejar un alto volumen de pacientes, la Relación Interpersonal igualmente se ve afectada de acuerdo al manejo del médico, los Aspectos Financieros, hablando específicamente de los estudios se verán afectados en tiempos si no hay recurso humano disponible para su acceso y la Satisfacción General se ve afectada principalmente por sentir que es una atención incompleta por el tiempo destinado a la misma.

6.3 Estadística inferencial

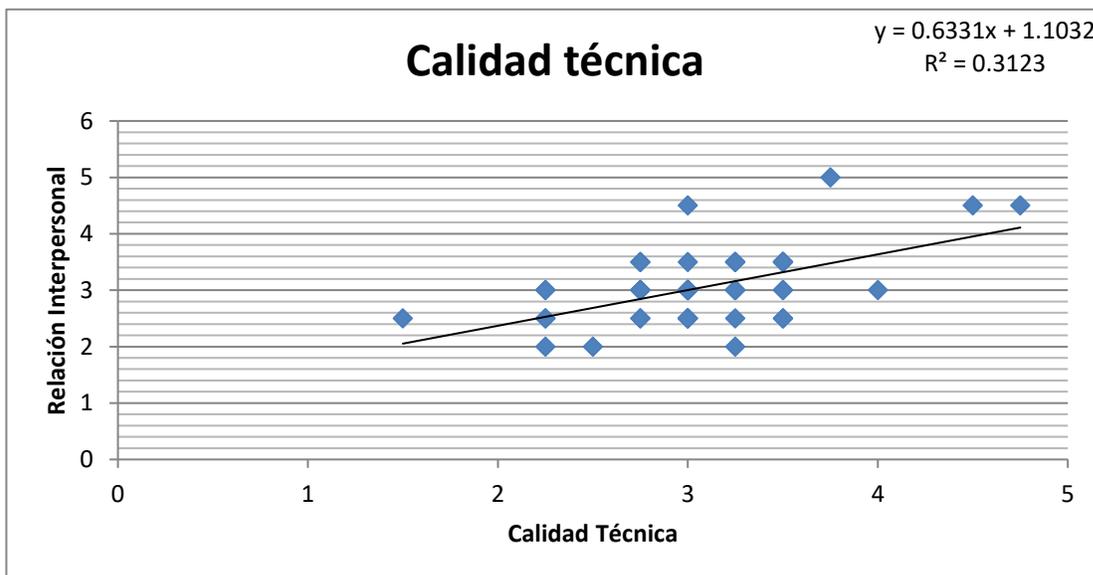
Se utilizará la estadística inferencial dado que se determinarán ciertas propiedades de la percepción de la calidad de los usuarios. Esto a través de pruebas de regresión y correlación, distribución F-Fisher o tabla ANOVA.

6.3.1 Regresión y correlación

La siguiente prueba se utiliza para determinar el grado de relación que guardan las variables o la dependencia existente entre las mismas

6.3.1.1 Análisis de regresión

a) diagrama de dispersión



Gráfica 6

- a) ecuación de regresión $Yr=0.6331x+1.1032$
- b) Desviación estándar de regresión $Sxy 0.528947$
- c) Tipo de regresión: Negativa
- d) Pronóstico: si no hay calidad técnica, como será la relación interpersonal **1.1032**
- e) Pronóstico: si no hay relación interpersonal, como será la calidad técnica **1.742536724**

6.3.1.2 Análisis de correlación

- f) Coeficiente de determinación $R^2 = 21\%$
- f) Coeficiente de correlación $R = 56\%$

g) El grado de relación que guardan las variables calidad técnica y relación interpersonal es de 56% lo que significa que existe una dependencia fuerte entre las variables o una relación fuerte entre ellas.

La relación interpersonal implica la forma en que el médico actúa hacia el usuario, si actúa de manera burocrática o impersonal, como maneja el hecho de que haya exceso de pacientes, estrés, carga de trabajar, el tiempo que tiene para cumplir su turno, la imagen que quiere dar, si cuenta con los insumos o materiales necesarios para dar la atención y la actitud del paciente o familiar.

La calidad técnica implica si el médico cuenta con los recursos necesarios, el material suficiente para valorar, la capacidad que el medico tiene para usar dichos recursos, si usa su experiencia o solo sigue manuales para diagnosticar, el cuidado que tiene el médico al examinar, si al examinar o tratar al paciente realiza

el proceso completamente, la habilidad del doctor de ver más allá de su especialidad como médico general, si sabe cuándo debe consultar con internistas o especialistas, si hace buen uso del lenguaje o no poniendo en duda su capacidad técnica, la confianza que transmite al diagnosticar.

Las variables relación interpersonal y la calidad técnica tienen una dependencia fuerte entendiendo que la relación interpersonal o cómo el médico actúa hacia el usuario puede ser buena si se manejan bien las situaciones que puede afectar la calidad del servicio, el buen manejo está directamente relacionado a la calidad técnica, considerando si el profesional de la salud tiene los recursos necesarios, material, capacidad para utilizarlos, experiencia, habilidad y capacidad de reconocer cuando necesita la opinión de alguien más, en caso de que no puede manejar la carencia de alguno de estos recursos puede afectar directamente la relación interpersonal con el usuario.

6.3.1.3 Comprobación de hipótesis

Confirmando la **hipótesis principal**, *la percepción del usuario se ve altamente afectada por la forma en que reciben la información, la claridad del lenguaje, lo razonable de los tiempos de espera y la confianza que el personal de salud transmite*, los resultados mostraron que efectivamente la percepción del usuario se ve altamente afectada por la forma en que reciben la información dependiendo de cómo actúe el médico, la claridad del lenguaje de acuerdo a la experiencia del médico, lo razonable de los tiempos de espera que no se ven tan afectados debido a que el usuario está usualmente predispuesto y la confianza

que el personal de salud transmite de acuerdo a su habilidad y capacidad basados en su calidad técnica y reflejada su forma de relación interpersonal.

Confirmando la **hipótesis secundaria**, *los factores que influyen en la percepción del usuario son principalmente los recursos humanos, materiales y su administración*, los resultados mostraron que los factores que influyen en la percepción del usuario son principalmente los recursos humanos, materiales y su administración, la falta de estos recursos y la experiencia afectan la forma en que el profesional de la salud maneja como actúa hacia el usuario y como se desempeña técnicamente.

