



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Maestría en Administración de instituciones de salud

Título:

“Expectativa y Percepción en relación con la calidad de atención del prestador de servicios del turno vespertino de la unidad FC1524 de consultorios de fundación Best en Puebla 2020”

Tesis para obtener grado de maestro en administración de instituciones de salud

Presenta:

Armenta Hernández Sergio Augusto

Asesor:

Dra. Lisseth Violeta Aguilar Rodríguez

Puebla, Pue.

Puebla. Pue., México



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de textos, imágenes, gráficas, 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 de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos y dedicatorias

Le dedico esta tesis a mi madre María del Carmen Hernandez Ledezma por haberme forjado como la persona que soy actualmente, por sus enseñanzas y por sus consejos por nunca dejarme solo a pesar de las circunstancias. Gracias por ser una de las personas más importantes en mi vida, la persona que me inspiró a estudiar esta hermosa carrera, por darme los ánimos, y el apoyo emocional, y por ser mi maestra de vida, aparte de ser mi mamá es mi mejor amiga, siempre está al pendiente de mí, me apoya en mis decisiones y proyectos.

Le dedico este trabajo a mi pareja Aldo Ariel Garduño Bernabé por apoyarme durante todo este proceso académico, por incitarme a no rendirme en la elaboración de esta tesis, por ser mi consuelo y distracción en esos momentos de estrés. Gracias por también ser una de las personas más importantes de mi vida, por brindarme cada momento y palabra de aliento que recibí y por ser mi compañero de vida.

Este trabajo se lo quiero dedicar a Dios por darme la vida Y una familia maravillosa, a mi madre que fue un pilar Fundamental en mi vida académica, por su trabajo, Constancia y todo el apoyo económico que he recibido Desde mi vida escolar para poder alcanzar este objetivo.

También a las personas que en pandemia sufrieron cualquier situación (salud, económica, académica, emocional, etc.) y que espero de corazón salgan adelante.

Le quiero dar gracias a mis profesores de la maestría, por los grandes consejos, por los aprendizajes que obtuve de ellos y en especial quiero dar un gran agradecimiento a mi asesora de tesis la Dra. Lisseth Violeta Aguilar Rodríguez, por no solo ser una gran docente y apoyarme incondicionalmente en la elaboración de esta tesis, sino además ser una excelente profesional y persona, a la cual admiro mucho y ser por quien descubrí ese amor y dedicación que le tengo al área de calidad en el sector salud, que a pesar de no haberme dado cuenta antes, desde mis años de estudiante he tenido cierta prioridad por la calidad.

Agradezco a la mi directora de maestría la Dra. Sandra Maldonado Castañeda, por ilustrarme en esos momentos de confusión que tuve en la elaboración de esta tesis, y apoyarme cada vez que le expresaba alguna duda con su manera atenta y particularmente agradable y amena que la caracteriza.

Agradezco a mis amigos de la maestría por ser más que un grupo académico, sino por volvernos hermanos durante estos 2 años de travesías y por siempre estar unidos y apoyándonos a pesar de las adversidades (ellos saben cuáles), y espero que todos puedan lograr concluir este grado y crecer tanto personal como profesionalmente.

ÍNDICE GENERAL

Agradecimientos y dedicatorias.....	2
Índice de figuras	8
Índice de tablas	9
Resumen	10
Abstract.....	11
ANTECEDENTES GENERALES	12
¿Por qué calidad?	12
La calidad a través de la historia	13
Internal Standards organization (ISO)	15
Figura 1 — Representación de la estructura de la norma ISO 9000 con el ciclo PHVA	22
Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)	25
TABLA 1. Funciones en las que se centra el modelo JCAHO	25
La European Foundation for Quality Management (EFQM)	27
TABLA 2. Criterios del modelo EFQM	28
Figura 2- modelos de excelencia 2000	28
Figura 3- Sistemática recomendada para la integración de los resultados de la autoevaluación en el plan de gestión del centro.	30
Diferencias esenciales entre los modelos EFQM, ISO y JCAHO.....	31
Tabla 3: Diferencias esenciales entre los modelos EFQM, ISO y JCAHO	31
Conceptos de calidad de atención médica	34
¿Cómo se ha aplicado la evaluación de calidad en sistemas de salud?	35
ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	37
Historia de la calidad alrededor de México	37
Programa de mejora.....	39
Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud (CNCSS)	39
Tabla 4 comparación de paradigmas.....	47
Figura 4: logo de cruzada nacional	50
Tabla 5: Resultados de la evaluación y monitoreo con base en los indicadores seleccionados para la primera etapa (2001) en servicios de salud	58

SICALIDAD	62
ESTRUCTURAS DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO: DE LO PÚBLICO A LO PRIVADO	65
Figura 5. Sistema de Salud en México	66
Generalidades de fundación BEST	68
Figura 6. Crecimiento en número de consultas en consultas de Fundación Best	69
Figura 7: Crecimiento en número de consultas en consultorios de Fundación Best	70
Tabla 6. Comparación de precios en CAF de Puebla, Puebla	72
Unidad de estudio	73
Diagnostico situacional de la unidad FC1524 de fundación Best del año 2020	74
Figura 8: Relación de turno matutino y vespertino 2020	75
Figura 9: Relación de géneros 2020.....	75
Figura 10: Relación de edades 2020	76
Tabla 7.- diagnósticos	77
Tabla 8.- siglas de diagnósticos	78
Figura 11: Relación de diagnósticos 2020.....	79
Figura 12: Relación por tipo de padecimiento 2020.....	81
¿Por qué SERVQUAL?	82
Tabla 9. Escala de Likert para medir la satisfacción del usuario	83
Alfa de Cronbach	86
Justificación.	87
Definición del problema (planteamiento del problema).....	89
Hipótesis	89
Objetivos.....	89
General.....	89
Particulares	90
Material y métodos.	90
Tipo y diseño del estudio:	90
Definición del universo de trabajo	90
Población fuente:	90
Población elegible:	90
Definición de unidades de observación y del grupo control.....	90
Criterios de Inclusión:.....	90
Criterios de Exclusión	91

Criterios de Eliminación.....	91
Estrategia de muestreo	91
Tamaño de la Muestra (cálculo):	91
Tipo de Muestreo:	91
Definición de variables y escalas de medición.....	92
Definición conceptual.....	92
Tabla 10. Cuadro de operacionalización de variables.....	92
Definición de la exposición y procedimientos	93
Recolección de la información	93
Fuentes de Información	93
Instrumentos de medición	93
Validez y consistencia.....	94
Prueba piloto.....	95
Tabla 11. Análisis de fiabilidad de la prueba piloto	95
Tratamiento estadístico de los datos	95
Validez y consistencia final del instrumento SERVQUAL	95
Tabla 12. Análisis de fiabilidad de la Base de datos final	96
Resultados.....	96
Tabla 13. Análisis de brechas.....	97
Figura 13. Puntaje de expectativa vs. percepción	98
Figura 14. Análisis de brechas	100
Tabla 14: Ponderación de dimensiones.....	101
Figura 15. Ponderación.....	101
Tabla 15: Análisis de las brechas ponderadas	102
Figura 16. Puntuación de expectativa ponderal vs. Percepción ponderal	102
Figura 17. Análisis de brechas ponderales.....	103
Discusión	104
Conclusión	106
Perspectivas	107
Lineamientos bioéticos	108
Bibliografía.....	109
Anexos	113

<i>Anexo A.- Precios consultorios de farmacias Fleming y consultorios de fundación Best</i>	113
ANEXO B.- Tablas de diagnóstico situacional	114
ANEXO C.- Instrumento de recolección de información	116
ANEXO D.- hoja de consentimiento informado	118

Índice de figuras

Figura 1 — Representación de la estructura de la norma ISO 9000 con el ciclo PHVA	22
Figura 2- modelos de excelencia 2000	28
Figura 3- Sistemática recomendada para la integración de los resultados de la autoevaluación en el plan de gestión del centro.	30
Figura 4: logo de cruzada nacional	50
Figura 5. Sistema de Salud en México	66
Figura 6. Crecimiento en número de consultas en consultas de Fundación Best	69
Figura 7: Crecimiento en número de consultas en consultorios de Fundación Best	70
Figura 8: Relación de turno matutino y vespertino 2020	75
Figura 9: Relación de géneros 2020	75
Figura 10: Relación de edades 2020	76
Figura 11: Relación de diagnósticos 2020	79
Figura 12: Relación por tipo de padecimiento 2020	81
Figura 13. Puntaje de expectativa vs. percepción	98
Figura 14. Análisis de brechas	100
Figura 15. Ponderación	101
Figura 16. Puntuación de expectativa ponderal vs. Percepción ponderal	102
Figura 17. Análisis de brechas ponderales	103

Índice de tablas

<u>TABLA 1. Funciones en las que se centra el modelo JCAHO</u>	25
<u>TABLA 2. Criterios del modelo EFQM</u>	28
<u>Tabla 3: Diferencias esenciales entre los modelos EFQM, ISO y JCAHO</u>	31
<u>Tabla 4 comparación de paradigmas</u>	47
<u>Tabla 5: Resultados de la evaluación y monitoreo con base en los indicadores seleccionados para la primera etapa (2001) en servicios de salud</u>	58
<u>Tabla 6. Comparación de precios en CAF de Puebla, Puebla</u>	72
<u>Tabla 7.- diagnósticos</u>	77
<u>Tabla 8.- siglas de diagnósticos</u>	78
<u>Tabla 9. Escala de Likert para medir la satisfacción del usuario</u>	83
<u>Tabla 10. Cuadro de operacionalización de variables</u>	92
<u>Tabla 11. Análisis de fiabilidad de la prueba piloto</u>	95
<u>Tabla 12. Análisis de fiabilidad de la Base de datos final</u>	96
<u>Tabla 13. Análisis de brechas</u>	97
<u>Tabla 14: Ponderación de dimensiones</u>	101
<u>Tabla 15: Análisis de las brechas ponderadas</u>	102

Resumen

Introducción: La calidad de los servicios de salud ha sido una variable que está en constante evaluación en la actualidad. Existe una creciente cantidad de usuarios que enfocan sus exigencias en este ámbito, así mismo su ausencia es notable en diferentes circunstancias. Como definición se toma, en palabras de González Medécigo y Gallardo Díaz, que la calidad es una combinación de beneficios, riesgos y costos, en donde lo fundamental es ofrecer los mayores beneficios con los menores riesgos posibles y a un costo razonable.

Fundación Best pertenece a un sistema de consultorios denominados CAF (consultorio adyacente a farmacia) que inicio aproximadamente hace 20 años y ha demostrado un crecimiento potencial tanto en estructuras físicas como en número de usuarios, sin embargo no se han registrado estudios referentes a calidad de este tipo de consultorios.

Objetivo general: Evaluar la percepción y la expectativa del paciente sobre la calidad de atención médica del prestador de servicios en la unidad FC1524 de fundación Best en Puebla, turno vespertino.

Metodología: se utilizó como instrumento de medición la encuesta SERVQUAL para evaluación de la calidad de servicios de salud del consultorio FC1524 turno vespertino perteneciente a fundación Best, con una evaluación en escala de Likert del 1 al 7, realizada a 257 pacientes que acudieron al consultorio nombrado, realizando una prueba piloto a 50 pacientes, donde se calculó un alfa de Cronbach para valorar la validez y consistencia del instrumento de medición, obteniendo una validez muy alta de 0.96. lo que permitió proseguir con las encuestas hasta conseguir el número especificado por la muestra y se vaciaron y evaluaron todos los datos en el programa Excel.

Resultados: se observó que la moda obtenida en todos los ítems de la encuesta fue 7, al realizar el cálculo de brechas se observó que en todos los ítems la percepción fue mayor que la expectativa de los usuarios a excepción de los ítems referentes a la agilidad del médico y a las medidas de seguridad; por otro lado la valoración de ponderación respecto a las dimensiones las ordenaron de la siguiente manera: en primer lugar se encontró la fiabilidad seguida de la capacidad de respuesta, empatía, seguridad y tangibilidad respectivamente. Y finalmente al realizar el cálculo de brechas ponderadas se encontró la mayor satisfacción en la dimensión de capacidad de respuesta, seguido de las dimensiones de empatía, fiabilidad, tangibilidad y seguridad respectivamente; esta última dimensión fue en la que menos supero la expectativa a la percepción, recordando que aún sigue siendo positivo.

Conclusión: Esta tesis ha demostrado que la hipótesis establecida respecto a que la percepción de los usuarios sea satisfactoria, se cumple de una manera destacable, se logran cumplir con los objetivos establecidos, se demuestra que las expectativas más altas son en las dimensiones de seguridad y empatía, y se observa que la mayor satisfacción es en la dimensión de capacidad de respuesta.

Palabras clave: calidad, SERVQUAL, Fundación Best, servicios, salud.

Abstract

Introduction: *The quality of health services has been a variable that is currently under constant evaluation. There is a growing number of users who focus their demands on this area, likewise its absence is notable in different circumstances. As a definition, it is taken, in the words of González Medécigo and Gallardo Díaz, that quality is a combination of benefits, risks and costs, where the fundamental thing is to offer the greatest benefits with the least possible risks and at a reasonable cost.*

Fundación Best belongs to a system of clinics called CAF (office adjacent to pharmacy) that began approximately 20 years ago and has shown potential growth both in physical structures and in the number of users, however, no studies have been registered regarding the quality of this type of clinics.

General objective: To evaluate the perception and expectation of the patient about the quality of medical attention of the service provider in the FC1524 unit of the Best foundation in Puebla, evening shift.

Methodology: *the SERVQUAL survey was used as a measuring instrument for the evaluation of the quality of health services in the FC1524 office in the evening shift belonging to the Best Foundation, with an evaluation on a Likert scale from 1 to 7, carried out on 257 patients who attended the office named, conducting a pilot test on 50 patients, where a Cronbach's alpha was calculated to assess the validity and consistency of the measurement instrument, obtaining a very high validity of 0.96. This made it possible to continue with the surveys until the number specified by the sample was obtained, and all the data were emptied and evaluated in the Excel program.*

Results: *it was observed that the mode obtained in all the items of the survey was 7, when performing the gap calculation it was observed that in all the items the perception was greater than the expectation of the users except for the items referring to agility the doctor and the security measures; on the other hand, the weighting assessment with respect to the dimensions was ordered as follows: first, reliability was found, followed by responsiveness, empathy, security, and tangibility, respectively. And finally, when performing the weighted gap calculation, the highest satisfaction was found in the response capacity dimension, followed by the dimensions of empathy, reliability, tangibility and security respectively; This last dimension was the one in which the expectation surpassed perception the least, remembering that it is still positive.*

Conclusion: *This thesis has shown that the hypothesis established regarding the perception of the users is satisfactory, it is fulfilled in a remarkable way, the established objectives are achieved, it is shown that the highest expectations are in the dimensions of security and empathy, and it is observed that the greatest satisfaction is in the response capacity dimension.*

Keywords: *quality, SERVQUAL, Best Foundation, services, health.*

ANTECEDENTES GENERALES

¿Por qué calidad?

La calidad de los servicios de salud ha sido una variable que está en constante evaluación en la actualidad, tomando en cuenta la creciente cantidad de usuarios que enfocan sus exigencias en este ámbito. Su ausencia es notable en diferentes circunstancias: servicios inefectivos e ineficientes, acceso limitado a los servicios de salud, incremento de costos, quejas médicas, insatisfacción de los usuarios de los profesionales de la salud, afectación de la credibilidad de los servicios de salud por parte de los usuarios, y, en casos extremos, pérdidas humanas.

La Real Academia Española de la Lengua define la calidad como “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo que permiten juzgar su valor”.

La calidad es una combinación de beneficios, riesgos y costos, en donde lo fundamental es ofrecer los mayores beneficios con los menores riesgos posibles y a un costo razonable. La atención médica, para ser de calidad, debe ser segura, eficaz, eficiente, equitativa, oportuna y centrada en el paciente. En este punto resulta fundamental definir a qué llamamos calidad y más específicamente qué entendemos por calidad de la atención médica (González Medécigo & Gallardo Díaz, 2012).

Coincidiendo con González y Gallardo, para este estudio, la calidad es una manera de ofrecer un mejor servicio a los pacientes, con disminución de los riesgos, a costos que ofrecen la perspectiva de inversión y no de gasto, y aunando la definición estipulada por la RAE, se puede tomar como esas propiedades, que permiten juzgar el valor de la calidad de la atención médica, la seguridad, eficacia, eficiencia, equidad, el ser oportuna y la centralización en el paciente.

El concepto de la calidad de la atención médica varía dependiendo de la época y cultura; sin embargo, es considerado aceptable el concepto propuesto por Donabedian ya que pudiera ser integrador y globalizar otras definiciones existentes: “Calidad es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles”, o en palabras de Ruelas, “La calidad es una combinación de beneficios, riesgos y costos, en

donde de lo que se trata es de ofrecer los mayores beneficios con los menores riesgos posibles y a un costo razonable” (Fernández & Sotelo , 2000).

De acuerdo con Aguirre Gas: “La calidad de la atención médica es otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución” (Aguirre-Gas H. , 1997).

Recapitulando las definiciones obtenidas por Donabedian y Ruelas, la calidad es la obtención de mejoras o beneficios mayores adquiridas por medio de los menores riegos y costos posibles, entendiendo estos últimos como los medios más deseables, siendo así una definición similar en diferentes palabras. Por otro lado, Aguirre-Ga agrega un factor importante, sobre todo en el área de la atención médica, los principios éticos, siendo estos el factor que complementa a la perfección las definiciones dadas por Ruelas y Donabedian, ya que, sin el complemento ético ni los costos o riesgos son suficientes para obtener la satisfacción.

La calidad a través de la historia

Durante la historia se ha encontrado varias documentaciones del uso de la medición de calidad en diferentes culturas, donde se implantan sistemas de atención de servicios de salud con características similares que contemplen y cumplan con estándares de calidad internacional. Ya desde la antigüedad se idearon instancias y leyes que protegieran al enfermo. Una de las primeras es el Código de Hammurabi, elaborado hacia el año 1800 A. de C., que contiene trece artículos consagrados a la práctica de la profesión médica. Como ejemplo, respecto al quehacer oftalmológico, los artículos del 215 al 223 tratan de los honorarios y las penalizaciones profesionales del médico (Neri-Vela , 1991).

En China, la Medicina era enseñada en centros especiales, y los estudios cobraban validez mediante exámenes ante T'ai-yi-chu o “Gran Servicio Médico”, compuesto por más de 300 funcionarios (Entralgo, 1977). Tanto en Grecia como en Roma, es sabido que la medicina se podía ejercer libremente, ya que no se necesitaba algún título ni diploma para ello. El Juramento Hipocrático señaló en esa época las directrices que debería seguir el médico para un buen desempeño de su trabajo (Alcántara, Contreras, Delgado, Díaz, & et.al, 2012).

Así, en 4 culturas diferentes, se puede observar diferentes variantes de lo que implica la calidad en cada población; por un lado, se expresa la importancia de la remuneración del personal de la salud (Babilonia), por otro, la importancia de la validación de conocimiento por medio de una prueba o examen (China), y finalmente, el libre albedrío para la profesión médica sin necesidad de un título de estudios, sin embargo, destaca la importancia de la ética en la profesión, establecida por el juramento hipocrático (Grecia y Roma); que a pesar de ser variantes distintas todas forman parte del concepto calidad.