Confirmando la **hipótesis secundaria**, *la percepción de la calidad baja por la atención médica apresurada, estas decisiones se tomar por exceso de pacientes y falta de recursos humanos, consecuencia de la limitación del tiempo como medida administrativa*, los resultados mostraron que la percepción de la calidad baja por la atención médica apresurada, estas decisiones se toman por exceso de pacientes y falta de recursos humanos, consecuencia de la limitación del tiempo como medida administrativa. Cuando las relaciones interpersonales son apresuradas tiende a sentirse que la actuación del médico es incompleta o de mala calidad, dependiendo del adecuado manejo del tiempo, la calidad técnica no se debería verse afectada siempre y cuando el personal tenga la experiencia, habilidad y capacidad para administrarse ante esta limitación del tiempo.

6.3.2 Prueba de hipótesis de distribución F – Fisher y tabla ANOVA

Esta prueba se utiliza para conocer si hay diferencia significativa entre las tres o más variables.

a. Ho: no existe diferencia significativa entre las sub-escalas de la satisfacción general ($\mu_1=\mu_2=\mu_3=\mu_4=\mu_5=\mu_6$)

a. Ha: si existe diferencia significativa entre las sub-escalas de la satisfacción general ($\mu_1\neq\mu_2\neq\mu_3\neq\mu_4\neq\mu_5\neq\mu_6$)

b. Nivel de significancia $\alpha=0.05$

c. Tipo de prueba: prueba de distribución F – Fisher o tabla ANOVA

d. Calculo de la prueba

Análisis de varianza de un factor

RESUMEN

<i>Grupos</i>	<i>Cuenta</i>	<i>Suma</i>	<i>Promedio</i>	<i>Varianza</i>
Calidad técnica	49	150.75	3.0765306	0.3104273
Relaciones interpersonales	49	149.5	3.0510204	0.3983844
Comunicación	49	159.5	3.255102	0.5846088
Aspectos financieros	49	146	2.9795918	0.4891582
Tiempo de consulta	49	141.5	2.8877551	0.6173469
Accesibilidad y Conveniencia	49	137	2.7959184	0.4548788

ANÁLISIS DE VARIANZA o ANOVA

<i>Origen de las variaciones</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Grados de libertad</i>	<i>Promedio de los cuadrados</i>	<i>F calculada</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Valor crítico para F</i>
Entre grupos	6.2646684	5	1.2529337	2.633316	0.0239366	2.2453455
Dentro de los grupos	137.03061	288	0.4758007			
Total	143.29528	293				

Tabla 9

e. Si $F_{\text{critica}} = 2.25 < F_{\text{calculada}} = 2.63$

Por lo tanto, la H_0 se rechaza y se acepta la H_a

Si el nivel de significancia = $0.05 > P=0.0239366$

Lo que significa que H_0 se rechaza y H_a alternativa se acepta

Conclusión:

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, lo que quiere decir que si existe diferencia significativa entre las variables que afectan la perspectiva de la calidad.

La calidad técnica implica si el médico cuenta con los recursos necesarios, el material suficiente para valorar, la capacidad que el médico tiene para usar dichos recursos, si usa su experiencia o solo sigue manuales para diagnosticar, el cuidado que tiene el médico al examinar, si al examinar o tratar al paciente realiza el proceso completamente, la habilidad del doctor de ver más allá de su especialidad como médico general, si sabe cuándo debe consultar con internistas o especialistas, si hace buen uso del lenguaje o no poniendo en duda su capacidad técnica, la confianza que transmite al diagnosticar.

La relación interpersonal implica la forma en que el médico actúa hacia el usuario, si actúa de manera burocrática o impersonal, como maneja el hecho de que haya exceso de pacientes, estrés, carga de trabajar, el tiempo que tiene para cumplir su turno, la imagen que quiere dar, si cuenta con los insumos o materiales necesarios para dar la atención y la actitud del paciente o familiar.

La comunicación implica la forma en que se explican y la rapidez con que lo hacen, las palabras que utilizan, la comprensión del lenguaje, la atención que prestan a la opinión del paciente o familiares y la importancia que le dan, en general el interés por el paciente.

Los aspectos financieros implican si el paciente se siente seguro de que puede recibir la atención médica que necesita de una manera económica viable, hablando de si se proveen los medicamentos y servicios sin tener que pagar adicionalmente, si en los casos en que no haya medicamentos se otorgan vales o se subrogara al paciente.

El tiempo de consulta implica que tanto dura la atención al usuario, si es apresurado o muy largo, tiempos insuficientes de jornada, a veces afectado por los tiempos para descansar o una correcta clasificación de los pacientes de acuerdo a los tiempos o cuidados que necesitan.

La accesibilidad y conveniencia implican que tan fácil es el acceso a los especialistas médicos que se necesitan cuando el médico indica canalización a consulta externa, a veces se considerara si se manda o no de acuerdo a la condición del paciente. La accesibilidad en urgencias dependerá de la clasificación de los pacientes según su urgencia, pero, aunque se haga de una forma correcta normalmente no se respetaran los tiempos. La conveniencia se verá afectada de acuerdo a la cantidad de pacientes en espera, si la temporada es alta o baja. En el sector público estos servicios se pueden ver afectado si hay suficiente recurso humano, si el personal está en periodo vacacional, si el servicio se sobrecarga, infraestructura limitada.

La hipótesis nula es que no hay diferencia significativa entre las variables que afectan la perspectiva de la calidad, la hipótesis alternativa es que existe diferencia significativa entre las variables que afectan la perspectiva de la calidad. Aunque la calidad es un tema que pareciera ser de un área solamente cuando se estudia más a fondo se descubre que por una sola variable afectada no quiere decir que la calidad se vea totalmente afectada. Se acepta la hipótesis alternativa, confirmando que hay diferencias significativas entre las variables, aunque la gente puede tener una percepción negativa sobre la satisfacción general en cuanto a los servicios de salud no quiere decir que todas las áreas carezcan de calidad.

6.3.2.1 Comprobación de hipótesis

En cuanto a la **hipótesis principal**, *la percepción del usuario se ve altamente afectada por la forma en que reciben la información, la claridad del lenguaje, lo razonable de los tiempos de espera y la confianza que el personal de salud transmite*, en los resultados se encontró que efectivamente la percepción del usuario se ve altamente afectada por la forma en que reciben la información, la claridad del lenguaje, lo razonable de los tiempos de espera y la confianza que el personal de salud transmite, pero no están expresamente relacionados, la percepción variará de usuario a usuario pudiendo percibir que todas las variables o solo una afectan lo que piensa sobre la calidad.

Aunque no confirma la **hipótesis secundaria**, *los factores que influyen en la percepción del usuario son principalmente los recursos humanos, materiales y su administración*, los resultados mostraron que los factores que influyen en la percepción del usuario son principalmente los recursos humanos, materiales y su

administración que están directamente relacionados a cada variable y se verán afectadas dependiendo del manejo que tenga el profesional de la salud si es que alguno de estos factores no está del todo disponible y de cierta forma lo refleja en cómo se ejecutan los servicios de cada variable.

Se confirma parcialmente la **hipótesis secundaria**, *la percepción de la calidad baja por la atención médica apresurada, estas decisiones se toman por exceso de pacientes y falta de recursos humanos, consecuencia de la limitación del tiempo como medida administrativa*, los resultados mostraron que la hipótesis de igual forma se ve reflejada en cada una de las variables, no explícitamente en todas a la vez, pero dependiendo de la capacidad administrativa de cada integrante del recurso humano existente.

6.4 Recomendaciones sobre la Satisfacción General

Acerca de la satisfacción general que integra todos los rubros anteriores y como se ve afectada si alguna de esas variables no es perfecta o completa. Al no depender la opinión del usuario totalmente del cuidado, sino de factores como infraestructura, insumos y tiempos, el paciente puede percibir que no recibe una atención completa. Hay diferencias significativas entre las variables, aunque la gente puede tener una percepción negativa sobre la satisfacción general en cuanto a los servicios de salud, no quiere decir que todas las áreas carezcan de calidad.

Viendo un poco más allá se puede invertir más en educación para la salud con planes efectivos para evitar enfermedades y que se reduzca la demanda de los servicios de salud. Para evitar que el área de urgencias se vea saturada se debe educar y evitar que el usuario acude por razones equivocadas, cuando el criterio de urgencia no está bien establecido o simplemente sostiene que ahí si se le atiende rápidamente, estas situaciones afectan el acceso a la atención médica cuando se necesita.

La percepción del usuario se verá menos afectada por la forma en que reciben la información, a pesar de hacerlo de una manera rápida que sea lo más completo posible, la claridad del lenguaje mejorará cuando el médico se exprese bien gracias a su experiencia, lo razonable de los tiempos de espera haciendo un triage adecuado, con el personal de salud transmitiendo confianza confirmando su habilidad, capacidad y experiencia.

Los factores que influyen en la percepción del usuario son principalmente los recursos humanos, materiales y su administración. Esto no solo consiste en la administración general de los directivos del instituto de salud pública, también se deberá educar al personal para que pueda tomar las decisiones correctas y administrarse adecuadamente cuando haya carencias de alguno de estos recursos.

La percepción de la calidad baja por la atención médica apresurada, estas decisiones se toman por exceso de pacientes y falta de recursos humanos, consecuencia de la limitación del tiempo como medida administrativa. Se podría sugerir que al conseguir más recurso humano se podría llenar el espacio que no es usado en la infraestructura, se podría sugerir que al lograr más obras de infraestructura se podría redistribuir a los derechohabientes, ¿pero es realmente ésta la solución? Invertir en la educación para la salud reduciría la cantidad de pacientes que por no tener ciertos cuidados necesitan acudir a consulta, saber a qué servicio acudir para no saturar el equivocado, prevenir enfermedades costosas con usuarios bien informados acerca del estilo de vida que deben llevar y reducir la incidencia de complicaciones.

6.5 Exploración y recopilación de información sobre los servicios de salud en países europeos

Durante la estancia de investigación y gracias al privilegio de ir a los principales países europeos, se realizó una investigación muy general de cómo funcionan los servicios de salud en algunos de estos países, a través de la recopilación de información obtenida de periódicos murales, profesionales de salud, otros trabajadores y derechohabientes dentro los centros médicos de dichas capitales europeas. Esta información fue recolectada en experiencia presencial.

6.5.1 Origen de los Sistemas de Seguridad Social y los Sistemas Nacionales de Salud

Dinamarca, Italia, Reino Unido y España son países que tienen un Sistema Sanitario Nacional, estos países tienen un origen común nacido en la Alemania de Bismarck, de la preocupación por la salud de los trabajadores, basándose en un sistema de seguridad social cambiando a un Sistema Nacional de Salud. Alemania y luego Francia continuaron con un Sistema de Seguridad Social, pero introduciendo cambios interesantes como la cobertura universal en Francia. En países como Francia y otros países europeos la atención médica es gestionado por compañías privadas de seguro de enfermedad, bajo la supervisión de un órgano superior.

Los países europeos más destacados hoy en día que cuenta con un Sistema Nacional de Salud son Dinamarca, España, Finlandia, Irlanda, Italia, Portugal,

Reino Unido y Suecia. En cambio, los que cuenta con un Sistema de Seguridad Social son Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Grecia, Luxemburgo y Países Bajos. Destacándose también la seguridad privada principalmente en Bélgica, Francia y Países Bajos, en menor proporción en Alemania, Austria, Dinamarca, Irlanda y escasamente en los demás, siendo totalmente inexistente en Italia, Luxemburgo y Suecia.

Se pensaría que por no existir del todo seguridad privada en ciertos países querrá decir que su cobertura estatal o seguro público son suficientes, caso que se da en Suecia, pero no siendo igual en Italia quien se encuentra en espera por una reforma de Salud, buscando nutrirse de los modelos ya existentes a pesar de contar con una cobertura estatal total pero carente, con todo esto Italia subvenciona en parte el gasto público en farmacia. La mayoría de los países europeos coinciden el grado del copago, con ciertas coberturas condicionadas y por ciertos factores como la menoría de edad.

En Francia y Alemania los médicos familiares no realizan la función de puerta de entrada al sistema sanitario, por lo que los derechohabientes pueden acudir a consulta familiar o a un especialista directamente, sin necesidad de la canalización por el médico familiar, los pacientes cubren la consulta. En cambio, en los países con un Sistema Nacional de Salud los médicos familiares funcionarán como la puerta de entrada a dicho sistema. En Francia los pacientes pagan la consulta y serán reembolsados parcialmente por la aseguradora. En Alemania pagan 10 euros por la primera visita por un período de 3 meses. En los países con un Sistema Nacional de Salud los pacientes no pagarán por la consulta, a excepción

de Dinamarca que al ser parte del Grupo 2, los usuarios pagarán parte de la consulta, pero pueden ir directamente con el especialista o al médico familiar.

6.5.2 El acceso a los servicios de salud

En países como España para tener acceso a las prestaciones de la atención primaria se deberá cumplir con ser residente en el país, estar dado de alta en la Seguridad Social o encontrarse sin recursos suficientes, ser beneficiario de pensiones u otras prestaciones de la Seguridad Social. En cuanto a medicamentos los beneficiarios pagan el 40% del precio, en el caso de los pensionados serán totalmente gratuitos para los titulares, esto incluirá también a los inválidos permanentes, las personas hospitalizadas y los residentes con recursos insuficientes y mayores de 65 años. También existen prestaciones diversas para todos los beneficiarios o algunas categorías como asistencia a domicilio para los jubilados, los inválidos, enfermos mentales y demás.