Hacia el siglo XII de nuestra era apareció la figura de Moseh ben Maimon, médico de fama universal, que vivió sus años de formación en Córdoba, España, y falleció en Fustat en 1204. En su texto El régimen de salud, refiere que: “son muchas las cosas en que se equivocan los médicos, no actúan como debe ser y cometen grandes errores con el pueblo, pese a todo ¡no muere el enfermo y se salva!” (Maimonides, 1991). En 1329 se intentó reglamentar algunos de los aspectos de la relación médico- paciente centrándose en la atención de los enfermos graves, y en la obligación que los médicos tenían que advertir al paciente que buscara la posibilidad de confesarse. “Al finalizar la Edad Media, y con la llegada del Renacimiento, en España se crea el Tribunal del Protomedicato, fundado en 1447 por los Reyes Católicos, con la finalidad de dar calidad en la atención sanitaria; institución que pasó luego a las colonias americanas, vigiló la atención dada por médicos, cirujanos, flebotomianos, boticarios, gastapotras, algebristas, albéitares, entre otros” (García-Ballester L, 2004).

Durante los siglos XVIII y XIX, en Europa y en los Estados Unidos de América se inició la fundación de sociedades médicas, realización de congresos científicos y publicación de periódicos y revistas, referidos a la mejora de la atención médica. Al mismo tiempo México crea materiales científicos como el Mercurio Volante o la Gaceta de México, dos pioneros en América (Alcántara, Contreras, Delgado, Díaz, & et.al, 2012).

Se puede observar que en los siglos XII al XIV existe un enfoque en la creación de entidades que regulen la atención del servicio de salud, ya sea “El tribunal del Protomedicato” (España) o la fundación de sociedades médicas (Europa y EEUU), la intención es la de mejorar la calidad del servicio de salud que se le ofrece a la población,

independientemente de la profesión. así mismo, se observa el inicio de las publicaciones en pro de la calidad, siendo un representante pionero, en América, México.

A partir del siglo XX que se empieza a formalizar el término de “ calidad en la atención médica”; en 1918 el American College Surgeons ya contaba con un programa para evaluar la calidad de la atención; en 1933, en Chicago, Lee y Jones se pronunciaron en torno a lo que consideraron “atención médica correcta”, refiriéndose a la práctica médica como racional basada en evidencias bajo las ideas de medicina preventiva sobre curativa, existencia de un ente biopsicosocial indivisible, tratamiento del enfermo mas no de la enfermedad y la estreches de la relación médico-paciente (Aguirre-Gas H. , 2007).

Es a partir de este momento que inicia la fundación de diferentes sistemas de gestión de calidad, que pueden ser aplicados en el ámbito de la salud. Destacando por relevancia los sistemas ISO, JCAHO y la EFQM, de las cuales se habla a continuación.

Internal Standards organization (ISO)

Fundada desde 1947 en Ginebra, ISO es un sistema para equiparar y controlar la calidad de productos en ámbito industrial, integrada por comités técnicos, cuyo objetivo es el aseguramiento y la garantía de los sistemas de calidad de las organizaciones mediante las denominadas normas ISO. Dichas normas son la clave para la demostrar que las empresas certificadas trabajan conforme a procedimientos escritos y documentados, conocidos por toda la organización y sometidos a un seguimiento periódico y continuo. La evolución de estas normas ha tratado de adaptar al entorno a diferentes entornos, como el médico (Alcántara, Contreras, Delgado, Díaz, & et.al, 2012).

En 1979 se publica por primera vez, en el Reino Unido, la BS 5750 (precursora de ISO 9000). A comienzos del año 1980 la ISO designó una serie de comités técnicos para que trabajaran en el desarrollo de normas comunes que fuesen aceptadas universalmente. La ISO emitió por primera vez las normas ISO 9000 en el año 1987, que surgen como una necesidad de desarrollar y promover normas de uso común entre países de a nivel mundial, con el propósito de reducir las variaciones en la cadena proveedor-cliente y de crear consistencia, de manera estandarizada, en la fabricación de productos y prestación de servicios (Ramos Rodríguez, 2011).

La familia ISO 9000 se ocupa de diversos aspectos de la gestión de la calidad y contiene algunas de las normas más conocidas de la ISO. Las normas proporcionan orientación y herramientas para las empresas y organizaciones que quieren asegurarse de que sus productos y servicios cumplen consistentemente los requerimientos del cliente, y que la calidad de mejora constantemente (Jackson & Ashton, 1997).

Las normas más representantes de la familia ISO 9000 son las siguientes:

- **ISO 9001** - establece los requisitos de un sistema de gestión de calidad
- **ISO 9000** - cubre los conceptos y el lenguaje básicos
- **ISO 9004** - se centra en cómo hacer que un sistema de gestión de calidad más eficiente y eficaz
- **ISO 19011**- establece orientaciones sobre las auditorías internas y externas de los sistemas de gestión de calidad.

Para motivos de esta tesis se presentará un enfoque en la norma 9001, ya que establece las bases de la gestión en calidad, es por ello que es importante no solo conocer la norma actual, establecida en 2015, sino cómo ha evolucionado desde el primer momento en que fue concebida esta norma, para poder brindar una orientación de los cambios que ha tenido que pasar en sus diferentes ediciones para poder establecer un sistema de gestión de calidad de mejora continua que establece el día de hoy.

Primera edición 1987.

La primera serie de normas ISO 9000 (1987), suministró un modelo para el aseguramiento de la calidad, que centraba la calidad en el cumplimiento de los requisitos del producto. Abordaba un aspecto “limitado” de la calidad, pero fue una base sólida para posteriores mejoras y para la implementación de sistemas de gestión de la calidad más sofisticados. Se consolidaron tres modelos para el aseguramiento de la calidad (Ramos Rodríguez, 2011):

1. **ISO 9001** Modelo para el aseguramiento de la calidad en diseño, desarrollo, producción, instalación y servicio.
2. **ISO 9002** Modelo para el aseguramiento de la calidad en producción, instalación y servicio.

3. **ISO 9003** Modelo para el aseguramiento de la calidad en inspecciones y pruebas.

Segunda edición 1994.

En 1994 se publicó la posterior revisión, donde no hubo modificación sensible de los tres modelos con los requisitos y estuvieron vigentes hasta el 2003 (Jackson & Ashton, 1997).

Tercera edición 2000.

Durante el año 2000 la serie de normas ISO 9000 se somete a una revisión destinada a simplificar su aplicación y orientarla hacia el principio de “gestión de procesos”. Es la primera vez que ese término aparece en la norma. Asimismo, aparece ISO 8402 para la Gestión de la Calidad y Control de Calidad como complemento a la serie 9000; y ese vocabulario también se incorpora en ISO 9000:2000. Las normas ISO 9001:1994, ISO 9002:1994 e ISO 9003:1994 se unifican en la norma ISO:2000. A su vez, ISO 9004-1, ISO 9004-2, ISO 9004-3 e ISO 9004-4 son reemplazadas por ISO 9004:2000 (Blokdijs, 2008).

Cuarta edición 2008:

Sin muchos cambios sobre la edición anterior la estructura de la norma ISO 9001:2008 es la siguiente:

1. **Objeto y campo de aplicación:** Guías y descripciones generales.
2. **Referencias normativas:** Guías y descripciones generales.
3. **Términos y definiciones:** Guías y descripciones generales.
4. **Sistema de gestión de la calidad:** incluye los requisitos generales de la ISO-9001 y los requisitos específicos para realizar una adecuada gestión documental.
5. **Responsabilidad de la dirección:** La dirección de la organización debe cumplir con los requisitos expuestos en este apartado, entre los que destacamos: definir la política, garantizar que están definidas las responsabilidades y autoridades, aprobar objetivos, etc.
6. **Gestión de los recursos:** Contiene los requisitos necesarios para la correcta gestión de los recursos de la organización. La norma ISO diferencia entre recursos humanos, infraestructura y ambiente de trabajo.

7. **Realización del producto:** Hace referencia a los requisitos de los productos o servicios prestados, como por ejemplo la atención al cliente o la fabricación del producto.
8. **Medición, análisis y mejora:** En este apartado quedan establecidos los requisitos para aquellos procesos que agrupa información, la analizan y llevan a cabo medidas que permiten la mejora continua en los procesos de la organización que hacen posible el suministro de productos y servicios de calidad.

La norma ISO 9001 busca sin cesar la satisfacción de los clientes mediante el cumplimiento de los requisitos (Davins Miralles, 2007).

Quinta edición 2015.

El 23 de septiembre de 2015, se publicó la nueva versión ISO 9001:2015. Cuya revisión se centra en adaptar la norma a los tiempos actuales en los que se ven envueltas las organizaciones, generando así los siguientes cambios:

- ✓ **Estructura de la nueva ISO 9001:2015**, que incluye dos nuevos requisitos (International Organization for Standardization, 2015):
 1. Alcance
 2. Referencias Normativas
 3. Términos y Definiciones
 4. Contexto de la Organización
 5. Liderazgo
 6. Planificación
 7. Soporte
 8. Operación
 9. Evaluación del Desempeño
 10. Mejora
 - Singularidades de la nueva estructura:
 - Algunos requisitos se han visto modificados, eliminados o se han añadido como nuevos.

- La gestión de documentos y registros, (apartado 4.2 ISO 9001:2008) pasa a ser el 7.5 y además adquiere el nuevo término de información documentada.
 - A nivel estructural, (capítulo 7.4 ISO 9001:2008) “Suministro” pasa a formar parte del nuevo 8.6 “Liberación de productos y servicios”. La cláusula 7.4 “Compras” modifica su nomenclatura y posición, convirtiéndose en el 8.4 “Control de los productos y servicios suministrados externamente”.
- ✓ Enfoque basado en procesos
 - El enfoque basado en procesos se convierte en el apartado 4.4 “Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos”. Centrándose en el incremento de la gestión y control de las interacciones existentes entre procesos y jerarquías funcionales de cada organización.
- ✓ Lenguaje
 - lenguaje empleado debe ser simple y comprensible por cualquier persona.
- ✓ Análisis del contexto
 - El nuevo apartado 4 “Contexto de la organización” trata la necesidad de tener en cuenta y analizar el entorno socio-económico de la empresa y los vínculos existentes con los stakeholder (internos y externos); facilitando la identificación de problemas y necesidades que puedan generar un impacto en la planificación del Sistema de Gestión de la Calidad.
- ✓ Pensamiento basado en riesgo.
 - Uno de los cambios más importantes en la nueva ISO 9001, introduciendo el término en la totalidad del sistema de gestión. Para gestionar los riesgos se pueden adoptar la metodología que más se ajuste a las necesidades de la empresa, por ejemplo, la norma ISO 31000.
- ✓ Acciones preventivas.
 - Se elimina las acciones preventivas en la nueva edición de la norma ISO9001, ya que el propio Sistema de Gestión de la Calidad debe actuar como herramienta preventiva.
- ✓ Representante de la Dirección.

- Esta figura deja de ser obligatoria en la ISO9001:2015, se le da más importancia a la involucración de la alta dirección como vemos en el capítulo 5 “Liderazgo”.
- ✓ Gestión del conocimiento
 - Apartado 7.1.6 “Conocimiento organizacional”, en el que se indica que es la organización la encargada de establecer qué conocimiento es requerida para que el Sistema de Gestión de la Calidad opere correctamente para lograr productos y/o servicios que satisfagan al cliente.
- ✓ Procesos externalizados
 - En el apartado 8.4 “Control de los productos y servicios suministrados externamente” se habla sobre que existe la posibilidad de subcontratar procesos o subprocesos a terceras empresas.
- ✓ Competencia del personal
 - En el apartado 7.2 “Competencia” trata la necesidad de establecer con criterio cada lugar de trabajo y elaborar criterios que validen dicha competencia.
- ✓ Otros cambios.
 - Ya no sólo se habla de clientes en la ISO 9001:2015, sino que en ella se determinan los requerimientos necesarios para cumplir con las exigencias de las partes interesadas y así lo podremos ver en el apartado 4.2, “Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas” (ISOTools EXCELLENCE, 2021).

Para garantizar la efectividad de la serie de normas ISO 9000, los estándares se mejoran continuamente, incorporando nuevas iniciativas para la gestión de la calidad. Una nueva revisión de las normas está en curso. Esta revisión conducirá a la publicación, a finales de 2021, de los nuevos estándares básicos.

En resumen, la evolución de la familia de la norma ISO 9000 ha tenido 5 ediciones desde su creación, teniendo 2 modificaciones mayores y 3 menores durante estos años, las modificaciones mayores son las establecidas en los años 2000 y 2015. La norma actual cuenta con 10 capítulos, los primeros tres hablan de generalidades, en donde se puede

aplicar, que normas se pueden tomar como referente, y los términos y funciones importantes para interpretarla adecuadamente; y a partir del capítulo cuarto hasta el 10 encontramos los elementos que un sistema de gestión de calidad debe implementar. Así mismo, a finales de este año se publicará una nueva edición que tendrá como objetivo, al igual que las anteriores, la satisfacción de las partes interesadas (cliente en ISO9001:2008), compatibilidad entre diferentes normas ISO, y adaptabilidad a diferentes tamaños de organizaciones, entre otros.

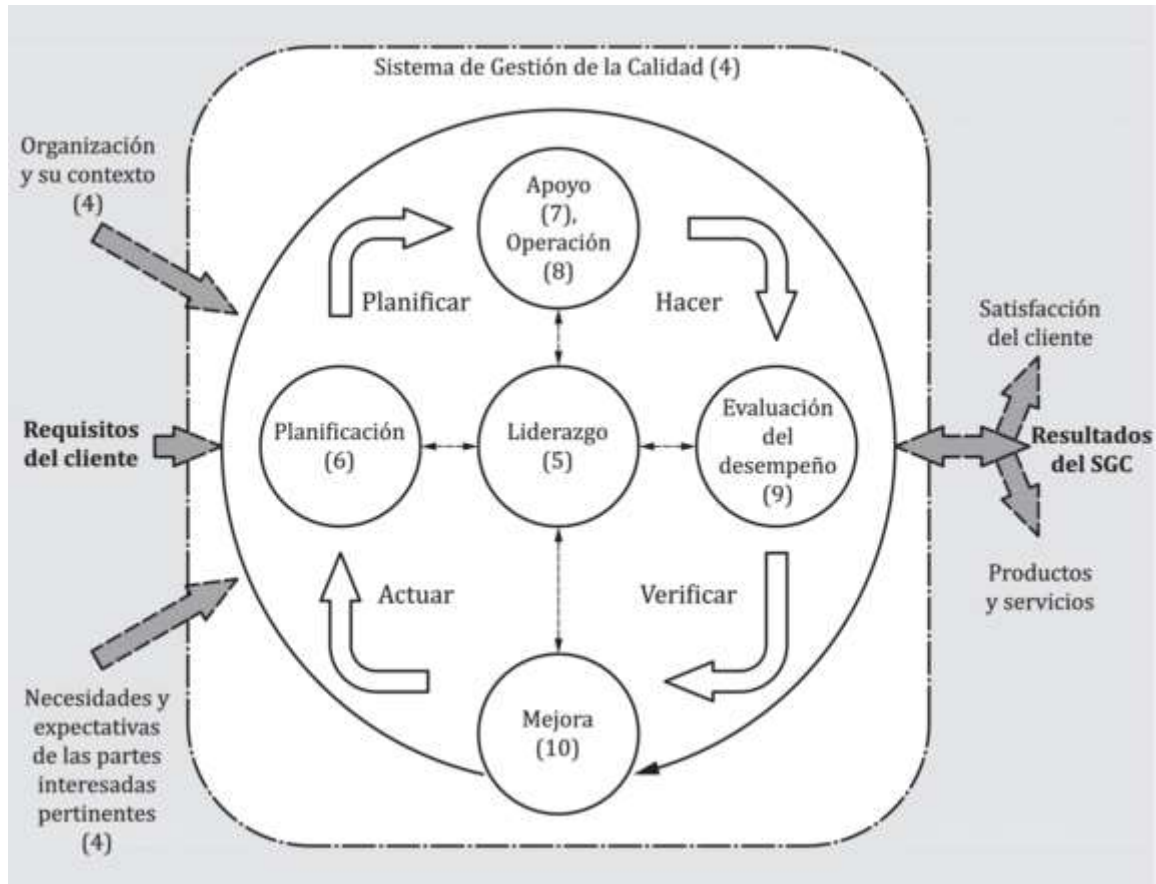
Ahora bien, una vez que se habló de la historia de la evolución de la ISO 9000, y generando un enfoque a la actual edición, se expondrán puntos importantes respecto a la misma, para comprender su modo de aplicación e importancia. Iniciando en el pensamiento basado en riesgo, que es el nuevo enfoque que implemente la norma ISO 9000.

El pensamiento basado en riesgos permite a una organización determinar los factores que podrían causar que sus procesos y su sistema de gestión de la calidad se desvíen de los resultados planificados, para poner en marcha controles preventivos para minimizar los efectos negativos y maximizar el uso de las oportunidades a medida que surjan; Basado en 7 principios básicos: enfoque al cliente, liderazgo, compromiso de las personas, enfoque a procesos, mejora, toma de decisiones basada en la evidencia, y gestión de las relaciones (International Organization for Standardization, 2015).

Este pensamiento basado en riesgos continua con un enfoque a procesos, que implica la definición y gestión sistemática de los procesos y sus interacciones, con el fin de alcanzar los resultados previstos de acuerdo con la política de la calidad y la dirección estratégica de la organización. La gestión de los procesos y el sistema en su conjunto puede alcanzarse utilizando el ciclo PHVA: planear (establecer objetivos, procesos y recursos), hacer (implementar lo planificado), verificar (realizar seguimiento y medición) y actuar (tomar acciones para mejorar el desempeño) (Alcántara, Contreras, Delgado, Díaz, & et.al, 2012); lo que permite la comprensión y la coherencia en el cumplimiento de los requisitos, la consideración de los procesos en términos de valor agregado, el logro del desempeño eficaz del proceso, y la mejora de los procesos con base en la evaluación de los datos y la información (Ramos Rodríguez, 2011).

Figura 1 — Representación de la estructura de la norma ISO 9000 con el ciclo

PHVA



(International Organization for Standardization, 2015)

En la figura previa se muestra el ciclo PHVA y la relación que tiene con algunos capítulos de la ISO 9000:2015: 4.-Contexto de la Organización, 5.-Liderazgo, 6.-Planificación, 7.-soporte, 8.-Operación, 9.- Evaluación del Desempeño, y 10.- Mejora.

A pesar de que la nueva edición del 2015 se centra en pensamiento basado en riesgos, tomando en cuenta que, el sistema de gestión de calidad ISO es, por sí mismo, una herramienta preventiva contra cualquier riesgo posible que pueda presentar la organización, de igual manera que en la edición previa, se puede trabajar con el ciclo PVHA (planificar, hacer, verificar y actuar) para fortificar la satisfacción de las partes interesadas, siguiendo los 7 principios básicos establecidos por la norma.

Por otro lado, para un mejor entendimiento de la figura 1, se dará un breve resumen de lo explicado en los capítulos 4 al 10, mencionando la parte del ciclo PHVA a la que pertenece al final del párrafo entre paréntesis, esta información es obtenida de lo mencionado previamente durante toda la sección perteneciente a la ISO:

En el capítulo 4 de la norma “Contexto de la organización”, habla del contexto de la organización, partiendo de las preguntas en donde estamos, y para donde vamos, donde se busca encontrar un punto de partida y meta, realizando un análisis FODA, destacando así, las necesidades de las partes interesadas, para que la organización defina el alcance de su sistema de gestión y comience una estructuración a través de un sistema de gestión por procesos (planificación).

En el capítulo 5 “Liderazgo” es donde se establece los criterios del compromiso de la alta dirección con el sistema de gestión y los requisitos para hacer seguimiento a la política de calidad, la cual debe estar en línea con el contexto de la organización y será el parámetro para definir los objetivos. Para asegurar una buena gestión, la alta dirección se debe asignar apropiadamente, las responsabilidades y autoridades en todo el personal que este bajo su control (todo el ciclo PHVA).