La opinión general dice que los profesionales están bien preparados ante las circunstancias o necesidades, por su sistema de reacción, se aprovechan bien los recursos económicos, humanos y logística. El Sistema de Seguridad Social funciona mediante contratos financiador-proveedores, no facilita la distribución planificada racionalmente de médicos y hospitales en el territorio, ni la coordinación entre niveles asistenciales, médicos de Atención Primaria, pero dan al paciente una gran libertad de elección. La opinión popular es que la consulta médica española es una de las mejores en cuanto a facilidad de acceso y calidad de los médicos.

En países como Portugal todos los residentes tienen derecho a la asistencia sanitaria, en el caso de los foráneos dependerá del tratado que se tenga con su respectivo país. En cuanto a medicamentos hay ciertas escalas, el costo del medicamento es financiado totalmente por el Estado en la escala A, el Estado financia el 70% del precio venta al público en la escala B, el Estado financia el 40% del precio venta al público en la escala C. Los pensionistas que tengan pensiones menores al salario mínimo nacional recibirán un incremento de 15% en las escalas B y C. También existen prestaciones como abono de los gastos de transporte de enfermos cuando haya recibido consejo médico.

6.5.3 Programas que se implementan a los servicios de salud

En Alemania se implementaron cambios con el fin de reducir el costo para los fondos de enfermedad por el registro de personas con padecimientos crónicos, así como brindar nuevas oportunidades e incentivos para una mejor gestión de la atención. Se pusieron en marcha Programa de Gestión de Padecimientos para ubicar a los médicos de atención primaria como coordinadores de pacientes con condiciones crónicas, utilizando incentivos financieros para recompensar una mejor calidad en la atención. Los fondos de enfermedad reciben pagos de incentivos por establecer los Programas y registrar a los pacientes, al mismo tiempo aportan pagos de incentivos a los médicos, que reciben incentivos en forma de reembolso por servicios y materiales adicionales como documentación, formación hacia los pacientes y coordinación de la Atención Primaria.

En general se pudo descubrir que como muestra de la percepción del usuario europeo se permite apreciar que se basa en que algunos consideran tener

un gran servicio de salud nacional con gran calidad, y aun los que consideran no tener un buen servicio o de calidad reconocen que solo es una actitud anti-nacionalista que busca estar en desacuerdo con los servicios públicos pero que al conocer datos de otros países puede decir que si tienen un muy buen servicio y con gran calidad.

6.5.4 Marruecos como muestra de África Septentrional

Presentando un poco de información sobre Marruecos, país que, aunque no es europeo, tiene mucha influencia de dicha región, a tal grado que se ha buscado un intercambio de conocimientos entre los profesionales de salud de Marruecos y España, el país europeo vecino más cercano.

A pesar de que España, a través de las Islas Canarias, ha buscado involucrarse en los servicios de salud de Marruecos, vemos que el país cuenta con una cantidad razonable de clínicas que brinda atención primaria con suficientes médicos generales y de consulta básica de otros servicios. Sin embargo, se ve afectado ya que se carece de un sistema de coordinación y apoyo, por esta razón solo se atienden a los casos más comunes y por dichas razones los derechohabientes prefieren acudir a los hospitales, dejando a estas clínicas inutilizadas. Cuentan con sistemas de salud público y privado, destacándose la atención primaria en las ciudades consideradas parte de los núcleos turísticos, cuentan con personal calificado generalmente formados en España y Francia.

6.6 Consideraciones finales del estudio

Las encuestas nos permitieron conocer de manera cuantitativa la percepción de los usuarios sobre los servicios de calidad de la atención primaria en las instituciones de salud pública. Explorando las variables de calidad técnica, relaciones interpersonales, comunicación, aspectos financieros, tiempo de consulta, accesibilidad, conveniencia y satisfacción general.

Las entrevistas nos permitieron conocer de manera cualitativa de los que dirigen los servicios de urgencias con atención a los usuarios en las instituciones de salud pública. Son de carácter general acerca de los servicios que conforman la atención primaria y el cómo se ve afectada la percepción de los usuarios sobre la calidad de dichos servicios.

La información complementaria es el conocimiento que, si bien no era parte el fin del estudio, nos permitió ver un contraste desde la percepción europea. Esta información fue adquirida realizando una investigación general de cómo funcionan los servicios de salud en estos países, la información fue recolectada en experiencia presencial.

CONCLUSIONES

El objetivo de esta tesis fue conocer la percepción del usuario de la calidad de los servicios de atención primaria de los servicios de las instituciones de salud pública en la Ciudad de México y el efecto de las relaciones interpersonales del personal de salud, la calidad técnica y otros factores. Este objetivo se buscó lograr en primera instancia para comprobar si los servicios de salud pública cumplen con la calidad adecuada, pero debido a que la perspectiva del usuario varía de acuerdo a los factores que considera importantes el objetivo se amplió, logrando así tener al final de esta tesis tener varias sub-escalas que permitan apreciar los resultados que definen si se cumple la calidad, separándolos en factores específicos que afectan dicha percepción.

Fuimos explorando los antecedentes de la calidad en general, sus orígenes, su importancia, los avances, como se introdujo en la salud. Vimos los aspectos administrativos y los antecedentes de la calidad en la salud en México. Se examinó la información que tenemos al día de hoy de cómo ha mejorado la calidad en los servicios de salud al tratar de implementar la calidad a nivel mundial y a nivel México, abarcando también lo que implican los servicios de salud de atención primaria. Se habló de cómo es que se considera la percepción de la atención médica y la comparación de las diversas instituciones de salud pública. También se incluyó la formulación del problema, justificación, como buscamos resolver las preguntas de investigación, los objetivos generales e hipótesis.

Se presentaron las bases teóricas que van desde la implementación de calidad a los sistemas de salud, hasta la comparación de modelos de otras áreas

como la industrial y sus similitudes con el área de la salud, tocando ciertas teorías de la actualidad entre otros conceptos. En la metodología se mostró el diseño del estudio, incluyendo el tipo de estudio, la población, muestreo y muestra, los criterios de inclusión, la definición del instrumento, los resultados más relevantes de la aplicación del instrumento en Estados Unidos por sub-escala, el procedimiento de recolección de datos, las consideraciones éticas y el análisis de la información.