En el capítulo 6 “Planificación” se establecen los criterios de la planificación del sistema de gestión donde se implementa todo el enfoque basado en el riesgo y se definen los objetivos de calidad y sus despliegues, ya que deben responder a lo que se quiere lograr, cuándo, cómo y quién participara en el logro del mismo (Planificación).

En el capítulo 7 “soporte” encontramos el apoyo y los recursos para la implementación del sistema, para el establecimiento, mantenimiento y mejora de la organización hablando del recurso humano se debe determinar la competencia necesaria de la personas que bajo el control de los directivos realizan un trabajo que afecta el desempeño del sistema de gestión, estableciendo que la personas deben estar conscientes de las políticas de calidad, los objetivos de calidad y su contribución a la eficacia del sistema. Otro recurso que se menciona en este capítulo es la comunicación fungiendo un papel imperativo en la gestión de calidad; y finalmente los soportes que tiene que ver con la documentación, a la que se refiere como información documentada, se describen los elementos de distribución, acceso a la información, protección de la información y como se asegura su legibilidad (hacer).

En el capítulo 8 “operación” es donde la organización debe implementar y controlar los procesos necesarios para cumplir los requisitos establecidos, esto incluye, las etapas de diseño y desarrollo, control de productos y servicios externos, y preparación operacional; además se debe planear el desarrollo de la operación y control de la producción o prestación del servicio, así como, las actividades de entrar y posteriores a la entrega del bien o servicio (hacer)

En el capítulo 9 (evaluación) encontramos todos los elementos de evaluación que permiten realizar las actividades de monitoreo, medición, análisis y evaluación de la conformidad del sistema de gestión y satisfacción del cliente. La organización debe de planificar auditorías internas en consideración con el estado de los procesos, resultado de auditorías previas, buscando la retroalimentación del cliente y cambios que impacten a la organización (verificar)

Finalmente, en el capítulo 10 “Mejora” es la acción secundaria cuando se presenten no conformidades, la organización debe evaluar la necesidad de emprender acción para eliminar la causa de la no conformidad, la organización debe mejorar la eficacia, conveniencia y adecuación del sistema en gestión de calidad, y si es necesario modificar parte del contexto de la organización para llegar a esta satisfacción (actuar y repetición del ciclo).

Con lo anterior se establece que los beneficios potenciales para una organización que implementa un sistema de gestión de la calidad basado en esta Norma Internacional actual ISO9001:2015 son:

- a) La capacidad para proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente.
- b) Facilitar oportunidades de aumentar la satisfacción del cliente.
- c) Abordar los riesgos y oportunidades asociadas con su contexto y objetivos de la organización.
- d) La capacidad de demostrar la conformidad con requisitos del sistema de gestión de la calidad especificados.

Es importante no caer en el efecto “fiebre”, que implica una constante desesperación por obtener la certificación ISO, ya que es un sistema de gestión internacional altamente

reconocido por sus estándares de calidad, lo que lleva a las organizaciones a buscar de manera exasperante consultorías externas para aprobar dicha certificación, poniendo en riesgo la integridad y valores de la misma organización a expensas de la certificación, olvidando así las bases y principios establecidas en la normas de la misma ISO (Davins Miralles, 2007).

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) fue fundada en el año 1951, resultado de la fusión entre el Colegio Americano de Cirujanos, el Colegio Americano de Médicos, la Asociación Americana de Hospitales y la Asociación Médica de Canadá. Es una organización independiente, sin fines de lucro, dedicada a la mejora de la calidad de la asistencia de las organizaciones sanitarias por medio de la evaluación, acreditación, consejo y establecimiento los requisitos que han de cumplir los centros asistenciales (The Joint Commission, 2020). En 1990, la JCAHO incluye los principios de la excelencia, o de Total Quality Management (TQM), en un modelo orientado a evaluar la calidad asistencial. En 1996 la acreditación mediante los estándares de la JCAHO fue introducida en Europa por la Fundación Avedis Donabedian (Davins Miralles, 2007).

TABLA 1. Funciones en las que se centra el modelo JCAHO

Funciones centradas en el paciente
1. Acceso y continuidad
2. Derecho del paciente y familiares
3. Evaluación del paciente
4. Asistencia de pacientes
5. Educación de pacientes
Funciones de la organización
6. Gestión y mejora de la calidad de la asistencia
7. Prevención y control de las infecciones
8. Dirección y liderazgo
9. Entorno y seguridad
10. Cuantificación y formación de los profesionales
11. Gestión de la Información

(Davins Miralles, 2007)

El modelo JCAHO está basado en un proceso de evaluación externa independiente e imparcial, con estándares profesionales internacionales, con la aprobación de 16 países, específicos del sistema sanitario; basada en el juicio entre pares, y que requiere una evaluación continua (cada 3 años), introduciendo temas innovadores. Los estándares se centran en dos áreas: funciones centradas en el paciente y funciones de la organización (The Joint Commision, 2021) (tabla 1) .

Pudiendo resaltar de lo anterior, que la JCAHO es un sistema de gestión de calidad enfocado en los servicios sanitarios que se basa en un modelo TQM, es decir que busca la calidad total. Enfocada en evaluaciones externas que centra dos círculos importantes dentro de sus funciones del modelo: el paciente y la organización; buscando una mejora continua por medio de su evaluación cada 3 años.

Para cada uno de los criterios se definen unos objetivos y unos estándares que deben cumplirse. Al terminar el proceso de evaluación la JCAHO informa y recomienda áreas de mejora. El modelo se adapta a factores legales y culturales de los diferentes países. Es importante recalcar que el modelo JCAHO autoriza centros sanitarios, no servicios por si solos (Saturno , 2001).

El modelo JCAHO evalúa globalmente la calidad de las organizaciones sanitarias, a través del análisis de las funciones de la organización y las funciones centradas en el paciente, y no permite la evaluación de estructuras inferiores (servicios, unidades, departamentos, etc.). Finalmente otorga como reconocimiento la acreditación de la organización. Tras la evaluación de la organización sanitaria se comprueba que ésta cumple con los estándares internacionales de calidad en la atención sanitaria y en la gestión de la organización. En caso de cumplimiento, se procede a la acreditación durante un período de 3 años con revisión permanente (Davins Miralles, 2007).

Concluyendo que el modelo JCAHO se puede adaptar a diferentes instituciones sanitarias, pero teniendo dos límites: el primero es el nivel de la institución, ya que no es posible valorar subniveles de atención dentro de la institución como el servicio, las unidades o los departamentos; el segundo implica la estructura de la organización, es decir a pesar que se puede adaptar a otras organizaciones sanitarias, cuando la estructura es muy diferente a la de las organizaciones de estados unidos se puede generar una problemática en la

adaptación. A pesar de sus límites es un modelo altamente utilizado a nivel global por instituciones sanitarias promoviendo la gestión de calidad total mediante el otorgamiento de acreditaciones que se renuevan cada 3 años.

La European Foundation for Quality Management (EFQM)

La European Foundation for Quality Management (EFQM) fue creada en 1988 por 14 empresas europeas (KLM, Nestlé, Bull, British Telecom, Volkswagen, entre otras) para elevar su calidad, frente a las competitivas empresas japonesas y americanas. Para ello, desde su creación, promueve un modelo de TQM, que impulsa el Premio Europeo de Calidad desde 1991(European Foundation for Quality Management, 2021).

A diferencia de otros modelos de mejora de la calidad, el modelo EFQM se basa en la autoevaluación, no es un modelo de certificación ni tampoco de acreditación, y una organización puede realizar el proceso de autoevaluación con o sin apoyo externo, aunque la coordinación de la autoevaluación debe realizarla alguien con experiencia en el modelo. Se basa en que la satisfacción de clientes y empleados, y el impacto en la sociedad se consiguen mediante un liderazgo que impulse la política y la estrategia, las personas de la organización, las alianzas, los recursos y los procesos hacia la obtención de la excelencia en los resultados de la organización(Martínez, 2008).

En síntesis, se puede decir que el EFQM es un modelo de calidad basado en la autoevaluación con la finalidad de mejorar la gestión de calidad en las empresas, enfocándose en la satisfacción tanto del cliente como del empleado (partes interesadas), así como en el impacto que esto tenga ante la sociedad. Es un modelo donde, a pesar de ser por autoevaluación, requiere un experto en el modelo, para lo cual se requieren diversas capacitaciones para obtener la pericia necesaria para efectuarlo.

El modelo EFQM es un marco de trabajo no prescriptivo basado en 9 criterios, que a su vez se dividen en subcriterios, que pueden utilizarse para evaluar el progreso de una organización hacia la excelencia, ya que permite comparar la realidad de la organización con una situación teóricamente excelente. De esta comparación surgen puntos fuertes y áreas de mejora (Davins Miralles, 2007).

Los criterios se agrupan en 2 bloques (tabla 2):

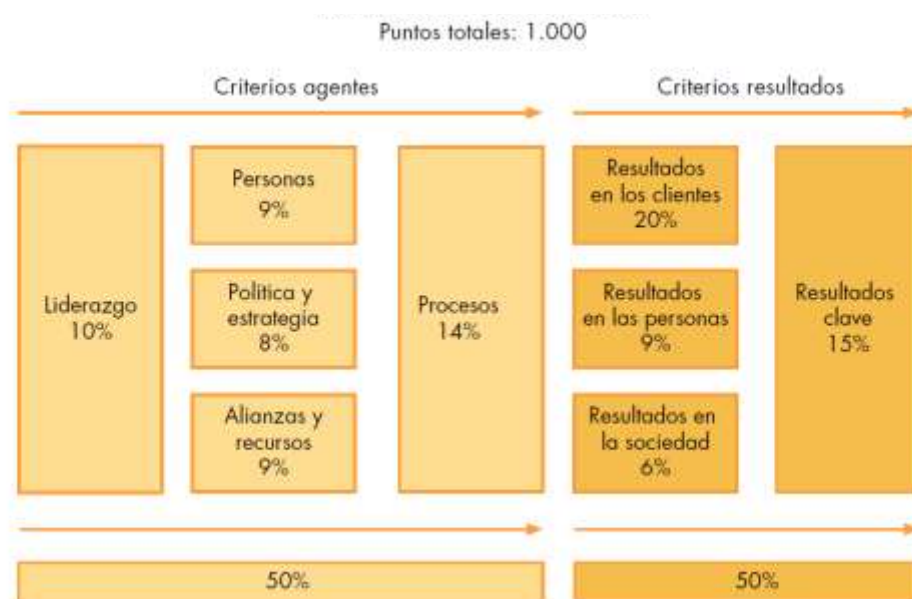
TABLA 2. Criterios del modelo EFQM

Criterios Agentes (lo que la organización hace)	Criterios Resultados (lo que la organización consigue)
1. Liderazgo	6. Resultados en clientes
2. Política y Estrategia	7. Resultados en las personas
3. Personal	8. Resultados en la sociedad
4. Alianzas y Recursos	9. Resultados clave
5. Procesos	

(Davins Miralles, 2007)

Cada uno de estos criterios tiene una ponderación que se reparte entre ambos bloques por igual (500 puntos cada bloque). Los criterios que más pesan son los resultados en los clientes, los resultados clave, los procesos y el liderazgo (Davins Miralles, 2007) (figura 2).

Figura 2- modelos de excelencia 2000



(Davins Miralles, 2007)

Para cumplir con los criterios y subcriterios que el modelo tiene, el modelo se basa en 8 principios básicos de excelencia: orientación a resultados; orientación al cliente; liderazgo y coherencia; gestión por procesos y hechos; desarrollo e implicación de las personas;

proceso continuo de aprendizaje, innovación y mejora; desarrollo de alianzas; y responsabilidad social(Martínez, 2008).

En otras palabras, la estructura del modelo EFQM tiene 9 criterios que se dividen en 2 secciones, una enfocada a los clientes y la otra enfocada a los resultados, y cada una de estas secciones tiene una ponderación en valor equitativa, sin embargo, los criterios obtienen diferentes ponderaciones dependiendo de su importancia para la gestión de calidad en la organización, siempre cumpliendo con los 8 principios básicos de excelencia.

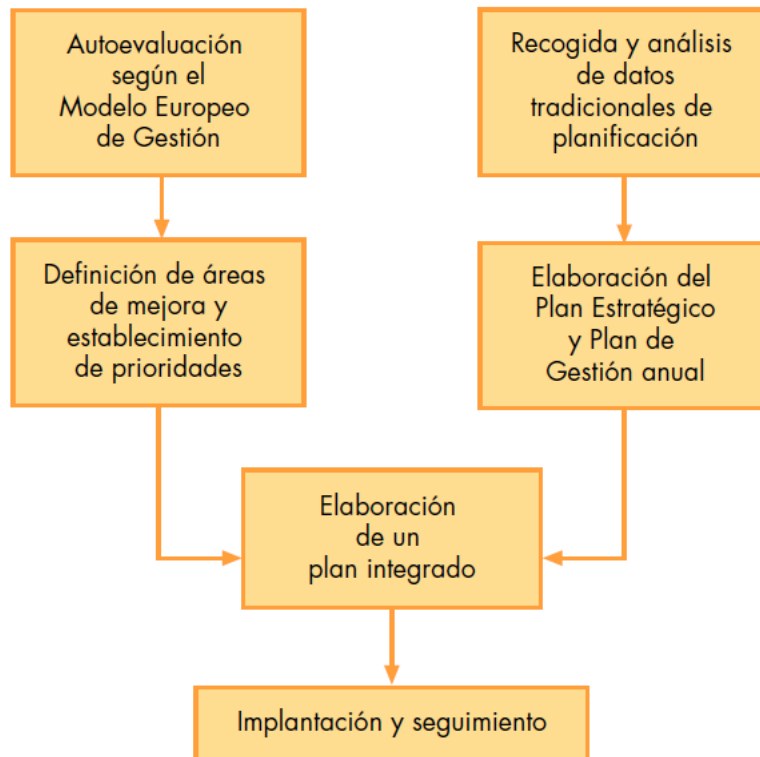
En los fundamentos del modelo se encuentra un esquema lógico de evaluación que se denomina REDER, y que está integrado por resultados, enfoque despliegue, evaluación y revisión. Los elementos enfoque, despliegue, evaluación y revisión se utilizan al evaluar los criterios del grupo de agentes facilitadores, mientras que el elemento resultados se emplea para evaluar criterios del grupo de resultados (Martínez, 2008).

Siguiendo este esquema lógico, una organización excelente debe:

1. Determinar los resultados que quiere lograr como parte del proceso de elaboración de su política y estrategia.
2. Planificar y desarrollar una serie de enfoques sólidos e integrados, que le puedan llevar a los resultados previstos.
3. Desplegar los enfoques de una manera sistemática para asegurar una implantación completa.
4. Evaluar y revisar los enfoques a partir del análisis de resultados y de las actividades de aprendizaje, tras lo cual se identificarán prioridades y se planificarán e implantarán las mejoras necesarias.

Al finalizar la evaluación del modelo, se recomienda integrar los resultados con los mismos planes y estrategias que la empresa cuenta para establecer así un adecuado plan de mejora individualizado para la empresa en la que se realizó la evaluación, siguiendo así el esquema de la figura 3.

Figura 3- Sistemática recomendada para la integración de los resultados de la autoevaluación en el plan de gestión del centro.



(Martínez, 2008)

Hay diversos métodos para realizar el proceso de autoevaluación EFQM. El más completo es el denominado “por simulación de presentación al premio”, el cual contempla para sus niveles de excelencia 3 escalones: premio europeo a la calidad (nivel superior EFQM de excelencia), reconocimiento a la excelencia (enfoque estructurado que permite identificar puntos fuertes y áreas de mejora y reconoce el éxito de los esfuerzos para implantar los conceptos de la excelencia y las buenas prácticas) y el compromiso con la excelencia (destinado a organizaciones que inician su camino hacia la excelencia) (European Foundation for Quality Management, 2021).

Concluyendo que el EFQM es un modelo que se basa en el sistema lógico REDER, a diferencia del modelo ISO que se basa en PHVA, teniendo semejanzas entre sistemas, pero

teniendo cierto enfoque mayor a la planeación en la que en este caso se encontraría resultados “R” y enfoque de despliegue “ED”: también se puede observar el enfoque en la valoración, perteneciente al esquema PHVA, en la evaluación y revisión. Sin embargo, si se intenta comparar el hacer y la acción dentro del sistema lógico REDER, podría encajar en el enfoque de despliegue y la determinación de resultados respectivamente, ya que, al conjuntar el modelo con los planes y estrategias de la empresa ya existentes, se tiene como resultado la elaboración de un plan integrado e implantación y seguimiento, área que también pertenecería a las acciones, si comparamos con el esquema PHVA.

Diferencias esenciales entre los modelos EFQM, ISO y JCAHO

Si bien, ya se expuso de manera general la composición de 3 diferentes modelos de gestión de calidad (ISO, JCAHO y EFQM) es importante resaltar ciertas diferencias de cada modelo, para poder entender la aplicación de cada uno en diferentes ámbitos (tabla 3).

Tabla 3: Diferencias esenciales entre los modelos EFQM, ISO y JCAHO

CARACTERÍSTICA	EFQM	ISO	JCAHO
Tipo de modelo	TQM	Normas	TQM
Alcance	cualquier organización	cualquier organización	organizaciones sanitarias únicamente
Tipo de aplicación	autoevaluación	Externa	externa
Enfoque	partes interesadas	"2008" cliente/"2015" partes interesadas	paciente, práctica clínica y organización sanitaria
Lenguaje	empresarial	entendible para cualquier persona	entendible para personal sanitario
Reconocimiento	premio	Certificado	acreditación
inconvenientes	capacitación y lenguaje	Efecto “fiebre”	dificultad de adaptación a sistemas sanitarios diferentes al estadounidense e imposibilidad de evaluación a niveles inferiores

Fuente: elaboración propia con información obtenida de (Davins Miralles, 2007; European Foundation for Quality Management, 2021; ISOTools EXCELLENCE, 2021; Martínez, 2008; The Joint Commission, 2020)

Tanto el modelo EFQM como el JCAHO son modelos del TQM (Davins Miralles, 2007) con la diferencia que el JCAHO está desarrollado exclusivamente para la evaluación de organizaciones sanitarias (The Joint Commission, 2020); por otro lado, la ISO es un modelo basado en normas que pretende el aseguramiento de los sistemas de calidad de las organizaciones (International Organization for Standardization, 2015), que, a su vez, ha fungido como parte del modelo de los primeros dos sistemas de gestión mencionados. Otro punto importante es que el sistema ISO como el JCAHO se centran en una evaluación externa (Davins Miralles, 2007), independiente e imparcial, mientras que el modelo EFQM se basa en la autoevaluación (Martínez, 2008).

Hablando de enfoque, el EFQM considera todas las partes interesadas, es decir, clientes, propietarios, aliados, proveedores, personas y sociedad (Davins Miralles, 2007); la ISO, si se hace una comparación con la edición del 2008, se encuentra que el enfoque es basado exclusivamente en el cliente, sin embargo con la nueva edición 2015, este concepto cambia a “partes interesadas” siendo más amplio el enfoque que en la edición anterior (ISOTools EXCELLENCE, 2021); el modelo JCAHO tiene un modelo intermedio entre clientes y partes interesadas, ya que al ser un modelo para organizaciones sanitarias se basa en pacientes, aspectos en la práctica clínica y de la organización (The Joint Commission, 2020).

El lenguaje que se maneja en cada modelo está enfocado en 3 diferentes áreas: por un lado, el JCAHO está enfocado únicamente a la comunidad de las organizaciones sanitarias (Davins Miralles, 2007); la EFQM tiene un lenguaje sencillo para que se puede realizar una autoevaluación, pero está basado en organizaciones (Martínez, 2008); y la ISO, a partir de la edición 2015 maneja un lenguaje sencillo que puede ser entendido por cualquier persona (ISOTools EXCELLENCE, 2021). Debido a lo anterior se puede estipular el alcance de cada modelo: tanto el modelo EFQM como la ISO tienen un modelo flexible que tiene alcance ante cualquier organización grande o pequeña, del sector público o privado, mientras que el modelo JCAHO únicamente tiene un alcance a organizaciones sanitarias.