Finalmente se presentan los resultados de acuerdo a la estadística descriptiva incluyendo sus frecuencias cualitativas, frecuencias cuantitativas, medidas de tendencia central, de dispersión y de posición. Se presentaron el principio de Pareto para identificar el área en la que se debe prestar mayor atención, donde hay más incidencia. Los resultados presentados a través de la estadística inferencial incluyen análisis de regresión y correlación, la prueba de hipótesis de distribución F – Fisher y tabla ANOVA y recomendaciones de acuerdo a la relación de las pruebas con las hipótesis planteadas.

Con base a los resultados anteriores es claro que se ve afectada la calidad percibida por el usuario de los servicios de salud pública en menor o mayor medida por el factor en cuestión, se pueden encontrar personas que mientras reciban un servicio de salud en general puede apreciarlo como una atención de calidad, hasta las personas que les desagrada cada etapa del servicio de salud, situación que se da por las carencias de amenidades y recursos en general.

A pesar de lo anterior se ha comprobado que a pesar de que el usuario tenga acceso gratuito a los servicios de salud, provisión de estudios y medicamentos,

puede percibir poca calidad en dichos servicios. Tener una actitud negativa y pesimista ante la atención recibida es clave para la percepción de la atención, incluso el paciente puede enfocarse más en las situaciones negativas y tratará de evadir asistir a los servicios de salud pública.

La calidad técnica va más allá de si el profesional de la salud tiene los recursos que necesita, si el material es suficiente para las valoraciones, si tiene la capacidad para dar buen uso a esos recursos, si puede diagnosticar no solo de acuerdo a los manuales sino a la experiencia que ha adquirido, va hasta los cuidados que demuestra al examinar al paciente, si realiza un proceso completo al brindar la atención, el experto en salud no necesitará solo lo anterior, necesitará tener la capacidad de ver más allá su posición como médico general, deberá saber cuándo consultar con especialistas o internistas, siempre con un buen uso del lenguaje, sin poner en duda su capacidad técnica al brindar confianza, transmitiéndola en cada etapa de la atención.

La relación interpersonal se desarrolla desde la personalidad del paciente, pero es cierto que nuestras relaciones en general van evolucionando, vamos aprendiendo a ser más o menos empáticos de acuerdo a las experiencias, todo esto se reflejará en como el profesional de la salud actúa hacia el paciente, actuando de manera burocrática o impersonal, cuando los factores estresores afectan la capacidad empática del médico.

La comunicación óptima depende de dos factores: la sinceridad del paciente, la claridad con la que se exprese el médico. Esto hace un tanto lento el tiempo de consulta, sin embargo, si se compara el tiempo necesario para brindar el servicio

óptimo con los beneficios de una buena comunicación, concluimos que dedicar el tiempo adecuado es de mucha ayuda para obtener buenos resultados y pacientes que no necesitarán realizar más visitas.

El tiempo de consulta abarca en general la duración del servicio prestado al usuario, puede ser percibido muy largo o muy corto, el tiempo que debe tomar el personal de salud para descansar o ingerir alimentos, si la administración es adecuada considerando la cantidad de pacientes que se deben consultar por jornada por médico, todo esto en general dependerá de una buena clasificación de los pacientes de acuerdo a la urgencia o cuidados necesarios.

Algunos de los aspectos aunque no tan relevantes de acuerdo a los resultados pero importantes porque que la percepción de la calidad sea positiva son el aspecto financiero y la accesibilidad al servicio o la conveniencia, el hecho de que se cuente con los medicamentos o que la institución de salud se encuentre cerca del usuario puede generar una buena percepción, sin embargo cuando el departamento de farmacia no cuenta con los medicamentos, el usuario deberá desembolsar para conseguir dichos fármacos, afectando su situación financiera, posiblemente razón por la cual asistió en primer lugar a los servicios de salud pública, aun cuando la institución no se encuentre accesible para el usuario, siendo esto último muy inusual y tratando de subrogar u otorgar vales para solucionar dicha situación.

La satisfacción general es un tema muy ambiguo y difícil de procesar, sin embargo, separándolo en los rubros anteriores es más fácil poder apreciar sus diferencias, aun así, puede verse totalmente afectada si alguna de esas variables

no es completa o es imperfecta. Al tener tantos factores para determinar su percepción, el usuario puede dar una opinión no tan clara o a veces incompleta de cómo percibe la calidad. Estudiando en partes la calidad, a través de las variables presentadas en este trabajo se pueden entender las diferencias y que, aunque el usuario tenga una percepción negativa de la satisfacción general de la atención que recibe, al separar las variables vemos que no todas las áreas carecen de calidad.

La percepción de la calidad baja por la atención médica apresurada, estas decisiones se toman por falta de recursos humanos y exceso de pacientes, consecuencia del tiempo limitado como medida administrativa. Se pensaría que al conseguir más recurso humano se podría aprovechar bien el espacio en la infraestructura existente, se podría sugerir que al construir más clínicas se podría redistribuir a los derechohabientes, pero no es del todo una solución. Invertir en la educación para la salud reduciría la cantidad de pacientes que por no tener ciertos cuidados necesitan acudir a consulta, saber a qué servicio acudir para no saturar el equivocado, prevenir enfermedades costosas con usuarios bien informados acerca del estilo de vida que deben llevar y reducir la incidencia de complicaciones. Viendo un poco más allá se puede invertir más en educación para la salud con planes efectivos para evitar enfermedades y que se reduzca la demanda de los servicios de salud.

La percepción del usuario se verá menos afectada por la forma en que reciben la información, a pesar de hacerlo de una manera rápida que sea lo más completo posible, la claridad del lenguaje mejorará cuando el médico se exprese bien gracias a su experiencia, lo razonable de los tiempos de espera haciendo un triage

adecuado, con el personal de salud transmitiendo confianza confirmando su habilidad, capacidad y experiencia.

En otros países en general se pudo descubrir que como muestra de la percepción del usuario europeo se permite apreciar que se basa en que algunos consideran tener un gran servicio de salud nacional con gran calidad, y aun los que consideran no tener un buen servicio o de calidad reconocen que solo es una actitud anti-nacionalista que busca estar en desacuerdo con los servicios públicos pero que al conocer datos de otros países puede decir que si tienen un muy buen servicio y con gran calidad.

Algunas recomendaciones dentro de un tema tan interesante como lo es el implementar la calidad a un negocio y más en los servicios de salud, siempre se desea que haya una mejora continua de la misma; por lo tanto, se recomienda a futuros investigadores que tengan interés en el tema, la complementación de los procesos de calidad a través de la aplicación de las nuevas tecnologías, y aún más recomendable sería la implementación de procesos de otras ciencias que puedan descubrir nuevas posibilidades, para hacer comparaciones entre los resultados arrojados por estas.

Otra recomendación sería incluir más modelos que se puedan tropicalizar, para que los procesos de calidad se adapten a las necesidades de las nuevas generaciones. Los grandes avances se han logrado a través de la comparación con las diversas teorías actuales y la constante capacitación para lograr implementar la calidad en cada parte del proceso. Se recomienda que las

instituciones busquen externamente para seguir considerando la mejoría de sus programas.

Los factores que influyen en la percepción del usuario son principalmente los recursos humanos, materiales y su administración. Esto no solo consiste en la administración general de los directivos del instituto de salud pública, también se deberá educar al personal para que pueda tomar las decisiones correctas y administrarse adecuadamente cuando haya carencias de alguno de estos recursos. El profesional de salud puede ser entrenado psicológicamente para controlar los estresores que afectan su capacidad empática y su capacidad de relacionarse con los pacientes, la forma en que se expresa y la veracidad con la que son percibidas sus palabras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguirre-Gas, H. et al. (2010). *Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional*. Cirugía y Cirujanos. Academia Mexicana de Cirugía. México. Pág. 456.

Best, M., Neuhauser, D. (2004), *Heroes and Martyrs of Quality and Safety, Avedis Donabedian: father of quality assurance and poet*. Qual Saf Health Care. USA. Pág. 472, 473.

Centro de Gestión Hospitalaria (2012), *Enrique Ruelas Barajas tratará la Cruzada Nacional por Calidad y Atención en salud*. Recuperado de internet el 28 de abril del 2017. http://www.cgh.org.co/productos/foro/foro_2012/rss/item/47-enrique-ruelas-tratar-la-cruzada-nacional.html.

Delgado-Gallego, M. et al. (2010). *Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil*. Revista de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Colombia. Pág. 533.

Donabedian, A. (1980), *The definition of Quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press, vol. I.

Donabedian, A. (1993), *Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad*. Salud Pública de México, vol. 35, núm. 3. Instituto Nacional de Salud Pública. México. Pág. 238-240, 247.

Fajardo, G. y Hernández, F. (2012). *Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención médica*. Secretaría de Salud. México. Pág. 19-22, 28-29, 35.

Hamui, F. et al. (2013). *Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: Un estudio de satisfacción con la atención médica*. UNAM Facultad de Medicina. México. Pág. 125-126.

Hernández, F. et al. (2012). *Percepción de los profesionales de la salud sobre la calidad de la atención en México*. Secretaría de Salud. México. Pág. 169-174.

Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Resultados por entidad federativa, Distrito Federal*. Instituto Nacional de Salud Pública. México. Pág. 95-102.

Marshall, G. y Hays, R. (1994). *The Patient Satisfaction Questionnaire Short-Form (PSQ-18)*. RAND. Santa Monica, CA USA. Pág. 3-5, 20-21.

OMS (1978), *Declaración del Alma-Ata Fracción IV*. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. URSS. Pág. 1, 2.

OMS. (2008). *La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Resumen del Informe sobre la salud en el mundo 2008.

OMS (2017). *Atención Primaria de Salud*. Recuperado de internet el 11 de febrero del 2017. http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

Ortiz, R. et al. (2004), *Satisfacción de los Usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México*. Rev. Esp Salud Pública. México. Pág. 527.

Pasillas, L. y Zamírez, Z. (2014). *La verdadera enfermedad del Sistema de Salud Mexicano*. Recuperado de internet el 30 de julio del 2015.
<http://www.forbes.com.mx/la-verdadera-enfermedad-del-sistema-de-salud-mexicano/>

Peña-Vivero, R. et al. (2004), *Factores asociados a la gestión de quejas contra médicos que labran en hospitales del IMSS*. Salud Pública Méx vol. 46. México. Pág. 1.

Programa Nacional de Salud (2001-2006), *Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*. Secretaría de Salud. México. Pág. 7-8.

Ramírez-Sánchez, T. et al. (1998). *Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios*. Salud Pública Vol. 40. México. Pág. I.

Reyes-Morales, H. et al. (2012). *Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México*. Centro de Investigación de Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México. Pág. S100.

Ríos, J. (2014). *Calidad y Mejora continua en los Servicios de Salud*. México. Pág. 20-36.

Ríos, J. (2014). *Evaluación de los Costos de Mala Calidad en las Instituciones de Salud*. México. Pág. 3 y 4.

Robledo, H. et al. (2012), *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones 12 años de experiencia, El hexágono de la calidad*. Secretaría de Salud. México. Pág. 61.

Romero, A. (2007). *Evolución de la calidad ISO-9000 y otros conceptos de calidad*. Recuperado de internet el 30 de julio del 2015. <http://www.gestiopolis.com/evolucion-de-la-calidad-iso-9000-y-otros-conceptos-de-calidad/#otros>

Ruelas-Barajas, E. (1993), *Calidad, productividad y costos*. Salud Pública de México, vol. 35, núm. 3. Instituto Nacional de Salud Pública. México. Pág. 302.

Ruelas-Barajas, E., Mansillas, R. (2015), *Las ciencias de la complejidad y la innovación médica*. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM. México. Pág. 24-25, 28, 34-36, 38-43.

Ruelas-Barajas, E., Zurita, B. (1993), *Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud*. Salud Pública de México, vol. 35, núm. 3. Instituto Nacional de Salud Pública. México. Pág. 235, 237.

Scott, R., Shortell, S. (1988), *Organizational performance: Managing for efficiency and effectiveness*. Wiley Medical. New York. Pág. 418 - 457.

Sociedad Española de Calidad Asistencial (2001), *Calidad Asistencial*. España. Pág. S11-S12, S29-S30, S96-S99, S102-S103.

Vidal-Pineda, L.M., Reyes-Zapata, H. *Diseño de un sistema de monitoria para el desarrollo de programas de garantía de calidad*. Salud Pública de México, vol. 35, núm. 3. Instituto Nacional de Salud Pública. México. Pág. 327, 328.

Glosario

Calidad: Conjunto de características de un elemento que le confieren la aptitud para satisfacer necesidades explícitas e implícitas (ISO-9000).

Administración de la calidad: Conjunto de actividades de la función general de administración que determina la política de calidad, los objetivos, las responsabilidades, y la implantación de estos, por medio de la planeación de la calidad, el control de calidad, el aseguramiento de la calidad y el mejoramiento de la calidad dentro del marco del sistema de calidad (ISO-9000).

Servicio: Es el resultado generado por actividades en la interacción entre el proveedor y el cliente y por las actividades internas del proveedor, para satisfacer necesidades del cliente (ISO-9000).