La aplicación de cada modelos genera un reconocimiento particular la JCAHO otorga una acreditación, es decir , tras comprobar que la organización sanitaria cumple con los estándares internacionales de calidad, queda acreditada por un periodo de 3 años hasta su nueva revisión (The Joint Commission, 2020); la Norma ISO un certificado acreditado por la ENAC, posterior a esto la organización debe someterse a auditorías de seguimiento anuales y auditorías periódicas de renovación, con lo que se impulsa el proceso de mejora continua en las organizaciones (ISOTools EXCELLENCE, 2021); y el modelo EFQM un premio, que puede variar entre 3 opciones: premio europeo a la calidad, reconocimiento a la excelencia , y el compromiso con la excelencia (Martínez, 2008).

Por último, los inconvenientes de cada modelo en particular son los siguientes: por un lado la JCAHO, al ser un modelo basado únicamente a organizaciones sanitarias de Estados Unidos, es complicado adaptarlo al sistema sanitario de otros países, así mismo, la acreditación no puede alcanzar niveles inferiores a los centros sanitarios como servicios, departamentos o centros de salud; el modelo EFQM implica una revisión exhaustiva de la organización con un lenguaje empresarial para la cual se requiere una capacitación previa, lo que limita la prueba a las habilidades del auto evaluador, dificultando principalmente en la atención primaria; la ISO al ser de los modelos más reconocidos , su principal problemática es el fenómeno denominado “fiebre” , explicado previamente en el apartado perteneciente a Internal Standards organization (Davins Miralles, 2007).

Con los párrafos anteriores se puede observar que cada modelo, a pesar de basarse los tres en gestión de calidad, tiene diferencias que son importantes tomar en cuenta considerando las políticas e ideologías de cada organización y así poder elegir el modelo que más se ajuste con las necesidades de la organización para poder reconocer un nivel de excelencia en la gestión de calidad de la organización, en este caso, de salud. Sin embargo, la obtención del reconocimiento de un modelo no impide adaptarse para intentar obtener el reconocimiento de otros modelos para la gestión de calidad, siendo el caso de diferentes instituciones actuales.

Conceptos de calidad de atención médica

Con las definiciones planteadas con anterioridad se pueden plantear diferentes propiedades que permiten juzgar la calidad de la atención médica como: beneficios, costo, efectividad, equidad, eficiencias y oportunidad, todo lo anterior centrado en el paciente y su seguridad.

De acuerdo al Instituto de Medicina, en su libro “Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century”, el sistema de salud debe proporcionar atención con las siguientes características (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2001),:

- **Segura.** Evitar que los pacientes sean dañados debido a las intervenciones médicas que se supone intentan ayudarlos.
- **Oportuna** (a tiempo). Que se reduzcan las esperas y las demoras dañinas para el paciente y el personal médico.
- **Efectiva.** Proveer servicios basados en el conocimiento científico, a todos aquellos que puedan ser beneficiados y no a aquellos que no puedan beneficiarse.
- **Eficiente.** Que disminuya el desperdicio de equipo, insumos, ideas y energía.
- **Equitativa.** Asegurar que el cuidado brindado no varíe en calidad, debido a características personales del paciente, tales como género, etnia, localización geográfica o estatus socioeconómico.
- **Centrada en el paciente.** Proveer servicio médico que sea respetuoso y que responda a las preferencias, necesidades y valores de los pacientes, asegurándose de tomarlos en cuenta en todas las decisiones clínicas.

Utilizado con el acrónimo STEEEP por sus siglas en inglés (Safe: segura, Timely: oportuna, Effective: efectiva, Efficient: eficiente, Equity: equitativa, Patient centered: centrada en el paciente)

La calidad se relaciona con varios aspectos del acto médico, que incluye satisfacer o superar las expectativas de los pacientes mediante acciones basadas en el conocimiento y la tecnología médicas, así como en los principios éticos y legales, a fin de conseguir resultados deseados, reducir los indeseados y con un costo soportable la calidad depende de una estructura de recursos que tenemos, como los organizamos, hacemos al paciente y del

resultado que se obtiene. Encontrando que la mayor cantidad de problemas de calidad no es por falta de recursos, sino problemas en el proceso (Fernández & Sotelo , 2000).

La calidad de la atención médica tiene tres dimensiones:

- **La técnica**, seguir la mejor estrategia que la ciencia actual hace posible;
- **Los aspectos interpersonales**, que se establecen en la relación médico-paciente, con el objeto de lograr la mayor satisfacción del usuario con pleno respeto de su autonomía y preferencias, y
- **El ambiente de los servicios**, relativa a aquellos aspectos de las áreas de atención que las hacen agradables y confortables para el paciente y sus familiares (González Medécigo & Gallardo Díaz, 2012).

Tomando en cuenta las características establecidas para la calidad de la atención médica, las características indicadas en el acrónimo STEEEP de acuerdo al “Instituto De Medicina” son concordantes con las características establecidas por “Fernández y Sotelo”, es más, las características STEEEP resumen a la perfección los aspectos del acto médico que incluye “Fernández y Sotelo” de manera práctica y entendible. Por otro lado, si se intenta correlacionar las características STEEEP con las dimensiones mencionadas por “González Medécigo y Gallardo Díaz” se puede organizar en la dimensión técnica la seguridad y eficiencia; en los aspectos interpersonales efectividad y también seguridad; y en el ambiente de los servicios el aspecto equitativo, la oportunidad y la centralización en el paciente.

¿Cómo se ha aplicado la evaluación de calidad en sistemas de salud?

En 1917 se realiza un estudio de medición de calidad en América latina titulado “expectativas y percepciones del usuario externo en dos establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lambayeque, Perú” usando un método descriptivo transversal evaluando la atención de consultorios de medicina general, enfermería, ginecología y obstetricia, psicología y odontología en el establecimiento de salud I-3 San Martin y I-4 Toribia Castro Chirinos, utilizando como instrumento la encuesta SERVQUAL de satisfacción de la calidad en servicios de salud, comparando la perspectiva contra la percepción y encontrando que en ambos hospitales las perspectivas esperadas de la

atención médica superaban las percepciones de la misma, sin embargo comparando ambas instituciones fue mejor la evaluación en el centro Toribia Castro que en San Martín (Sosa-flores, 2018).

En el año 2011 en México se realiza un artículo de calidad a nivel de instituciones públicas titulado “el efecto de la calidad del servicio en la satisfacción del derechohabiente en instituciones públicas de salud en México” que, mediante un estudio exploratorio y analizando el proceso de atención que recibe un derechohabiente en clínicas de primer nivel IMSS e ISSSTE, trata de ofrecer una explicación de los factores que tienen impacto en la percepción de satisfacción del derechohabiente, y se encontraron 32 atributos de calidad en el servicio a base de un cuestionario estructurado del instrumento SERVQUAL, demostrando que los factores más importantes para la calidad de estas instituciones son servicio proporcionado por los médicos, calidad de instalaciones, servicio en la entrega de los medicamentos y el servicio del área de análisis clínicos (Vera & Trujillo, 2016).

Por otro lado en 2013 se realiza un artículo realizando una valoración de calidad en nivel privado en México: “calidad de servicio percibida por usuarios atendidos en dos clínicas de Río Verde San Luis Potosí”, que igual que el artículo realizado en Perú pretende conocer la relación entre satisfacción y expectativas de usuario externo sobre la calidad del servicio en sus dimensiones (confiabilidad, seguridad, sensibilidad, empatía y tangibilidad), por medio del instrumento de medición SERVQUAL, en las clínicas Santa Catarina y Centro Médico de Río Verde en San Luis Potosí. En este estudio se encuentra, de igual manera que en el estudio de Perú, que las expectativas superan las percepciones respecto a la calidad de los servicios, aunque la satisfacción percibida en la Clínica Santa Catarina fue superior a diferencia de las del centro Médico de Río Verde (Recio R, Ramón G, Gómez S. David, López G. Héctor, 2013).

Y así se ha presentado estudios de calidad a nivel internacional, nacional, privado y público, donde se ha encontrado concordancia en el uso del instrumento de medición SERVQUAL para los 3 estudios. Para los estudios realizados por “Sosa-Flores” y “Recio, Ramón, Gómez y López” se encuentra una comparación de 2 clínicas para su evaluación por medio del instrumento SERVQUAL, mientras que en el estudio realizado por “Vera y

Trujillo” justifica los factores más importantes dentro de la percepción de los pacientes por medio del mismo instrumento.

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

Historia de la calidad alrededor de México

El término de “calidad” empieza a resonar en nuestro país a partir de la década de los 50’s, pocos años después de la creación de la Joint Commision On Accreditation of Hospitals por el American College of Physicians, la American Hospital Association y la American Medical Association. En los años setenta y ochenta, la elaboración de planes y programas y la evaluación de los servicios de salud se llevó a cabo principalmente desde un enfoque gerencial y administrativo, con el objetivo de aprovechar recursos y lograr metas.

Fue en 1956 cuando se empezaron los primeros trabajos sistematizados en favor de la calidad en el Hospital de la Raza del IMSS, trabajo que fue publicado en 1960 con el nombre de “Auditoria Médica” (Pérez-Álvarez, 1974). Doce años después, la subdirección general médica del IMSS difunden las “Instrucciones: evaluación Médica” y un año después “Las Instrucciones: El Expediente Clínico en la Atención Médica” (IMSS/Subdirección General Médica, 1972), las primeras pautas de la evaluación del expediente clínico, como instrumento para conocer la calidad de la atención en México.

La fundación de la JCAHO funge como la primera el inicio para hablar de calidad en México. Tomando en cuenta a Pérez Álvarez y a la subdirección general médica del IMSS, los primeros trabajos sobre calidad en México fueron enfocados al expediente clínico, es decir, la valoración de la calidad era enfocada en un documento escrito y no directamente sobre las personas interesadas (pacientes y personal sanitario).

Fue entonces que se inicia una saga de suscitaciones en pro de la calidad de los servicios de salud en México, resumidos de la siguiente manera:

- 1950-1960: Inicia programa de auditorías médicas, IMSS.
- 1984: Se publica “la calidad de la atención médica”, creado por el Dr. Avedis Donabedian, orientado a la evaluación y autoevaluación de las unidades integrales médicas.

- 1985: Inicia programa Círculos de calidad. INPER.
- 1987: Se publica “bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud” por el Grupo Básico Interinstitucional de evaluación del sector salud, IMSS.
- 1990: Se realizan las primeras jornadas académicas sobre la calidad de la atención médica en México.
- 1990: Se retoma el proyecto de certificación de hospitales bajo responsabilidad del consejo de salubridad general, el IMSS implanta “Premio IMSS de calidad” (aún vigente).
- 1992. Creación de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud (SOMECASA).
- 1994: Inicia programa de “Financiamiento de proyectos de mejora continua”, PASPA, FUNSALUD realizó la primera encuesta de satisfacción de la población mexicana con los servicios de salud.
- 1995: Fue creada Qualimed, la primera firma consultora especializada en la mejora de la calidad.
- 1996: Se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), enfocada en la calidad de la atención médica, FUNSALUD publicó un pequeño libro con la primera propuesta para el establecimiento de una estrategia nacional para mejorar la calidad de la atención como parte del estudio “Economía y Salud”.
- 1997: Inicia el programa integrado de calidad, IMSS.
- 1997-2000: Se implementa el programa de mejora continua de la calidad en la atención médica, SS.
- 2001-2006: Se implementa el modelo de calidad INTRAGOB, son publicados “Problemas que Afectan la Calidad de la Atención en Hospitales. Seguimiento a un año en el avance de su solución”, “Programa de Mejora Continua. Resultados en 42 Unidades Médicas de Tercer Nivel” y “Proyecto UMAE*. Desarrollo y avances 2004-2006” por Aguirre Gas.
- 2007-2012: Se crea el sistema integral de calidad en salud (SICALIDAD).

Como se pudo ver con anterioridad, es a raíz de los principios de los años cincuenta cuando el IMSS muestra los primeros indicios por mejorar la calidad de la atención médica por medio de auditorías médicas. Logrando establecer en 1997 el Programa de mejora continua de la Calidad, reformando en 2001-2006 con el Programa de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud y consolidando en 2007-2012 a través del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), de los cuales se hablará más a fondo a continuación.

Programa de mejora

Se implantó en 28 estados del país, en la que participaron todos los hospitales generales de la SS y centros de salud de más de un módulo de atención; se vieron involucrados más de 15000 trabajadores de salud, 3000 unidades de atención, 28000 usuarios y se revisaron más de 50000 expedientes; donde se mostró gran heterogeneidad de la calidad de atención entre las entidades federativas, obteniendo un nivel promedio de calidad en atención ambulatoria del 52.2% y a nivel hospitalario del 64.5%, teniendo este último una menor desviación de dispersión de los resultados. Esta evaluación fue en base a los protocolos de atención médica y guías de práctica clínica, valorando el apego a dichas normativas y obteniendo un apego no óptimo a la normatividad (González Medécigo & Gallardo Díaz, 2012).

Como se observa en el párrafo anterior, el nivel de calidad técnica evaluado durante el periodo de 1997 al año 2000 da un resultado poco favorable. Lo que da una pauta para que, partiendo con el cambio de gobierno y aclarando que también fue cambio de partido, se iniciara un nuevo programa para mejorar la calidad en los servicios de salud, de lo cual se aclara en el apartado que sigue a continuación.

Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud (CNCSS)

El Programa de la Cruzada Nacional por la Calidad en los Servicios de Salud se llevó a cabo como parte de los programas del sexenio 2001 -2006, coordinado por la Secretaría de Salud y establecido como prioritario en todo el país para las distintas instituciones del sector. Su objetivo general es “elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país, que sean claramente percibidos por la población”(Castro V., 2016).

Fue la primera estrategia de alcance nacional en México y en el mundo que permitió tanto integrar proyectos de mejora en calidad en instituciones públicas y privadas, así como estimular a las organizaciones sin el antecedente respecto a la evaluación de la atención médica de sus pacientes. De esta manera, la Cruzada se convirtió en una plataforma para la convergencia y el avance que, impulsada desde el Gobierno Federal, adquirió el rango de política pública, a diferencia de lo que habían sido los programas institucionales, independientes unos de los otros (Alcántara, Contreras, Delgado, Díaz, & et.al, 2012).

Como se ha comentado en los 2 párrafos anteriores, la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud toma su importancia debido a que, a pesar de los trabajos realizados en México hacia la calidad en el pasado y en diferentes instituciones, es la primera estrategia a nivel nacional que se convierte en política pública capaz de unificar conceptos de calidad y reforzarla en las diversas instituciones públicas y privadas del país, fungiendo como cimiento decisivo a la evolución de la calidad en México.

La propuesta del programa de la cruzada nacional por la calidad en los servicios de salud presenta la siguiente estructura general (Comité Nacional por la Calidad de los servicios de salud, 2006)

1. Introducción
2. En dónde estamos
 - a. Antecedentes
 - b. Los Retos
3. A dónde queremos llegar
 - a. Proceso de Cambio. Marco Conceptual
 - b. Definición de Calidad
 - c. Imagen visual de la Cruzada
 - d. Objetivos
 - e. Beneficio Social tangible

4. Qué camino vamos a seguir

- a. Objetivos
- b. Estrategias
- c. Etapas

5. Cómo medimos los avances

Siguiendo el orden de la estructura de la cruzada nacional previamente mencionada se dará una breve descripción de la misma, así como algunas de sus implicaciones. Iniciando por el origen o introducción, según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, “cruzada” significa un esfuerzo dirigido hacia el logro de un fin elevado. En este caso, el fin elevado era evidentemente la mejora de la calidad en instituciones de salud tanto públicas como privadas, generando de este modo una política pública que sustente la mejora continua en cuestión de calidad de la atención en servicios de salud.

La introducción de dicha propuesta enfatiza en el discurso de la cruzada de manera explícita que define conceptos como calidad, trato digno, respeto a los derechos, ciudadanía, atención a la salud reproductiva, empoderamiento y género. Así mismo se identifican otros que de manera implícita se refieren al poder, legitimación, modelo biomédico, auto evaluación y autocomplacencia y jerarquía médica (Castro V., 2016).

Como se mencionó previamente la cruzada tiene como fin la mejora de la calidad, y es el primer programa en México que define y mide los conceptos relacionados con el tema de calidad y la mejora continua en el ámbito de servicios de salud, así como la importancia de ser una política pública.

Dentro de los antecedentes de la propuesta de la cruzada se proponen siete plataformas cruciales para la creación de la cruzada nacional, que conectan los antecedentes de la cruzada con las bases de la misma:

1.-Plataforma empírica

Son las experiencias concretas y más visibles que marcaron el rumbo de las acciones para mejorar la calidad en los servicios de salud (Alcántara, Contreras, Delgado, Díaz, & et.al, 2012):

- Auditorias de expedientes médicos (IMSS) o estrategia de “aseguramiento” de la calidad.
- Certificación de especialistas.
- Fundación del sistema de acreditación de establecimientos de la educación universitaria en México por la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina.
- Origen de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
- En la Secretaría de Salud, el antecedente inmediato de la Cruzada fue el Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención.
- Mediciones de calidad similares en instituciones públicas y privadas en México.

A manera de resumen, esta plataforma se basa en acciones específicas que se realizaron de manera particular, ya sea en un medio público o privado, previo a la cruzada nacional con el fin de mejorar la calidad de los servicios de salud, las cuales son la base o el enfoque para que la cruzada nacional promueva la realización de estas a nivel nacional como una política de salud pública.

2.-Plataforma conceptual

Se refiere a la necesidad de conceptualizar y explicar académicamente el fenómeno de mejora continua, como un modelo que combina la monitorización y la evaluación de la calidad, por una parte, y el diseño, desarrollo y cambio organizacionales por la otra. Y así reconocer la importancia de la medición sistemática y de la evaluación, la importancia del aprendizaje, la participación y el compromiso del personal para mejorar. Lo que entonces se conoció como el modelo el concepto de desarrollo más tarde se denominaría cultura organizacional (Aguirre-Gas H. , 2008).

3.-Plataforma educativa

Se refiere a la oportunidad educativa que se generó, en fin, de la mejora de calidad, a partir de la cruzada nacional. Ejemplo de esto es la serie de cursos y congresos que posteriormente derivaron en diplomados, el establecimiento de una especialidad de carácter clínico, una maestría, una materia optativa sobre calidad y seguridad de la atención médica a nivel de pregrado (Alcántara, Contreras, Delgado, Díaz, & et.al, 2012).

La relación de la plataforma conceptual y la educativa se basa en los conceptos que implican la mejora continua los que se pretenden establecer en el área de enseñanza para todo el personal de salud, ya sea en cursos, o hasta posgrados. Una plataforma no podría existir sin la otra, y estos dos pilares son la diferencia más crucial, a opinión del redactor, entre el viejo modelo y el modelo de salud que se genera tras la cruzada nacional.

4.-Plataforma cultural

La cultura organizacional debe ser entendida como un conjunto de aprendizajes de grupos humanos comunes, los cuales son valiosos transmitidos (Aguirre-Gas H. , 2008).

5.-Plataforma institucional

Las instituciones, públicas y privadas, han sido el origen, el soporte y el continente de acciones y resultados de los que se ha aprendido para seguir mejorando. Esta plataforma impulsa la convergencia mediante una política pública articulada por medio de una estrategia (Alcántara, Contreras, Delgado, Díaz, & et.al, 2012).

Seguido de las plataformas educativa y conceptual se puede ver como resultado inmediato las plataformas cultural e institucional, ya que del aprendizaje y la conceptualización nace la cultura en las organizaciones y esta cultura provoca las acciones en pro de la mejora continua dentro de las instituciones de salud mediante una asertiva dirección y estrategias para continuar la mejora.

6.-Plataforma internacional

La proyección internacional que adquirió México como resultado de sus avances en la materia, facilitó el intercambio de ideas, métodos y acciones en ambos sentidos. La pertenencia del Dr. Donabedian al Consejo Consultivo del Centro de Investigaciones en Salud Pública, junto con otros destacados académicos internacionales y nacionales fue un factor fundamental. La realización del congreso mundial de la ISQua y las varias publicaciones que trascendieron fuera de nuestras fronteras, y la posición ocupada por México, abrió puertas al intercambio de experiencias de primera mano. La Cruzada sería observada desde otras latitudes como experiencia única en el mundo (Aguirre-Gas H. , 2008).

7.-Plataforma político-financiera

Esta plataforma se define como una relación mutua de ambos factores en tanto que no hubiese sido posible contar con financiamiento para la Cruzada sin el respaldo político y, por otra parte, no habría sido suficiente el apoyo político si no se hubiese expresado en un financiamiento concreto para instrumentar una política pública (Alcántara, Contreras, Delgado, Díaz, & et.al, 2012).

Por último, una vez consolidadas las primeras 5 plataformas se observa la político-financiera que es la responsable de establecer todo lo anterior como política pública con el apoyo económico y el respaldo político del gobierno, lo que por consiguiente establece la plataforma internacional al general relaciones y vínculos con otros países y ser un ejemplo para la mejora de sus sistemas de salud en pro de la calidad.

De esta manera, las experiencias acumuladas durante la segunda mitad del siglo pasado, tanto de evaluación, como de aseguramiento y de mejora continua, constituyeron una sólida plataforma general, subdividida en 7 bases para fundamentar el diseño e implantación de una estrategia en gran escala: la Cruzada Nacional por los Servicios de Salud, que daría comienzo al principio del siglo en curso.

A través de varios años y de múltiples evaluaciones es posible documentar, salvo algunas excepciones, un bajo nivel promedio de la calidad en los servicios de salud públicos y privados, es por ello que el programa se apoya en la estructura formada por los Comités Estatales de Calidad, así como otras instancias en materia de salud para así hacer posible la identificación cuatro grandes retos a ser enfrentados por la Cruzada (Alcántara, Contreras, Delgado, Díaz, & et.al, 2012):

1. Bajo nivel de la calidad técnica de los servicios de salud públicos y privados
2. Heterogeneidad de los niveles de calidad entre regiones geográficas, entre instituciones y en el ámbito de las propias instituciones
3. Percepción de mala calidad de los servicios por parte de la población
4. Información deficiente y poco confiable sobre el desempeño de los servicios de salud.

De manera específica, estos retos se manifiestan a través de una serie de hechos y factores que los generan(Comité Nacional por la Calidad de los servicios de salud, 2006):

- Hechos:
 - Empeoramiento de servicios de salud en comunidades en comparación a 1994.
 - Calificación por debajo de los servicios de: “escuelas públicas”, “agua y drenaje”, “teléfonos” y “transporte público” y sólo por arriba de “policía”.
 - 4 de cada 10 mexicanos pobres se quejan de la falta de amabilidad del personal médico y del escaso apoyo que se les ofrece en las unidades de salud.
 - Heterogeneidad en los niveles de calidad entre instituciones salud (nivel, sector, geografía, etc.)
 - Amplia variación de los criterios diagnósticos y terapéuticos de médicos.
 - El apego a las normas de atención de los principales motivos de consulta era muy deficiente.
 - Incremento en quejas por usuarios del 15% anual; el 75% sector público y el 25 % en las privadas

- Factores generadores:
 - El personal directivo de alto nivel de los servicios de salud carece de una adecuada formación gerencial.
 - Estructura y procesos con insuficiente gestión directiva para alinearlos hacia resultados de calidad.
 - Existe una cultura de medición para informar y no para decidir.
 - Los indicadores de calidad de los servicios de salud públicos y privados son prácticamente inexistentes.
 - Información de satisfacción poco confiable.
 - Son mínimos los incentivos que existen en el sistema para un alto desempeño.
 - La regulación actual es insuficiente para garantizar a los mexicanos la existencia de insumos y de servicios de salud de alta calidad en todos los casos.
 - Insuficiente desarrollo de procesos de acreditación y certificación de profesionales y establecimientos como actividad de garantía de calidad.
 - Subdesarrollo de políticas y gestión de recursos humanos en el sistema de salud.
 - Coordinación inconsistente del sector público y difícil complementariedad público-privado.
 - No se han desarrollado foros o sistemas efectivos para que los clínicos, los sanitarios y en general los trabajadores de la salud, puedan opinar acerca de los problemas y las soluciones en materia de calidad de los servicios de salud.
 - No se ha desarrollado una inteligencia en la organización en materia de calidad.
 - La falta de recursos es el mejor pretexto de la mala calidad.

En general se puede resumir que el reto es la falta de calidad en los servicios de salud que involucran tanto el diagnóstico, servicio, seguimiento de normas, etc. Producto de una mala formación gerencial, falta de recursos, mala coordinación, entre otros factores que se identificaron con el fin de generar renovación en las causas para lograr un cambio en la percepción de la calidad.

Es por ello que surge la necesidad del cambio de paradigmas respecto a la calidad en la atención de los servicios de salud, intentando generar un cambio entre los viejos paradigmas, para generar una mejora considerable en diferentes rubros, ilustrados en la tabla 4 (Alcántara, Contreras, Delgado, Díaz, & et.al, 2012):

Tabla 4 comparación de paradigmas

El “viejo paradigma”:	El “ nuevo paradigma”:
La calidad está implícita.	La calidad debe ser explícita.
la calidad es subjetiva y no es posible medirla.	Es fundamental medir para comparar, para aprender y para mejorar.
Calidad es igual a cantidad.	La responsabilidad de mejorar es de todos.
Para ofrecer una buena calidad no importa el costo.	Es indispensable ofrecer cantidad con calidad.
Para asegurar una buena calidad es necesaria la supervisión.	calidad y eficiencia son dos conceptos indisolubles.
El paciente es un sujeto pasivo.	El paciente es capaz y debe participar activamente en el proceso de su atención

Fuente: Elaboración propia con información obtenida de (Castro V., 2016)

Esta transición de paradigmas fue basada según la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud 2000, que llevó a cabo la Fundación Mexicana para la Salud, donde se refleja que, de cada 10 mexicanos pobres, cuatro se quejaron del escaso apoyo ofrecido en las unidades de salud. Dos de los cinco objetivos generales planteados en el PNS se refieren a “mejorar las condiciones de salud de los mexicanos” y “garantizar un trato adecuado”(Castro V., 2016). El concepto trato adecuado queda establecido desde aquí como concepto clave en el Programa de la Cruzada, que implica (Secretaría de Salud, 2001):

- Ofrecer servicios de salud en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información.
- Supone elegir al médico tratante o la clínica de primer contacto en la que se desea recibir atención.
- Disponer de servicios generales presentables en las unidades de salud.
- Enfrentar tiempos de espera razonables por una consulta o intervención.
- Tener acceso a redes de apoyo social, sobre todo durante las estancias hospitalarias.

Los viejos paradigmas fueron el núcleo de la poca percepción de calidad en las instituciones de salud , por lo cual, se podría argumentar que 4 son los puntos que fungen como pilares para entrar a los nuevos paradigmas, y así mejorar la percepción de la calidad del servicio de salud: “humanizar” al personal de salud, involucrar a toda las áreas (gerencia, administrativa, personal de salud, limpieza, etc.) para el cumplimiento de la calidad, evaluar progresos respecto al rubro de calidad, e introducir activamente la participación del paciente en la toma de decisiones.

Ese mismo concepto “trato adecuado” representa variables que serán monitoreadas en las primeras acciones de la Cruzada. la cruzada nacional de salud presenta la calidad definida de manera en dos categorías: trato digno, cuyas características son respeto, información, interés y amabilidad (dimensión interpersonal de la calidad); y atención médica efectiva (dimensión técnica). En la primera etapa se realizó un diagnóstico nacional y paralelamente se echaron a andar algunos cambios y metas a corto plazo que permitieron obtener resultados positivos en la atención (Castro V., 2016):

- Tiempo de espera para consulta externa y urgencias.
- Satisfacción por el tiempo de espera.
- Surtido de recetas.
- Satisfacción por el surtido completo de recetas.
- Información del médico al usuario.
- Satisfacción por la información del médico.

En el Equipo de Transición de paradigmas se construyó un diagnóstico tan preciso como fue posible basado en los puntos anteriormente expuestos, que dio como resultado las condiciones prioritarias que debían ser atendidas. Con base en éstas se definieron los objetivos del Programa y entonces las estrategias para alcanzarlos. Los retos se definieron de la manera más concreta posible como: 1) Equidad; 2) Calidad; 3) Protección Financiera. Para el primer reto el objetivo fue reducir las inequidades en salud; para el segundo, mejorar las condiciones de salud de la población y el trato digno; para el tercero, asegurar justicia financiera para la atención de la salud (Alcántara, Contreras, Delgado, Díaz, & et.al, 2012).

Por lo anteriormente mencionado y para fines de esta tesis las dimensiones y categorías de la satisfacción en involucran amenidades y relaciones interpersonales; atención en la consulta externa; atención en hospitalización y quirófano; atención en auxiliares de diagnóstico y tratamiento; atención en farmacias y precio de los servicios tanto en sector público como privado.

Imagen visual de la cruzada

Como en el caso de cualquier marca comercial, los logotipos evocan imágenes mentales que sintetizan expectativas o que permiten a los consumidores identificarse plenamente con un producto o servicio, que se graba fácilmente en la mente, que atrae la atención y que da identidad a un producto o a una causa. El logotipo de la Cruzada fue cuidadosamente diseñado de manera que integrara en una sola imagen los conceptos que debían guiar la búsqueda y la explicación de la calidad en sus dos dimensiones: la técnica, expresada por un estetoscopio colocado en los oídos de una carita feliz, y la interpersonal en la parte final de la manguera del estetoscopio dibujada a manera de un corazón. La carita feliz se articuló posteriormente con el sentido de lo que debiese ser buscado y logrado: sonrisas, que es el gesto universal que expresa satisfacción (Castro V., 2016).

Figura 4: logo de cruzada nacional



Fuente: (Comité Nacional por la Calidad de los servicios de salud, 2006)

Por supuesto retomando lo comentado previamente sobre involucrar todas las áreas ante la calidad, el marketing es indispensable, ya que por medio de este se llama la atención y se genera interés ante la realización de los nuevos paradigmas en pro de la calidad en los servicios de salud.

Visión 2006:

“La calidad se reconoce explícita y fehacientemente como un valor en la cultura organizacional del sistema de salud y existen evidencias confiables de mejoras sustanciales a través de todo el sistema que son percibidas con satisfacción por los usuarios de los servicios, por la población en general y por los prestadores de los servicios”(Comité Nacional por la Calidad de los servicios de salud, 2006).

Visión 2025:

“El sistema de salud mexicano satisface la gran mayoría de las necesidades y expectativas de los usuarios directos e indirectos de los servicios de salud y de los prestadores, y posee un muy alto y homogéneo nivel de calidad-eficiencia”(Comité Nacional por la Calidad de los servicios de salud, 2006). Ello puede expresarse de manera puntual a través de las siguientes características (Secretaría de Salud, 2001):

- ✓ El sistema de salud mexicano está entre los primeros cinco lugares en el mundo en cuanto al nivel de satisfacción de la población con los servicios de salud.
- ✓ En las calificaciones internacionales realizadas por la OMS, la variable “capacidad de respuesta del sistema” México ocupa uno de los lugares más altos.

- ✓ La población recibe orientación efectiva para cuidar de su salud y participar de una manera activa y razonada en la prevención y en el cuidado de sus enfermedades.
- ✓ La calidad como valor en la cultura organizacional en todo el sistema de salud (servicios públicos y privados) está plenamente arraigada y ello se manifiesta de diferentes maneras:
 - Los servicios de salud informan periódica y públicamente los valores de sus indicadores de calidad y eficiencia y existe un sistema nacional de “benchmarking” basado en sistemas de información altamente confiables.
 - Como resultado de una reestructuración racional del sistema, la atención a la salud se ha diversificado de manera que la atención se recibe en los espacios más propicios y eficientes para cada caso.
 - Todos los servicios, las instituciones formadoras de recursos humanos y los profesionales de la salud están debidamente certificados y re-certificados.
 - Existe un sistema de incentivos al buen desempeño claro y ampliamente aceptados.
 - Los profesionales de la salud están generalmente satisfechos con su nivel de ingresos y con su capacidad para proporcionar servicios de alta calidad y eficiencia.
 - La regulación existente fomenta la calidad mediante los incentivos adecuados y los trámites mínimos requeridos para garantizar dicha calidad.
 - La formación de recursos humanos para la salud está congruentemente alineada con las necesidades de salud de la población y de los servicios de salud.
 - La tecnología, en su sentido más amplio (medicamentos, equipos, procedimientos diagnósticos y terapéuticos...) es rigurosamente evaluada y seleccionada en función de su costo-efectividad.
 - Los costos de la atención a la salud pueden ser controlados eficientemente sin afectar la calidad.

De acuerdo con cada objetivo se establecieron las tres estrategias: Seguro Popular, Cruzada Nacional y Arranque Parejo en la Vida.

En pleno año 2020 con una pandemia en progreso, como punto de opinión, es notoria la diferencia entre lo que se esperaba en las visiones del programa nacional de salud y lo que hoy se ve, ya que, a pesar de considerar que el nivel de calidad ha mejorado en comparación a 20 años atrás, se pueden notar faltas o tropiezos en ciertas áreas ya que aún no se considera como un servicio de excelencia, aún existe falta de medicamentos, tiempos prolongados de espera, falta de insumos, falta de personal, remuneración no satisfactoria para el personal de salud, pero de manera especial y pudiendo agregar como un nuevo punto a mejorar, la existencia de un plan de contingencia ante una situación pandémica como la actual, ya que no es la primera que suscita en este país y aun así no se vio una buena planificación o acción inmediata ante la circunstancia.

Tras el cumplimiento de las visiones establecidas para 2006 y 2025 se propone generar un beneficio social tangible que se resume en (Castro V., 2016):

- ✚ Disminución de los tiempos de espera en la consulta externa de las unidades de atención del primer nivel de las instituciones del sector público.
- ✚ Disminución de los tiempos de espera en los servicios de urgencias de los hospitales de las instituciones del sector público.
- ✚ Incremento en la satisfacción de los pacientes con la información proporcionada por el médico sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento (médico y/o quirúrgico) de su padecimiento.
- ✚ Disminución de complicaciones y errores graves como consecuencia de internamientos hospitalarios, tanto en el sector público como en el sector privado.
- ✚ Acceso a información confiable de indicadores de desempeño (calidad y eficiencia) de los prestadores de servicios de salud tanto públicos como privados por parte de los usuarios de estos servicios para tomar mejores decisiones
- ✚ Ahorros en costos de la prestación de servicios por eliminación de desperdicios y mayor eficiencia en los procesos.
- ✚ Mayor certeza sobre el nivel de calidad de los servicios de salud, públicos y privados.

Objetivo general: “Elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país, que sean claramente percibidos por la población”(Comité Nacional por la Calidad de los servicios de salud, 2006).

Objetivos específicos (Secretaría de Salud, 2001):

1. Enfocados en el usuario:
 - a. Proporcionar un trato digno sin excepción a todos los usuarios de los servicios de salud.
 - b. Proporcionar a los pacientes atención médica efectiva, eficiente, ética y segura.
 - c. Elevar la satisfacción de los usuarios y atender sus expectativas
2. Dirigidos a las organizaciones prestadoras de servicios de salud:
 - a. Elevar la satisfacción de los prestadores de servicios de salud con su trabajo.
 - b. Arraigar la calidad y la mejora continua en la cultura de las organizaciones.
 - c. Reducir sustancialmente la heterogeneidad en el nivel de calidad en los diferentes tipos de servicios de salud, públicos y privados, en todo el país.
3. Dirigidos a la población en general:
 - a. Proporcionar información que oriente la búsqueda de servicios de buena calidad.
 - b. Mejorar la percepción sobre la calidad de los servicios de salud con datos verídicos, y así desarrollar la confianza de la población en su sistema de salud.
 - c. Incorporar a la población en la vigilancia de la calidad de los servicios de salud.
4. Dirigidos al Sistema de salud:
 - a. Establecer un sistema de rendición de cuentas
 - b. Establecer un sistema de información básico, único y confiable de procesos y resultados de calidad-eficiencia, con base en un sistema estandarizado de clasificación de pacientes.
 - c. Introducir procesos de mejora continua en todos los niveles del sistema que conduzcan hacia una mayor calidad con mucho menos desperdicios.

- d. Desarrollar la capacidad directiva en todos los niveles del sistema.
- e. Establecer un sistema regulatorio promotor de la calidad y de la eficiencia.
- f. Promover una educación sobre calidad, para la calidad y de calidad para el personal de los servicios de salud.

Se puede aseverar que la calidad no se enfoca únicamente en la atención al cliente y no es percibida exclusivamente por el paciente y es por eso que en objetivos se dividen en enfoque al usuario, a la organización de salud, a la población en general y a los sistemas de salud, ya que funcionan como una unidad estas 4 partes y descuidar una no impondría un adecuado nivel de calidad.

Con objeto de alcanzar la visión y cumplir los objetivos de la Cruzada, se propusieron tres grandes estrategias: impulso al cambio, aprendizaje y respaldo, y sustentación. Dentro de cada una de éstas se agruparon 70 líneas de acción que, de manera matricial, se organizaron en cuatro niveles para cada estrategia: usuarios, prestadores, organizaciones y sistema(Comité Nacional por la Calidad de los servicios de salud, 2006):

1) **Impulso al cambio:** interrupción de la inercia y la motivación hacia un nuevo escenario, comprende 16 líneas de acción organizadas según el nivel al que van dirigidas: a los usuarios, a los prestadores de servicios, a las organizaciones y al sistema en general.

2) **Aprendizaje y respaldo:** construir las bases que apoyen el desarrollo a largo plazo, incluye 29 líneas de acción.

3) **Sustentación:** fincar condiciones para que la calidad se arraigue como parte de la cultura de organizaciones, incluye 25 líneas de acción.

Las tres estrategias incluyen en total 70 líneas de acción, cada una de las cuales dará origen a un plan de acción específico para cuyo diseño se convocará a organizaciones y personas involucradas y bajo tres premisas estratégicas que buscan dar factibilidad a la intervención(Castro V., 2016):

- Empieza en casa
- Priorización 20/80
- Secuencia 3+3

Con objeto de enfocar la atención de los líderes, de los ejecutores, de los prestadores de servicios de salud e incluso de la población interesada en el tema, se agruparon estas líneas en 10 factores clave que fueron prácticamente parte del mensaje cotidiano para divulgar y posicionar la estrategia. Esos factores fueron (Tena, 2001):

- 1) Códigos de ética
- 2) Educación sobre, para y de calidad
- 3) Información hacia y desde el usuario, y sobre y para el desempeño (esto es, rendición de cuentas)
- 4) Sistemas (estructuras y procesos) de mejora continua
- 5) Reconocimiento del desempeño
- 6) Estandarización de procesos
- 7) Monitorización de resultados
- 8) Certificación de individuos y organizaciones
- 9) Racionalización estructural y regulatoria
- 10) Participación ciudadana.