Costos relativos a la calidad: Son los costos en que se incurre para asegurar una calidad satisfactoria y proporcionar confianza, así como las pérdidas incurridas cuando no se logra la calidad satisfactoria (ISO-9000).

Pérdidas relativas a la calidad: Las pérdidas causadas por no desarrollar el potencial de los recursos utilizados en procesos y actividades (ISO-9000).

Perspectiva: Punto de vista desde el cual se considera o analiza un asunto (RAE).

Atención Primaria: Es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo accesible para la comunidad y el país (OMS).

Siglarlo

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

PIC: Plan Integral de Calidad

PEMEX: Petróleos Mexicanos

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

SP: Seguro Popular

OMS: Organización Mundial de la Salud

SS: Secretaría de Salud

INSP: Instituto Nacional de Salud Pública

NOM: Norma Oficial Mexicana

Anexos

Lista de Tablas y Gráficas

Tabla 1.	Matriz de congruencia	Pág. 42
Tabla 2.	Resultados del PSQ-18 por sub-escala en Estados Unidos	Pág. 61
Tabla 3.	Encuestas y resultados de la aplicación del Cuestionario de Satisfacción del Paciente PSQ-18	Pág. 66
Tabla 4.	Frecuencias de sexo (resultados)	Pág. 68
Tabla 5.	Frecuencias de edad (resultados)	Pág. 69
Tabla 6.	Medidas de Tendencia Central (resultados)	Pág. 71
Tabla 7.	Medidas de Dispersión (resultados)	Pág. 71
Tabla 8.	Medidas de Posición (resultados)	Pág. 71
Tabla 9.	Análisis de varianza o ANOVA (resultados)	Pág. 83
Gráfica 1.	Frecuencias de sexo (resultados)	Pág. 68
Gráfica 2.	Histograma de frecuencias de edad (resultados)	Pág. 70
Gráfica 3.	Polígono de frecuencias de edad (resultados)	Pág. 70
Gráfica 4.	Ojiva de frecuencias de edad (resultados)	Pág. 70
Gráfica 5.	Pareto de las sub-escalas del PSQ-18	Pág. 73
Gráfica 6.	Diagrama de dispersión de Calidad Técnica y Relaciones Interpersonales	Pág. 78

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de las encuestas.

Cuestionario de Satisfacción del Paciente (PSQ-18)

Por favor indique los siguientes datos sociodemográficos:

- Edad
- Sexo
- Escolaridad

Instrucciones:

¿Qué tanto está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes situaciones?
(Considerando una escala del 1 al 5 donde 1 es totalmente en desacuerdo y 5 es totalmente de acuerdo)

1. Los doctores se explican bien cuando dan las razones de los exámenes médicos.
2. Pienso que el consultorio de mi doctor tiene todo lo necesario para proveer una atención médica completa.
3. La atención médica que he estado recibiendo es simplemente perfecta.
4. Algunas veces los doctores me hacen pensar si su diagnóstico es correcto.
5. Me siento seguro de que puedo recibir la atención médica que necesito de una manera económica viable (me proveen de medicamentos y servicios adicionales sin tener que pagar adicionalmente)

6. Cuando recibo atención médica, tienen mucho cuidado de revisar todo cuando me examinan o tratan
7. Tengo que pagar más por la atención médica de lo que puedo (al tener que comprar medicamentos o algún servicio externo que no esté incluido por el instituto)
8. Tengo fácil acceso a los especialistas médicos que necesito.
9. Donde recibo atención médica, la gente tiene que esperar mucho para ser atendido en urgencias.
10. Los doctores actúan de una manera burocrática e impersonal hacía mí.
11. Mis doctores me tratan de una manera muy amigable y cortés.
12. Los que me proveen de la atención médica a veces se apresuran demasiado cuando me atienden.
13. Los doctores a veces ignoran lo que les digo.
14. Tengo ciertas dudas sobre la habilidad de los doctores que me atienden.
15. Los doctores usualmente pasan mucho tiempo conmigo.
16. Se me dificulta conseguir una cita médica en fechas cercanas.

17. No estoy satisfecho con algunas cosas de la atención médica que recibo.

18. Tengo acceso a la atención médica cuando sea que lo necesite.

Entrevistas anónimas a personal de salud

A continuación, la transcripción de las entrevistas escritas. Se entrevistó a dos profesionales a cargo del área de urgencias de las instituciones de salud pública en su lugar de trabajo durante los descansos de sus respectivas jornadas, la información se presenta de forma anónima. Las entrevistas son de opinión y carácter general acerca de los servicios que conforman la atención primaria y el cómo afecta la percepción de los usuarios sobre la calidad de dichos servicios.

Entrevista 1

Sobre la Calidad Técnica comentaron que los consultorios cuentan con lo necesario y el material suficiente para proveer una atención médica completa de acuerdo a las valoraciones. Hablando de la capacidad del médico comentaron que pueden guiarse por los manuales de salud, basando el diagnóstico en lo más común o explorando en automático, haciendo que el paciente piense si el diagnóstico es correcto.

Acerca del cuidado que el médico tiene al revisar todo cuando examina o trata no siempre se realiza por el tiempo de paciente a paciente y el efecto que puede tener en la productividad. Hablando de la habilidad del doctor se considera que por ser institución de salud pública se cuenta con la experiencia necesaria para atender lo cual no debería provocar dudas en el usuario sobre las habilidades.

Sobre la Relación Interpersonal comentaron que el personal de salud puede actuar de manera burocrática e impersonal hacia los usuarios por el exceso

de pacientes asignados, estrés, carga de trabajo y buscar lograr el turno en curso. El personal de salud también tratará de una manera muy amigable y cortés por dar una buena imagen a los compañeros, pero de nuevo dependiendo del largo de las jornadas.

Hablando de comunicación comentaron que el usuario puede percibir que los doctores no se explican bien cuando dan las razones de los exámenes médicos porque no utilizan las palabras adecuadas y crean una barrera de comunicación, haciendo que no haya confianza para aclarar dudas. El usuario también considera que los doctores a veces ignoran lo que se les dice, cuando es ignorado suele ser por los pases de visita, cuando el familiar del paciente pregunta algo y simplemente no se le da importancia, sin embargo, cuando no se les ignora se ven reflejado en que hacen cambios en las indicaciones, beneficiando al paciente.

En cuanto a las finanzas el usuario puede sentirse seguro de que puede recibir la atención médica que necesita de una manera económica viable, ya que se proveen los medicamentos y servicios sin tener que pagar adicionalmente, todos los estudios y medicamentos están incluidos, en ciertas instituciones en caso de que no haya medicamentos se otorgarán vales o se subrogara al paciente. El usuario muy rara vez tiene que pagar más por la atención médica de lo que puede porque la mayoría lo cubre el instituto de salud pública o lo subroga.