Sintetizando, las estrategias se enfocan en generar cambio, que el cambio genera aprendizaje y que este aprendizaje se vuelva cultura, para los 4 niveles de la organización basados en códigos de ética, educación accesible, adecuada información, mejora continua, evaluación, monitorización, certificación, regulación y participación ciudadana.

La cruzada nacional se puede dividir en 3 etapas fundamentales:

Etapas I: El Plan de Arranque:

El Plan de Arranque se propone propiciar la colaboración organizada de los prestadores del servicio y trabajadores del sector para avanzar en la solución de problemas críticos que determinan negativamente la opinión de los usuarios como: los largos tiempos de espera para la atención en consulta externa y de urgencias, la escasa información a los pacientes, y surtimiento de recetas médicas en unidades donde se otorga la prestación. Asimismo, el Plan permitirá iniciar el establecimiento de los consensos necesarios para eventuales necesidades de modificación estructural del sistema de salud. Teniendo como objetivos(Comité Nacional por la Calidad de los servicios de salud, 2006):

- Favorecer la coordinación del sector en el nivel nacional y en las entidades federativas.
- Fortalecer la gestión directiva.
- Estimular la participación del personal operativo en el diseño y aplicación de acciones para mejorar la calidad de los servicios.

Los componentes centrales de los que dependerá el éxito del Plan de Arranque son: la unidad de propósitos de los cuerpos directivos de cada una de las organizaciones del sistema de salud, la pertinencia del esquema de seguimiento y evaluación de resultados, y la oportunidad y congruencia con que se formule. Así, la Cruzada y el Plan de Arranque tienen como uno de sus ejes estratégicos, la construcción de nuevos y más eficientes mecanismos de dirección y gerencia (Secretaría de Salud, 2001).

Para lograr el éxito, la cruzada nacional propone diferentes factores indispensables para la mejora y cumplimiento del programa(Comité Nacional por la Calidad de los servicios de salud, 2006):

- **Compromiso de la Alta Dirección:** integrar un Consejo, con los Directores Generales del IMSS, ISSSTE, y Secretario de Salud, responsable del arranque y seguimiento del Plan, del establecimiento de Acuerdos con las organizaciones de trabajadores y de formular los requisitos mínimos que deben cubrir, y definir un esquema de medición de resultados, para la toma de decisiones sobre la operación del Plan de Arranque.
- **Orientación hacia resultados.** El Director General de cada institución establece y asigna Acuerdos de Resultados con cada Delegado Estatal o Secretario de Salud en los Estados e integra un equipo de consultoría y seguimiento, para la implantación del Plan de Arranque.
- **Mediciones y consecuencias.** definir claramente un grupo de indicadores de calidad percibida y de demanda que permitan contar con un diagnóstico basal.
- **Recursos necesarios para el Plan de Arranque.** La relación costo efectividad del Plan de Arranque debe asociarse a la necesidad de que se cumpla con la entrega oportuna de los recursos autorizados a cada institución.

Escenarios de riesgo que se pueden prever durante la aplicación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, y dificultar el éxito son(Castro V., 2016):

1. Circunstancias políticas locales que limiten o condicionen la participación en el Plan de Arranque.
2. Procesos de atención con capacidad limitada en algunas zonas, que requieran inversión urgente de recursos para mejorar su estructura, en un entorno presupuestal de inicio de administración.
3. Escasez de recursos informáticos en algunas entidades que dificulte la evaluación y seguimiento.
4. Crecimiento desigual de las expectativas de la ciudadanía que haga más lento el cambio de percepción de las mejoras

La etapa de arranque de la cruzada nacional de salud según la perspectiva del redactor de esta tesis está enfocada en los principales puntos de contacto del paciente en los servicios de la salud (sala de espera, consulta y farmacia), para lo que se genera un plan enfocado en mejorar la gerencia y de manera escalonada involucrar a los demás sectores de la organización, previendo ciertos riesgos para poder generar un plan de reserva o contraataque.

Etapa II: énfasis en aprendizaje y respaldo

Se pretende consolidar el aprendizaje obtenido durante la etapa anterior enfocando los esfuerzos de mejora de la calidad en los servicios derivados de los Programas de Acción presentados en el Programa Nacional de Salud 2001 - 2006 (por ejemplo, "Arranque parejo en la vida", "Atención al paciente infectado por VIH - SIDA" y "Atención a la salud y nutrición de los pueblos indígenas"). El apoyo proporcionado consiste principalmente en la orientación para identificar los atributos que definen la calidad, para cada programa, tanto desde el punto de vista técnico como interpersonal; en el establecimiento de indicadores clave para dichos atributos; en el diseño de sistemas de información que faciliten la gestión directiva y operativa de la calidad basada en el comportamiento de los indicadores, y, por último, en el acompañamiento para la implementación de acciones de mejora (Comité Nacional por la Calidad de los servicios de salud, 2006).

La segunda etapa de la Cruzada se plantean 50 indicadores que se aplicarán tanto en el primer nivel como en los hospitales y serán monitoreados en los próximos años del sexenio. En la segunda etapa, se obtendrán índices, por ejemplo, de trato digno, que incluye los cuatro indicadores de satisfacción por tiempo de espera, de la información recibida del médico, surtido de recetas y por el trato recibido (Castro V., 2016).

Tabla 5: Resultados de la evaluación y monitoreo con base en los indicadores seleccionados para la primera etapa (2001) en servicios de salud

indicador evaluado	resultado durante el 2001
tiempo de espera	< 30 min
porcentaje de usuarios satisfechos con tiempo de espera	95%
porcentaje de surtimiento completo de recetas 1ro y 2do nivel	95%
satisfacción por entrega completa de medicamentos 1ro y 2do nivel	80%-90%
información adecuada de dx 1er nivel y urgencias	80%
satisfacción con información de diagnóstico 1er nivel y urgencias	80%
tiempo de espera en urgencias	cercano a 15 min
satisfacción con espera en urgencias	<95%

● no supero los estándares

Fuente: (Castro V., 2016)

En los documentos del segundo año de la Cruzada, se ha destacado como elemento clave en el proceso de mejoramiento el papel de la participación ciudadana, como un incentivo que ayudará a que los usuarios y la población se motiven a participar como sujetos activos en la mejora de la calidad, lo que les dará transparencia, generando confianza a la ciudadanía. Dicha participación ciudadana se representa por la figura del aval ciudadano, formando así un vínculo entre ciudadanía e instituciones (Secretaría de Salud, 2001).

La segunda etapa a opinión del redactor de esta tesis se basa en la evaluación y aprendizaje de las deficiencias previas a nivel hospitalario para establecer nuevos lineamientos que mejoren la percepción de la calidad en estos rubros por medio de indicadores establecidos.

Etapas III: énfasis en sustentabilidad

La institucionalización de la Cruzada no será posible en tanto los esquemas de asignación presupuestal no consideren criterios relacionados con la mejora continua de la calidad de los servicios en atributos clave de las dimensiones interpersonal (trato digno) y técnica (atención médica efectiva). Entre las líneas de acción que se espera consolidar en esta etapa se identifican las siguientes (Comité Nacional por la Calidad de los servicios de salud, 2006):

- Establecimiento de reconocimientos para directivos y definición de consecuencias por un desempeño deficiente.
- Establecimiento y actualización periódica de "acuerdos de resultados". Vinculación del desempeño y la certificación al presupuesto de las organizaciones.
- Se promoverá el uso de la "gestión por contrato" como el instrumento que permita a los altos funcionarios de las instituciones del sector público concretar el manejo del presupuesto vinculado a los compromisos y resultados en materia de mejora de la calidad.

La tercera etapa se ve enfocada en la atención directa con el paciente, la interacción, confianza, comunicación, y todos los componentes que involucran la relación médico-paciente.

Medición de avances

Se definieron en un inicio 50 indicadores agrupados en una matriz de 3×4 en cuyas 12 celdas se identificaron indicadores para medir, por una parte, calidad en el primer nivel de atención, en hospitales y en ambos espacios y, por la otra, trato digno, atención médica efectiva, estructura de las organizaciones y estructura del sistema. De los 50 indicadores propuestos, fue posible monitorizar 17 a lo largo del periodo (Castro V., 2016).

Se diseñó un sistema de información denominado INDICA para recibir los datos en tiempo real y que, a través de Internet, fuese transparente para cualquiera que deseara conocer el

comportamiento de cada uno de los indicadores(Comité Nacional por la Calidad de los servicios de salud, 2006).

A criterio de esta tesis, como en cualquier planeación a gran escala que involucra una escala de tiempo prolongado, parte de los resultados no son posibles medirlos, sin embargo, el 34% de los indicadores fueron posibles medir, lo cual, junto con el programa INDICA, se pudieron dar resultados que permitieron valorar esta política pública.

Los resultados de las acciones ejecutadas se agruparán en cada uno de los 10 factores mencionados (Alcántara, Contreras, Delgado, Díaz, & et.al, 2012):

- 1) **Códigos de Ética:** Código de Conducta para Personal de Salud; Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México; Código de Ética en Hospitales Privados; Código de Conducta de los Avals Ciudadanos; Carta de los Derechos de los Pacientes; Carta de los Derechos de los Médicos; Carta de los Derechos de las Enfermeras; Código de Ética de los Odontólogos.
- 2) **Educación de, sobre y para la calidad:** Aproximadamente 60,000 personas capacitadas en temas de mejora de calidad; emisión de la Norma Oficial Mexicana NOM-234 que exige a los establecimientos de salud recibir alumnos de escuelas de Medicina siempre y cuando éstas estén acreditadas.
- 3) **Información:** CALIDATEL (sistema de recepción de quejas, sugerencias y felicitaciones de la ciudadanía), certificado por ISO-9000.
- 4) **Sistemas de Mejora Continua:** 32 Comités Estatales de Calidad instalados; 620 procesos de mejora documentados.
- 5) **Reconocimiento del Desempeño:** Creación del Premio Nacional de Calidad de la Secretaría de Salud federal; Creación del Premio de Calidad del ISSSTE; Entrega del Premio IMSS junto con las demás instituciones; Premio de Calidad de Hospitales Privados; Acuerdos de Gestión mediante los cuales se entregaron apoyos por cerca de 110 millones de pesos para la realización de proyectos de mejora.
- 6) **Estandarización de Procesos:** Recomendaciones de la CONAMED para la realización de procesos específicos con criterios de calidad; Estandarización de la atención en unidades de urgencias; disseminación de acciones concretas para la seguridad de los pacientes.

- 7) **Monitorización de Resultados:** Sistema INDICA, Monitorización de los niveles de abasto de medicamentos en el sector público que cada mes era enviado directamente al Presidente de la República.
- 8) **Certificación de Individuos y Organizaciones:** Reingeniería del proceso de Certificación del Consejo de Salubridad General; Certificación por ISO-9000 de la Oficina del Secretario de Salud, de la del Subsecretario de Innovación y Calidad, de la Subsecretaría de Administración y Finanzas; de la CONAMED, de la COFEPRIS, de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, y de la Dirección General de Programación y Presupuesto de la Secretaría de Salud.
- 9) **Racionalización Estructural y Regulatoria:** rediseño de la estructura organizacional de la Subsecretaría de Innovación y Calidad. Creación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- 10) **Participación Ciudadana:** 1,170 grupos comunitarios constituidos como Avaluos Ciudadanos; 1,153 Unidades avaladas en todo el país; Premio Nacional de Transparencia otorgado por la Secretaría de la Función Pública (SFP) y el Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) a la Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud por la creación y resultados de la estrategia de Avaluos Ciudadanos; creación de una política de interculturalidad en salud con la correspondiente estructura orgánica, la Dirección de Medicina Tradicional e Interculturalidad.

Es por ello que esta cruzada fue la primera en México en ser reconocida internacionalmente en el proyecto denominado “Joint Learning Network”, iniciado en 2011 y auspiciado por la fundación Rockefeller, considerando la experiencia de la cruzada como punto de partida para definir los componentes de las estrategias para fortalecer los sistemas de salud, mejorar la calidad y buscar la efectividad de 10 países de ingresos medios y bajos en África y Asia (Alcántara, Contreras, Delgado, Díaz, & et.al, 2012). Así, la Cruzada no fue una política pública aislada, sino una de tres grandes estrategias enmarcadas en una política pública más amplia articulada como Programa Nacional de Salud.

Concordando en que la cruzada nacional por la calidad fue en el inicio documentado para la regulación de la calidad en servicios de salud en México, el rector de esta tesis considera

que hubo muchos cambios en pro de la calidad en México, sin embargo, es importante recalcar la mejora continua con el fin de no estancar los resultados, sino seguir supervisado, y tomar acción en las áreas que sean necesarias.

SICALIDAD

Fue un instrumento que toma como base la CNCSS (2000-2006) para desplegar la política nacional de calidad del sector salud, con el objetivo general de implantar un sistema integral de calidad en salud que coordine, integre, apoye, promueva y difunda avances en materia de calidad; situando la calidad como una prioridad en la agenda permanente del SNS (Alcántara, Contreras, Delgado, Díaz, & et.al, 2012).

El resultado fue el Plan Nacional de Desarrollo (PND) publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de mayo de 2007, que incluye como política pública en materia social, “brindar servicios de salud eficientes, con calidad y seguridad para el paciente”, lo que ayuda a formular el objetivo 3 del Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PRONASA) “se deben prestar servicios de salud con calidad y seguridad”, así como la estrategia para conseguirlo (Varela, Belauzarán, Trejo, & Castillo, 2012).

En este periodo se establecen 3 metas primordiales (Alcántara, Contreras, Delgado, Díaz, & et.al, 2012):

- Acreditar 100% de unidades que prestan servicios a los usuarios del seguro popular
- Implantar medidas de prevención de eventos adversos en 60% de las unidades del sector
- Alcanzar una tasa anual de infecciones hospitalarias no mayor al 6%.

Promoviendo como actividades primordiales (González Medécigo & Gallardo Díaz, 2012):

- Crear un Comité Nacional por la Calidad en Salud (CONACAS).
- Fortalecer la cultura de calidad en los establecimientos de salud.
- Acreditar las unidades que prestan servicios al SPSS.
- Incorporar compromisos de calidad en los Convenios de Gestión del SPSS.
- Fortalecer y consolidar la figura del aval ciudadano.

- Vincular a los hospitales públicos de mediana y alta complejidad a proyectos de seguridad del paciente (lavado de manos y uso de lista de verificación de la seguridad en la cirugía).
- Contribuir a la reducción de morbilidad y mortalidad por infecciones nosocomiales.
- Garantizar la calidad de la documentación médica y de enfermería.
- Favorecer el uso racional de medicamentos.
- Medir de manera regular la satisfacción de los usuarios.
- Incorporar programas de calidad en la formación académica de técnicos y profesionales de la salud.
- Impulsar la utilización de guías de práctica clínica y protocolos de atención médica.

Con fines prácticos, se puede tomar el programa SICALIDAD como la secuela de la cruzada nacional, ya que se establecen nuevas metas y estrategias enfocadas en los resultados medibles de la cruzada, estableciendo metas y actividades más concretas basadas en la experiencia previa, basadas principalmente en la formación en calidad al personal.

Los objetivos específicos del programa SICALIDAD se enfocan las 3 grandes dimensiones en la que el programa trabaja (Alcántara, Contreras, Delgado, Díaz, & et.al, 2012):

A. Calidad técnica y seguridad del paciente.

- a. Mejorar la calidad técnica y la seguridad del paciente en la atención a la salud mediante la mejora continua, la reducción de eventos adversos, la Medicina basada en la evidencia y la estandarización de cuidados de enfermería;

B. Calidad percibida por los usuarios.

- a. Considerar las expectativas y la voz de los ciudadanos desarrollando acciones destinadas a mejorar la calidad con la que perciben los ciudadanos los servicios de salud;

C. Calidad en la gestión de los servicios de salud.

- a. Conducir bajo la rectoría de la SS transformaciones en la calidad de la gestión y organización de los servicios de salud, institucionalizando el compromiso por la calidad.

Agrupando la calidad en 3 grandes áreas, secundario a lo observado durante la cruzada nacional de salud, se observa enfoque en calidad en las acciones que corresponden directamente al servicio salud, la calidad que es percibida por los derechohabientes y la dirección de la calidad en las instituciones, formando así los 3 pilares que conformo este sistema y que serán medidos a lo largo de los siguientes años.

Logrando que en el 2011 el 81.1% de los hospitales de más de 60 camas realizaran acciones para reducir los eventos adversos, además se promovió la formación de comités de infecciones nosocomiales y se realizaron en el 49% de los hospitales, se realizaron cursos y talleres para mejorar el expediente clínico integrado y de calidad en el 87.8% del universo, se establecen programas de calidad en atención materna, cuidados paliativos, uso adecuado de medicamentos, medicina basada en la evidencia y uso GPC por medio de capacitaciones en 25 entidades federativas, se brindan incentivos que se proporcionan entidades federativas y a los establecimientos de salud como subsidios, actividades de capacitación u fondos para desarrollar compromisos de calidad en acuerdos de gestión (Alcántara, Contreras, Delgado, Díaz, & et.al, 2012).

Siendo así acreedor a premios como el premio nacional a la calidad en salud, el premio a la innovación en la calidad en salud, el premio a la memoria anual del COCASEP y el premio a la memoria anual del comité de farmacia y terapéutica COFAT (Aguirre-Gas H. , 1997).

A diferencia de los resultados obtenidos tras la cruzada nacional, al final del periodo del programa SICALIDAD se observaron mejores avances, sin embargo esto no resta méritos a la cruzada nacional, ya que al ser la primera estrategia de calidad en el país era lógico que su principal función seria la medición y la especificación de las siguientes estrategias a medir, conociendo ya: el qué medir, cómo realizarlo, cómo medirlo, cómo interpretar los resultados y cómo elaborar un nuevo plan de acción.

A lo largo de los años, México aprovechó el impulso por lograr la cobertura universal de la seguridad social en salud (Sistema de Protección Social en Salud o “Seguro Popular”), bajo la premisa del derecho a la salud para todo derechohabiente, lo que incluye, una atención de calidad en los servicios de salud, como garantizar la seguridad de los usuarios de este servicio(Vera & Trujillo, 2016).

A lo largo de los últimos 50 años, México ha impulsado distintas iniciativas que atraviesan al menos cuatro etapas (Alcántara, Contreras, Delgado, Díaz, & et.al, 2012):

- La primera, donde los esfuerzos fueron centrados en el resultado, es decir, un abordaje que privilegió la productividad de las acciones.
- Una segunda donde el énfasis fue atender los procesos bajo un estricto control estadístico.
- La tercera, donde se incluyó notablemente el conocimiento y satisfacción de los usuarios de los servicios de salud y donde se incorpora como mecanismo de garantía de calidad la acreditación y la certificación de unidades.
- Finalmente, ahora vivimos una cuarta etapa donde se enfatiza el papel central de la gestión de calidad (operada obviamente por Gestores de Calidad) y se focaliza a la satisfacción de los usuarios externos e internos.

La estrategia característica de México durante los últimos 50 años fue la cobertura universal de la seguridad social, resumiendo 4 etapas, las cuales se podrían organizar según lo previsto en este documento como: la etapa coincidente a la época previa a la cruzada nacional como la primera etapa, la misma cruzada nacional como la segunda etapa, el programa SICALIDAD como la tercera y la actualidad considerada como la cuarta etapa, la cual conlleva las bases tanto de la segunda como de la tercera (cruzada nacional y SICALIDAD).

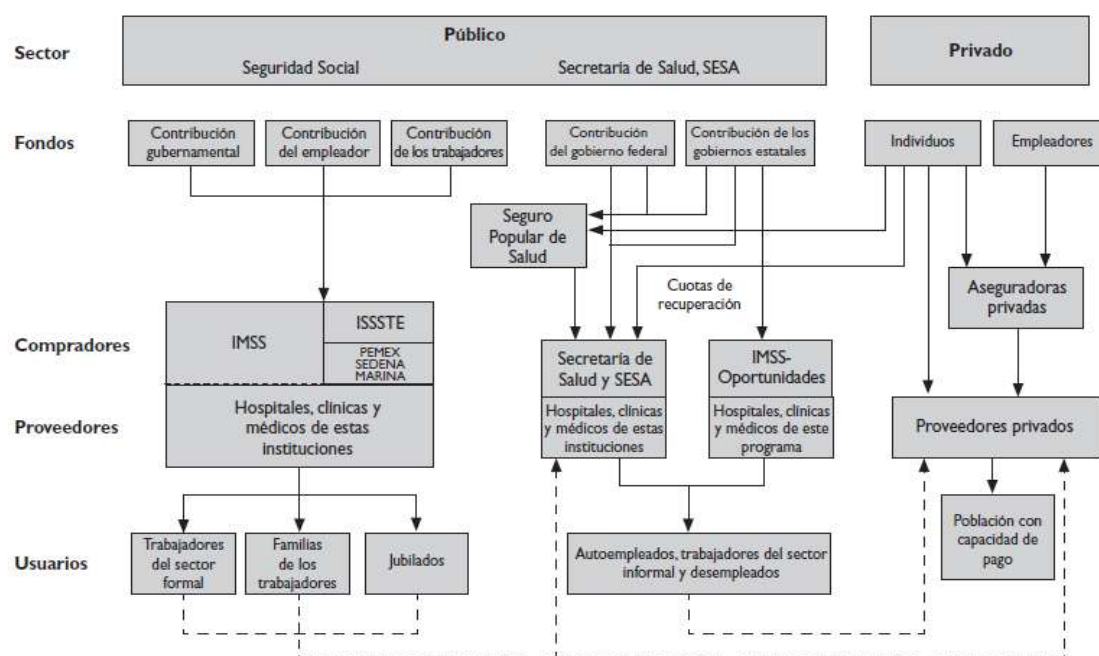
ESTRUCTURAS DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO: DE LO PÚBLICO A LO PRIVADO

La estructura del sistema de salud en México se conforma por dos grandes sectores: público y privado. A su vez el sector público está formado por dos tipos de instituciones. Por un lado, las instituciones de seguridad social a los que los empleados de empresas establecidas tienen derecho, y por otro, las organizaciones y programas que atienden a la población que no goza de seguridad social. Dentro del grupo de seguridad social están IMSS que atiende aproximadamente al 80% de este tipo de derechohabientes, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, entre otros. En el grupo de organismos para población que no goza de seguridad social (personas que no cuentan con actividad económica “reconocida”) están la Secretaría

de Salud (SSa), los servicios estatales de salud (SESA), el programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), y el Seguro Popular de Salud (SPS) (Vera & Trujillo, 2016).

A continuación, se muestra un esquema del cómo está organizado el sistema de salud en México (figura 5).

Figura 5. Sistema de Salud en México



Nota: El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros], que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago. El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal. Tanto la SSa como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación). La población de responsabilidad de la SSa y de los SESA se atiende en las instalaciones de estas instituciones, que cuentan con su propio personal. El SPS se financia con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud para sus afiliados a la SSa y a los SESA (y en algunas ocasiones a proveedores privados). Finalmente, el sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados (Dantés et al., 2011).

Una vez definiendo los 2 grupos principales de servicios de salud en México y afirmando, como se pudo observar previamente, que el sistema de salud público maneja una cantidad muy importante de la población mexicana, es importante señalar el medio privado un nuevo diseño de instituciones de servicios de salud que genera innovación y competencia al actual servicio de salud, principalmente público.

En México existe una gama inmensa de hospitales y consultorios privados, tanto de cadena nacional, como solo local, sin embargo recientemente entra en competencia una nueva modalidad de consultorios, los llamados consultorios adyacentes a farmacias (CAF), que como se indica en el nombre son adyacentes, ya sea de manera dependiente o independiente al corporativo, a algún tipo de farmacia, y se caracterizan por precios económicos aunque aún no existen evaluaciones de calidad en este sector, el organismo encargado de verificar el cumplimiento de la normatividad es la COFEPRIS (Díaz-Portillo et al., 2015).

Fue hace 2 décadas que los CAF empezaron a funcionar como parte del modelo de negocios del corporativo grupo por un país mejor en México, este programa incluye laboratorios Best, fundación Best y farmacias similares. Pero fue hasta el año 2010, tras el acuerdo que regula la venta de antibióticos, que este tipo de modelo CAF se empieza a propagar a otras farmacias particulares configurando un mercado con dos segmentos: los CAF de farmacias de cadena y autoservicio y los CAF de farmacias particulares, con amplias variaciones en la calidad en el servicio(Lezana Fernández, 2016).

“En México existen más de 28,000 farmacias de las cuales 15,000 operan con el modelo de CAF (53.5% del total) Además, entre 2010 y 2014 los CAF han crecido cerca de 340%. Farmacias similares cuenta con más de cuatro mil sucursales y franquicias en toda la República mexicana y representan casi 20% de las farmacias a nivel nacional. La productividad de los consultorios alcanza 6 millones de consultas mensuales, cifra solo superada por los 8 millones de consultas mensuales que da el Instituto Mexicano del Seguro Social. La respuesta favorable del público y el hecho de que dos tercios de los usuarios de los CAF cuenten con algún tipo de seguridad social se puede explicar debido a que estos servicios son aparentemente poco costosos, convenientemente localizados y con acceso inmediato evitando los largos tiempos de espera, el trato irrespetuoso de algunos

integrantes del personal de salud y la provisión incompleta de los medicamentos prescritos en el sector público” (Díaz-Portillo et al., 2015).

Es así como iniciar un nuevo modelo de instituciones prestadoras de servicios de salud, que promete ser una competencia importante contra otros modelos tanto privados como públicos, enfocado principalmente a poblaciones de bajos recursos, y caracterizado por precios bajos, localizaciones accesibles, disminución del tiempo de espera (respecto a sector público), trato digno y provisión cercana de medicamentos (de igual manera a costos accesibles)

Generalidades de fundación BEST

Fundación Best A.C. es una institución médica privada orgullosamente mexicana y sin fines de lucro, inicia sus actividades el 19 de octubre de 1994, con la única misión de ayudar a los que menos tienen, mediante el establecimiento de consultorios médicos y su División Asistencial, área que con el tiempo se constituiría de manera independiente y adquiriría su actual nombre de: Fundación del Dr. Simi. el propósito de fundación Best es mejorar la calidad de vida de las personas mediante consultas médicas y odontológicas. Así mismo esta asociación forma parte del Triángulo de la Salud, una nueva visión de servicio que ofrece consulta médica, laboratorio de análisis clínicos y farmacia en el mismo lugar (Fundación Best A.C., 2020a).

A través del tiempo, la institución ha crecido en número de médicos comodatarios, consultorios, servicios, supervisores y áreas administrativas, que en conjunto han formado un solo equipo, pilar central de la Vicepresidencia de Salud del Grupo Por Un País Mejor, cuya meta es atender a la población, sin importar condición social, económica y cultural, buscando siempre otorgar servicios médicos de calidad y calidez a un costo accesible, en amplios horarios de atención los 365 días del año (Fundación Best A.C., 2020c).

Actualmente la conforman 6,912 consultorios instalados, y un grupo de 12,684 médicos los cuales 127 son médicos supervisores y 12,557 médicos comodatarios, las unidades médicas son supervisadas frecuentemente por el grupo de supervisores médicos, contamos además con un comité de vigilancia de prescripciones médicas. Hasta el mes de agosto del 2020 se impartieron un total de 8,750,435 consultas médicas, de las cuales hasta el mes de

octubre 469,767 fueron en el estado de Puebla; las cédulas profesionales de los médicos que ingresan a los consultorios de Fundación Best, son enviadas a la Dirección General de Profesiones, para validar su autenticidad(Fundación Best A.C., 2020d).

En interés de esta tesis Fundación Best fue el pionero en México del modelo CAF, aprovechando la inconformidad de la población con los servicios de salud públicos, generando un incremento en población de médicos que conforman esta institución, así como el aumento de consultas impartidas durante los últimos años.

Los consultorios médicos cumplen con las normas y requisitos que exige la Secretaría de Salud de los mandatos Federales y Regionales de las Leyes Generales de Salud (Alta Sanitaria, Responsable Sanitario y Verificaciones, etc.) los cuales están ampliamente equipados para impartir consulta de excelente calidad y calidez humana(Fundación Best A.C., 2020b).

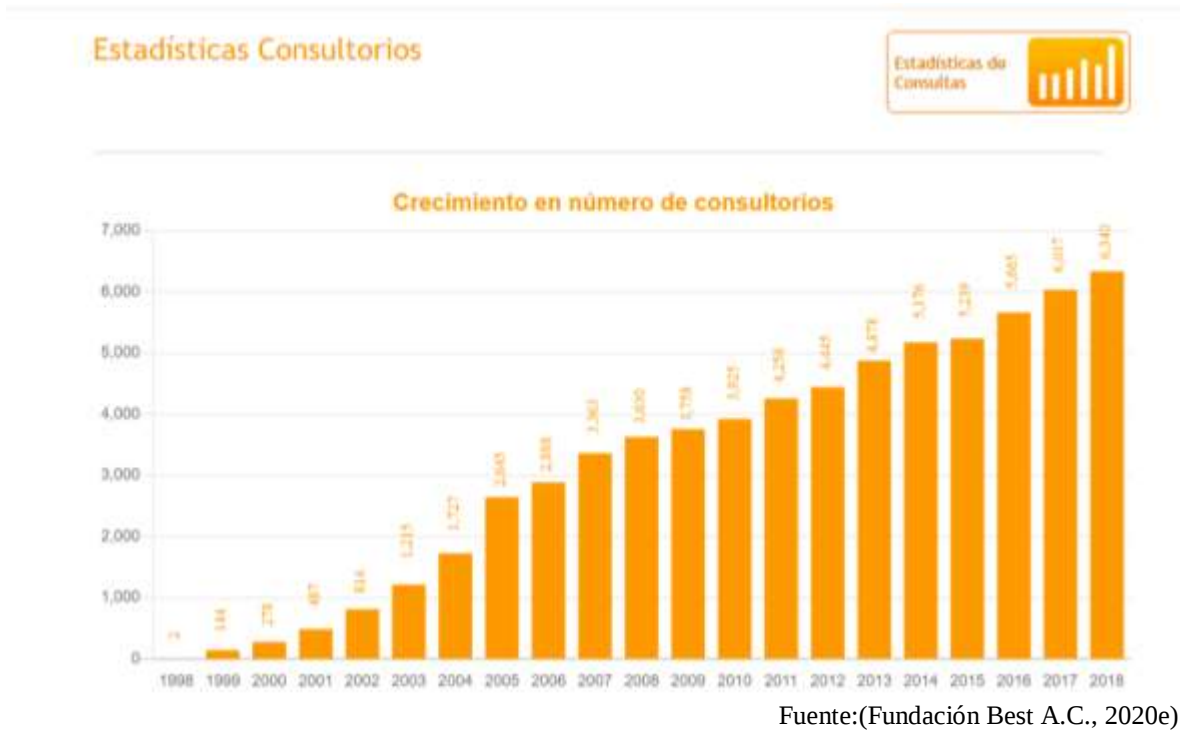
A continuación, se muestran estadísticos de consultorios existentes y números de consultas en fundación Best de los últimos años.

Figura 6. Crecimiento en número de consultas en consultas de Fundación Best



fuelle:(Fundación Best A.C., 2020d).

Figura 7: Crecimiento en número de consultas en consultorios de Fundación Best



Las figuras anteriores demuestran que el crecimiento tanto en cantidad de consultorios como en población que acude a fundación Best para alguna consulta médica ha incrementado linealmente desde 1998 generando un sector importante para la administración de servicios de salud en México.

Como se mencionó previamente fundación Best pertenece a un formato denominado CAF por lo cual cuenta como competencia directa las empresas que respetan el mismo formato como farmacias Delta, farmacias Fleming y farmacias del ahorro. Que, a pesar de manejar el mismo formato difieren en varias cosas:

- En farmacias del ahorro únicamente se cuenta con consulta médica que incluye toma de signos vitales, la cual es gratuita, sin embargo, la receta es administrada en farmacia y es sumamente necesario adquirir medicamento (no la totalidad de la receta) en la misma para poder recibir la receta física, otros procedimientos como curaciones, inyecciones, suturas etc. No se aplican en este tipo de sucursales (Pérez Chacón, 2020).
- En farmacias Fleming cuentan con una variedad más alta de procedimientos disponibles cuyo precio se paga directamente en farmacia y funciona por medio de fichas y no es necesario comprar el medicamento en la farmacia (Hernández Ledezma, 2020).
- En farmacias delta de igual manera se cuenta con una gama de procedimientos variados, que se pagan en farmacia y se entra a base de fichas, los precios son variados a diferencia de las 2 franquicias previas y dependen del criterio del médico, aunque en algunos casos existe un precio promedio para todas las farmacias, y respecto al consumo del medicamento aumenta el costo de la consulta si es que no se adquiere el medicamento en la farmacia (Marín Hernández, 2020).
- En farmacias similares se cuenta con una lista de precios preestablecidos para todas las sucursales del país (exceptuando las ciudades fronterizas que manejan otra lista de precios estándar), de las cuales no incluye el precio de insumos utilizados para algunos procedimientos lo cual implica un costo extra, el pago es directamente con el medico de fundación y no es una obligación adquirir el medicamento en farmacias similares (Hernández Ledezma M. d., 2020).

A continuación, se presenta un tabulador con los precios estándar de las diferentes franquicias pertenecientes al modelo CAF (Tabla 6).

Tabla 6. Comparación de precios en CAF de Puebla, Puebla

procedimiento	Fundación Best	Farmacias delta	farmacias del ahorro	farmacias Fleming ningún precio incluye material
Consulta Médica General	45	40 comprando medicamento en farmacia, 50 sin comprar medicamento	gratuita con compra de medicamento en farmacia	50
Certificado Médico	55	50	no aplica	50
Control del Niño Sano	45	40 comprando medicamento en farmacia, 50 sin comprar medicamento	no aplica	30
Toma de Presión Arterial	20	25	no aplica	15
Lavado Ótico (De Oído)	55 más material	no aplica	no aplica	30
Control de Embarazo	45	40 comprando medicamento en farmacia, 50 sin comprar medicamento	no aplica	30
Planificación Familiar	45	40 comprando medicamento en farmacia, 50 sin comprar medicamento	no aplica	no aplica
Aplicación de Inyecciones	25	25	no aplica	15
Curación Menor	50 más material	50 más material	no aplica	50
Curación Mayor	50 más material	no aplica	no aplica	100
Prueba para Detectar Niveles de Azúcar	40	50	no aplica	20
Retiro de Puntos	50 más material	50 más material	no aplica	50
Retiro de Sondas	60 más material	no aplica	no aplica	50
Extracción de Uña Enterrada (Onicocriptosis)	70 más material	no aplica	no aplica	no aplica
Nebulizaciones (Adulto/Niño)	70 más material	no aplica	no aplica	no aplica
sutura	70 x sutura más material	50 x punto más material	no aplica	70-120

Nota: los datos obtenidos de farmacias delta y del ahorro fueron obtenidos por medios de entrevistas a profundidad que trabajaban en estos establecimientos el 7 de septiembre del 2020 y los datos obtenidos en fotografías de lista de precios de los establecimientos mencionados el 7 de septiembre del 2020 (ver anexo A)
Fuente: de elaboración propia.

Unidad de estudio

El consultorio evaluado en esta tesis es la unidad FC1524 de fundación Best, con Clues PLSMP004862 ubicado en la avenida nacional 7334 local a, en la colonia Vicente guerrero en el municipio de Puebla del estado de Puebla, la unidad cuenta con sala de espera y consultorio único, adyacente a una unidad de farmacias similares, cuenta con dos médicos (turno matutino y vespertino) y labora los 365 días del año en un horario de 9:30 a 20:00 horas entre semana, sábados de 10:30 a 20:00 horas y domingos de 10:00 a 15:00 horas.

El consultorio cuenta con los insumos necesarios para un consultorio de medicina general proporcionados en su mayoría por fundación BEST (exceptuando material de curación), los procedimientos a realizar en la unidad indicada son los mismos que se mencionan en la tabla 6 mostrada en el apartado anterior, respetando los precios previamente mencionados, y en el turno vespertino el promedio de consultas mensual oscila entre los 115 pacientes mensuales, aumentando porcentualmente en los meses de noviembre a enero y disminuyendo en los meses febrero a abril.

Refiriéndose a documentación la unidad mencionada, cuenta con expediente electrónico, que incluye historia clínica, notas médicas, recetas, hojas de referencia, hojas de consentimiento informado, certificados médicos, etc. Resumiendo, la información en hojas SUIVE que se entregan semanalmente en el Centro de Salud urbano la Popular Castillotla con CLUES PLSSA002770. Por otro lado, también se cuenta con documentos solicitados por la COFEPRIS que involucran bitácora de RPBI, cloración de agua, apéndice h, fumigación, etc. Lo que pone dicha unidad dentro de las normativas que exige la secretaria de salud, así como la COFEPRIS sobre los consultorios de índole privados, en específico CAF.

Hablando respecto al árbol jerárquico como se mencionó previamente, la unidad cuenta con 2 médicos comodatarios los cuales responden directamente ante un supervisor de zona; la zona del centro del estado de Puebla cuenta con 6 supervisores de que responden directamente ante un jefe supervisor y subjefe supervisor de estado; cada estado tiene su jefe supervisor y subjefe supervisor los cuales responden directamente ante la

vicepresidencia de fundación Best, la cual responde directamente ante el director general del Grupo Por Un País Mejor.

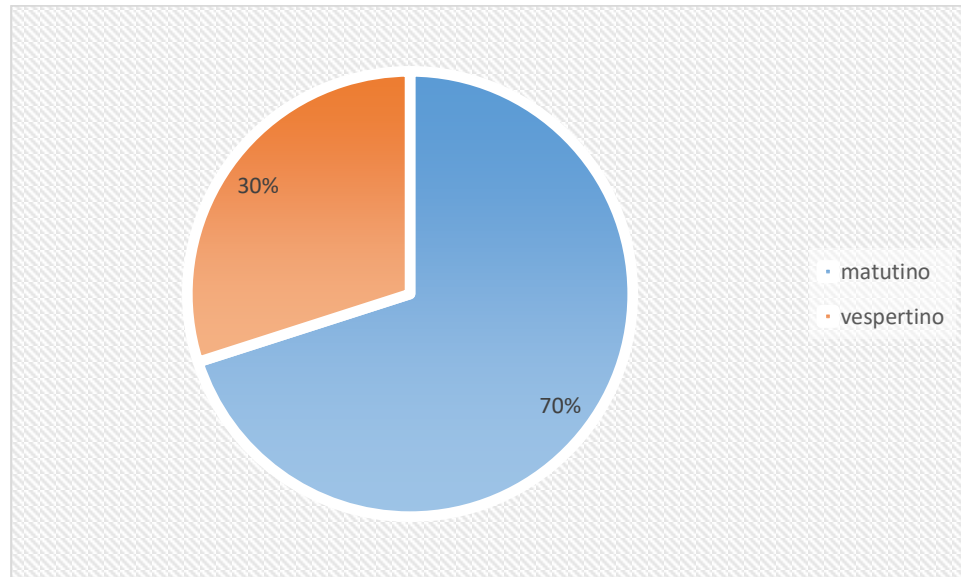
Diagnostico situacional de la unidad FC1524 de fundación Best del año 2020

Con motivo de encarecer el panorama de la unidad de estudio, se procedió a realizar un diagnóstico situacional derivado de las hojas diarias del año 2020 encontradas en el Programa EXE de historial médico que se utiliza en los consultorios, dicho diagnostico situacional fue realizado por el redactor de esta tesis exclusivamente para uso de lo que compete a la misma.