El tiempo de consulta puede no ser considerado de calidad cuando los que proveen la atención médica se apresuran demasiado cuando atienden al usuario, generalmente por tener demasiados pacientes con cuidados muy específicos,

tiempo insuficiente de jornada y consumo de alimentos. El usuario no sentirá que el doctor pasa mucho tiempo con el si se clasifican bien a los pacientes que requieren más tiempo o cuidados especiales.

Para la accesibilidad y conveniencia, hablando del fácil acceso a los especialistas médicos que se necesitan, se comentó que hay un número limitado de especialistas, hay muchos pacientes y por consecuente se debe esperar mucho tiempo para que llegue el día de la cita. Hablando de la accesibilidad al servicio de urgencias dependerá mucho del triage (la clasificación de los pacientes de acuerdo a la urgencia de la atención), si el personal está en periodo vacacional o si el servicio se sobrecarga.

La conveniencia y accesibilidad se ven afectadas cuando se dificulta conseguir una cita médica en fechas cercanas debido a que hay demasiada población por atender, puede haber más infraestructura y recursos humanos para redistribuir a los derechohabientes. Viendo un poco más allá se puede invertir más en educación para la salud con planes efectivos para evitar enfermedades y que se reduzca la demanda de los servicios de salud. Hablando del acceso a la atención médica cuando se necesite, la conveniencia se ve afectada por la espera, los tiempos alargados, el paciente llega con una idea del tiempo que debe esperar, aunque el triage determina los tiempos no siempre se respeta el tiempo indicado para ser atendidos.

Finalmente, sobre la Satisfacción General se comentó que la atención médica que el usuario recibe puede ser considerada imperfecta porque a pesar de que los servicios de salud hacen un buen papel al considerarlos en conjunto

como atención médica no logran ser completos. El paciente también puede manifestar insatisfacción con ciertas cosas de la atención médica recibida por falta de material, mucho tiempo sin resolver el padecimiento, por no tener amenidades, cambios en la salud que requieran consulta con especialistas, sin embargo, puede cambiar la opinión del usuario si el personal brinda la atención con calidez, al estar cómodo y contar con un buen equipo interdisciplinario.

Entrevista 2

Sobre la Calidad Técnica comentaron que los consultorios cuentan con ciertos recursos para proveer una atención médica completa, teniendo que recurrir al uso de aparatos personales por no tener el material adecuado para realizar las exploraciones, como ejemplo usando la luz de sus teléfonos por no contar con las lámparas de exploración. Hablando de la capacidad del médico comentaron que tienen la suficiente experiencia, pero usa un lenguaje incomprensible para el usuario por los tiempos indicados para realizar la consulta, haciendo que se ponga en duda si el diagnóstico es correcto o si tiene la capacidad y experiencia para hacerlo.

Acerca del cuidado que el médico tiene al revisar todo cuando necesita examinar o tratar no siempre se realiza completamente, ya que no se valoran los padecimientos actuales descontrolados como valorar si el paciente es hipertenso o alguna enfermedad crónica. Hablando de la habilidad del doctor se considera no ven más allá ya que por ser médicos generales, no consideran los cuadros de enfermedades combinados cuando podrían consultar con internistas o especialistas.

Sobre la Relación Interpersonal comentaron que el personal de salud puede actuar de manera burocrática e impersonal hacia los usuarios por la carga de trabajo excesiva, pero el médico tratará aun así de ser amable. El personal de salud también tratará de una manera muy amigable y cortés cuando cuente con los insumos o materiales necesarios para dar una buena atención, pero se puede

ver un poco afectado por la actitud del paciente o familiar, pudiendo dar un servicio un poco frío o impersonal.

Hablando de comunicación comentaron que el usuario puede percibir que los doctores no se explican bien cuando brindan las razones de los exámenes médicos, ya que explican dichas razones muy rápido y con un lenguaje incomprensible para el paciente. El usuario también considera que los doctores a veces ignoran lo que se les dice ya que no les dan la relevancia o importancia a los comentarios por falta de interés, dando por hecho que no saben que se habla.

En cuanto a las finanzas el usuario puede sentirse con seguridad de que puede recibir la atención médica que necesita de una manera económica viable, ya que se proveen los medicamentos y servicios sin tener que pagar adicionalmente, la mayoría de las veces se provee de todo lo necesario, solo el tiempo para obtenerlo es el que se ve afectado. El usuario muy rara vez tiene que pagar más por la atención médica de lo que puede, pero, aunque se subroguen los recursos el usuario deberá gastar en transporte y tiempo para conseguir dicho recurso.

El tiempo de consulta puede no ser considerado de calidad cuando los que proveen la atención médica se apresuran demasiado cuando atienden al usuario, generalmente por exceso de pacientes y falta de recurso humano. El usuario no sentirá que el doctor pasa mucho o suficiente tiempo con él, si se administra bien el tiempo de acuerdo a las necesidades del paciente, éste podrá percibir un servicio de calidad.

Para la accesibilidad y conveniencia, hablando del fácil acceso a los especialistas médicos que se necesitan, se comentó que es muy difícil que se mande a los pacientes con un especialista a menos que estén en una situación muy grave su condición, usualmente no se mandan a tiempo. Hablando de la accesibilidad al servicio de urgencias se considera que el triage tiene mucho efecto, también será afectado si el personal está distraído con asuntos personales.

La conveniencia y accesibilidad se ven afectadas cuando se dificulta conseguir una cita médica en fechas cercanas debido a que hay temporadas altas y bajas, aunque bajo ciertas circunstancias existe la consulta a domicilio. Hablando del acceso a la atención médica cuando se necesita, regularmente si es una urgencia se atienden rápido, según la circunstancia irán directo al área de choque, en el cual serán totalmente valorados. Pero el área de urgencias se verá saturado debido a que el usuario acude por razones equivocadas, cuando el criterio de urgencia no está bien establecido o sostiene que ahí si se le atiende rápidamente.

Finalmente, sobre la Satisfacción General se comentó que la atención médica que el usuario recibe puede ser considerada imperfecta porque, aunque se logra casi cumplir con todo, se están reduciendo las deficiencias e incluso ejecutando actividades que no se realizaban en fines de semanas, el paciente puede percibir que no recibe una atención completa. El paciente también puede manifestar insatisfacción con ciertas cosas de la atención médica recibida porque la opinión no depende totalmente del cuidado, depende de factores como infraestructura, insumos y tiempos. Requiere de una gran habilidad administrativa por parte de los equipos interdisciplinarios para poder combinar los servicios y brindar calidad en armonía.