Durante el 2020 en la unidad FC1524 de fundación Best, con Clues PLSMP004862 ubicado en la avenida nacional 7334 local a, en la colonia Vicente guerrero en el municipio de Puebla del estado de Puebla se contó con un total de 7994 consultas de ambos turnos, de las cuales 5600 fueron del turno matutino, y 2394 fueron del turno vespertino; así mismo se realizaron 139 certificados médicos de los cuales 73 fueron realizados en el turno matutino y 66 en el turno vespertino siendo el mes de agosto el que más certificados se realizaron (25 en total), respecto al resto de los procedimientos que se realizan el consultorio de fundación Best, no es posible contabilizarlos ya que no existe un registro que se guarde en el sistema de EXE.

Regresando a la estadística de las consultas se expondrán diferentes gráficas para ilustrar los porcentajes existentes dependiendo la categoría de análisis. Respecto al turno cuyas cifras fueron mencionadas previamente la figura 8 demuestra la mejor relación entre los 2 turnos respecto al flujo de pacientes.

Figura 8: Relación de turno matutino y vespertino 2020

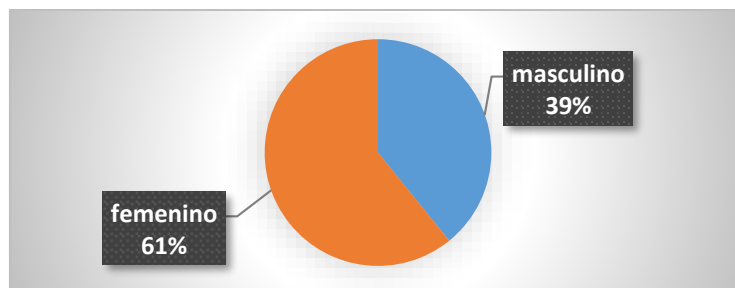


Nota: los datos encontrados para la realización de esta grafica fueron obtenidos por medio de la realización de tablas estadísticas de elaboración propia cuya información procede de las hojas diarias que se encuentra en el expediente electrónico EXE utilizado en consultorio de fundación Best del año 2020. (ver anexo B)

Fuente: elaboración propia por medio de Excel

Como demuestra la figura 8 el 30 por ciento de la población que acude a consulta, acudió en el turno vespertino mientras que el mayor porcentaje (70%) acudió en el turno matutino. Respecto al genero la figura 9 demuestra los porcentajes entre hombres y mujeres que acudieron a consultas.

Figura 9: Relación de géneros 2020

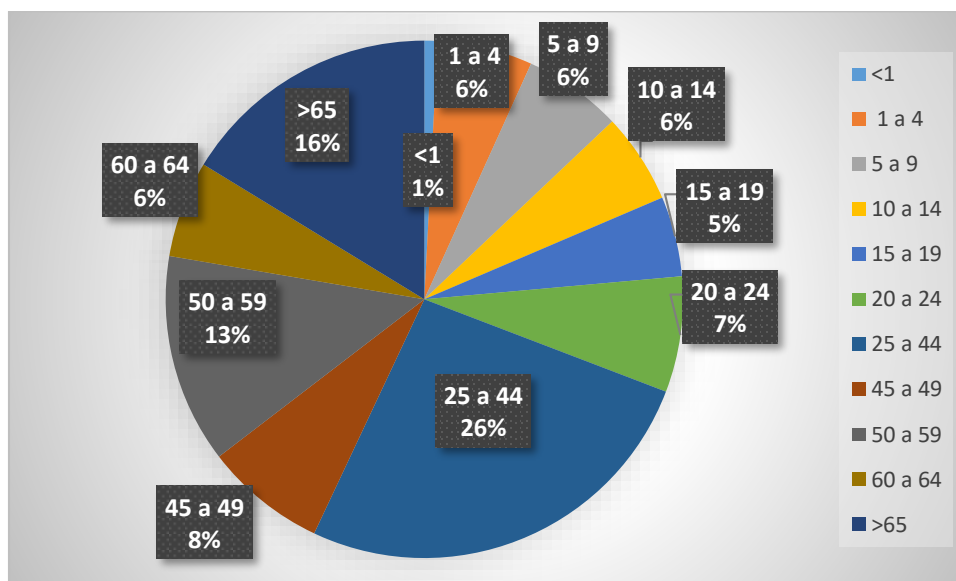


Nota: los datos encontrados para la realización de esta grafica fueron obtenidos por medio de la realización de tablas estadísticas de elaboración propia cuya información procede de las hojas diarias que se encuentra en el expediente electrónico EXE utilizado en consultorio de fundación Best del año 2020. (ver anexo B)

Fuente: elaboración propia por medio de Excel

En la figura 9 se puede observar que el mayor porcentaje de la población que acude a consulta en la unidad de estudio es femenino con un 61% mientras que el 39% restante es masculino. Respecto a la edad se utilizó las categorías establecidas en el documento SUIVE, el cual se entrega directamente a secretaria de salud, para concordar con las categorías utilizadas a nivel público nacional (figura 10).

Figura 10: Relación de edades 2020



Nota: los datos encontrados para la realización de esta grafica fueron obtenidos por medio de la realización de tablas estadísticas de elaboración propia cuya información procede de las hojas diarias que se encuentra en el expediente electrónico EXE utilizado en consultorio de fundación Best del año 2020. (ver anexo B)

Fuente: elaboración propia por medio de Excel

Como se muestra en la figura existen 10 categorías de edad: menor a 1 año, de 1 a 4 años, de 5 a 9 años, de 10 a 14 años, de 15 a 19 años, de 20 a 24 años, de 25 a 44 años, de 45 a 49 años, de 50 a 59 años, de 60 a 64 años y mayores de 65 años. El mayor porcentaje de población que acudió a consulta en la unidad de estudio en el 2020 fue la población de 25 a 44 años con un 26%, seguido de las personas entre 50 y 59 años con un 13 por ciento, mientras que la población que menos acudió a consulta en la unidad de estudio fueron los menores de 1 año con el 1 por ciento del total de consultas.

Durante la realización del diagnóstico situacional se encontraron más de 150 diagnósticos diferentes, por lo que para una mejor apreciación grafica se resumió la lista a 72 diagnósticos que se presentan en la tabla 7.

Tabla 7.- diagnósticos

1 Acné	21 EDA	41 HTA	61 P. Insecto
2 Alcoholismo	22 Edema	42 HTD	62 Prostatitis
3 Alergia	23 EH	43 Hz	63 Rinitis
4 Alopecia	24 Embarazo	44 INC	64 Sano
5 AM	25 Enfermedad exantemática	45 IP	65 SCI
6 Anemia	26 Enfermedad hemorroidal	46 Ira	66 Sinusitis
7 Apendicitis	27 ENRE	47 IVP	67 SOP
8 Artritis	28 Epilepsia	48 IVU	68 Tendinitis
9 Asma	29 Epistaxis	49 LGM	69 TOYA
10 Cardiopatía	30 EPOBA	50 Malformación congénita	70 Tumor b
11 Cefalea	31 ERE	51 Mastopatía	71 VA
12 Colelitiasis	32 Esguince	52 Menopausia	72 VPB
13 Contractura	33 ETS	53 Micosis	
14 Contusión	34 FOD	54 Mordida perro	
15 Dermatitis	35 Fractura	55 MYF	
16 DICV	36 Gastritis y ERGE	56 NON	
17 Dislipidemias	37 Herida	57 Onicocriptosis	
18 DMII	38 Hiperuricemia	58 Osteoporosis	
19 DYA	39 Hipotensión	59 Otitis	
20 E. Tiroidea	40 HS1	60 Otros	
Fuente: elaboración propia por medio de Excel			

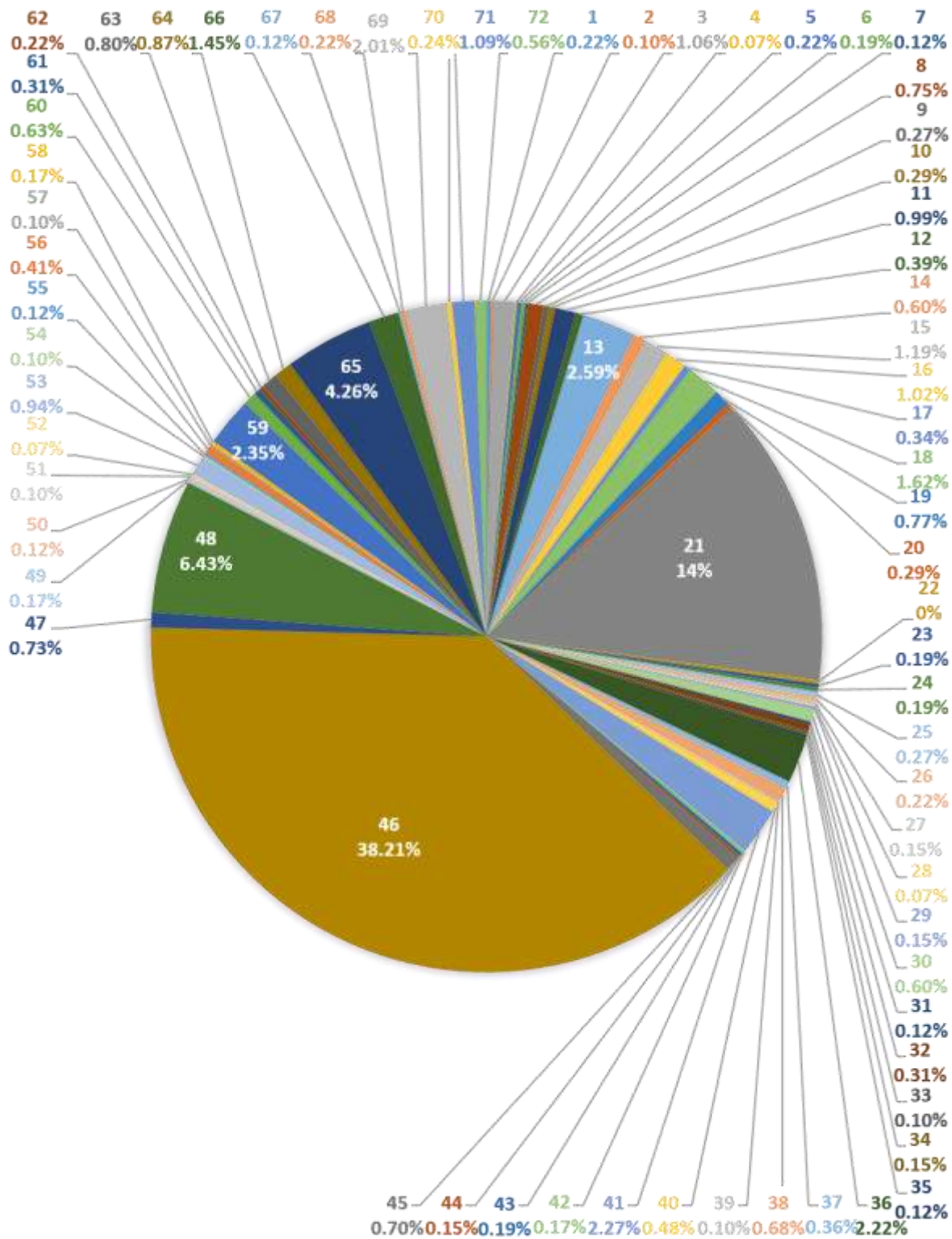
Como se puede apreciar en la tabla 7, existen diferentes abreviaciones o siglas para acortar cierto grupo de diagnósticos que tienen características similares, para su comprensión adecuada la tabla 8 representa el significado de dichas siglas.

Tabla 8.- siglas de diagnósticos

SIGLAS	Significado
AM	alteración en la menstruación
DICV	dolor o inflamación perteneciente a algún nivel de columna vertebral
DYA	depresión y ansiedad
EDA	enfermedad diarreica aguda
EH	enfermedad hepática
EnRe	enfermedad renal
EPOBA	enfermedad periodontal o referente a boca y anexos
ERE	enfermedad relativa al embarazo
HS1	herpes simple tipo 1
HTA	hipertensión arterial
HTD	hernia del tubo digestivo
HZ	Herpes Zoster
INC	infección no clasificada
IP	infección de piel
IRA	infección respiratoria aguda
IVP	insuficiencia venosa periférica
IVU	infección de vías urinarias
LGM	lesión en genitales masculinos
myf	malestar y fatiga
NON	neuralgia o neuropatía
pf	parálisis facial
SCI	síndrome de colon irritable
SOP	Síndrome de varío Poliquístico
toya	trastornos de ojo y anexos
VA	vaginositis aguda
VPB	vértigo paroxístico benigno
Fuente: elaboración propia por medio de Excel	

Una vez conociendo los diagnósticos que se utilizaron en la relación del diagnóstico situacional, la figura 11 ilustra los porcentajes de dichos diagnósticos durante el año 2020, donde se representa los diagnósticos por medio de números del 1 al 72, los cuales coinciden con el orden mostrado previamente en la tabla 7.

Figura 11: Relación de diagnósticos 2020



Fuente: elaboración propia por medio de Excel

Como se puede observar en la figura 11 los diagnósticos más comunes en los pacientes que acudieron en el año 2020 fueron los números: 13 (contractura), 21 (EDA), 36 (gastritis y ERGE), 41(HTA), 46 (IRA), 48(IVU), 59 (otitis), 65 (SCI) y 69 (TOYA) de los cuales de mayor a menor ordenamos de la siguiente manera:

Infección respiratoria aguda (IRA): con un 38.21% que equivale a 3055 pacientes que presentaron esta enfermedad durante este año, de los cuales se integraron 87 pacientes con diagnóstico de covid-19 lo que equivale al 2.8% de los pacientes con diagnóstico de IRA y al 1.08% de la población total que acudió a consulta en el año 2020, recordando que fue el primer año de contingencia en nuestro país.

Enfermedad diarreica aguda (EDA): con un 14% que equivale a 1120 pacientes que presentaron esta enfermedad durante este año, haciendo la aclaración que en esta categoría se incluyeron tanto las diarreas infecciosas como las no infecciosas, ocupa el segundo lugar de nuestra lista.

Infección de vías urinarias (IVU): con un 6.43% que equivale a 514 pacientes que presentaron esta enfermedad durante este año. ocupa el tercer lugar de nuestra lista.

Síndrome de colon irritable (SCI): con un 4.26% que equivale a 340 pacientes que presentaron esta enfermedad durante este año, ocupa el cuarto lugar de nuestra lista.

Contractura: con un 2.59% que equivale a 207 pacientes que presentaron esta enfermedad durante este año, englobando contracturas articulares como musculares a cualquier nivel, exceptuando las correspondientes a músculos para vertebrales cervicales dorsales o lumbares, ya que estos se incluyeron en la categoría DICOV (dolor o inflamación en algún nivel de la columna vertebral), ocupa el quinto lugar de nuestra lista.

Otitis: con un 2.35% que equivale a 188 pacientes que presentaron esta enfermedad durante este año, aclarando que la incluye inflamaciones a cualquier nivel del oído (interno, medio o externo) y que incluye inflamaciones infecciosas como no infecciosas, ocupa el sexto lugar de nuestra lista.

Hipertensión arterial (HTA): con un 2.27% que equivale a 182 pacientes que acudieron a consulta este año debido a esta enfermedad, ocupa el séptimo lugar de nuestra lista.

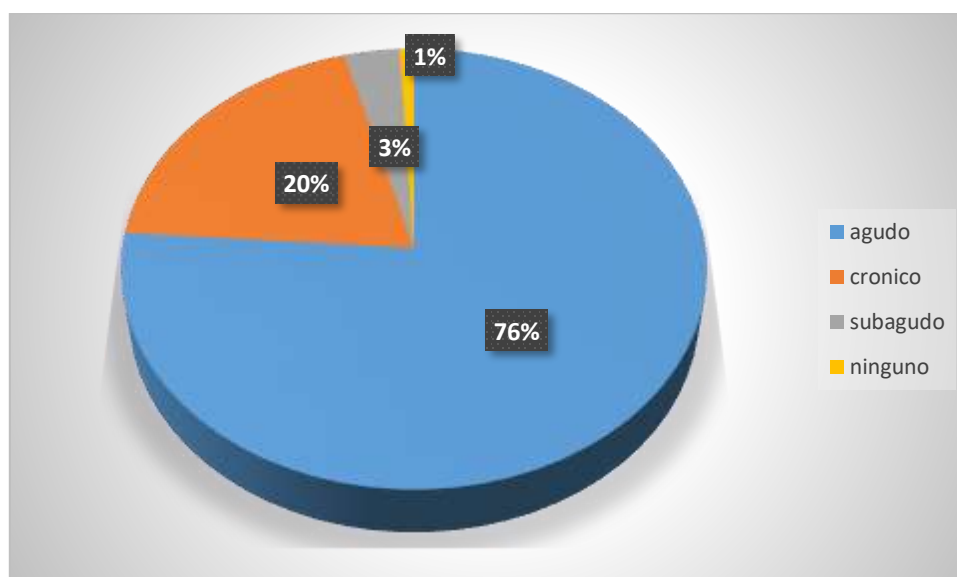
Gastritis y enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE): con un 2.22 % que equivale a 179 pacientes que presentaron alguna de estas enfermedades o ambas durante este año, ocupa el octavo lugar de nuestra lista.

Trastorno del ojo y anexos (TOYA): con un 2.01 % que equivale a 160 pacientes que presentaron alguna enfermedad relacionada con el ojo y sus anexos durante este año, que incluye conjuntivitis, orzuelos y pterigiones principalmente, ocupa el noveno lugar de nuestra lista.

El resto de los padecimientos solo abarca, cada uno, un porcentaje menor al 2% de la población total que acudió al consultorio FC1524 de fundación Best durante el año 2020.

Por último, se hará un análisis dependiendo del tipo de enfermedad clasificada por su duración clasificando 4 grupos: agudo, subagudo, crónico y ninguno (para los sanos), dicho análisis se puede apreciar en la figura 12.

Figura 12: Relación por tipo de padecimiento 2020



Fuente: elaboración propia por medio de Excel

Como se puede apreciar en la figura 12 los padecimientos agudos son los más comunes en un 76% de población que acude a la unidad fc1524 de fundación Best, y conjugando con la figura 11 podemos afirmar que en su mayoría son procesos infecciosos, por otro lado regresando a la figura 12 en segundo lugar se encuentran los padecimientos crónicos con un 20% de los padecimientos presentados en la misma unidad, y al final encontramos los padecimientos subagudos y a los sanos con un 3% y 1% respectivamente.

En resumen, podemos aseverar que mayor parte de la población que acude a la unidad fc 1524 de fundación Best acude en el turno matutino, es de género femenino, presenta un rango de edad entre los 25 y 44 años, acuden por un padecimiento agudo y de sobresalen las enfermedades respiratorias agudas.

¿Por qué SERVQUAL?

Debido a la complejidad de la evaluación integral de la calidad percibida en los estudios de salud, se realiza un estudio donde se busca en Medline, Embase, OVID, Lilacs, Ebsco, Scielo y le Cochrane Library para identificar instrumentos de tipo cualitativo o cuantitativo que permitieran medir la calidad de los servicios de salud percibida por los pacientes. Los 2 estudios validados más encontrados en la búsqueda fueron SERVQUAL y SERVQHOS respecto al ámbito hospitalario; pero sin duda la más utilizada en la mayoría de estos fue la escala SERVQUAL, aunque en algunos casos sufrió modificaciones con fin de adaptar el cuestionario mejor a diferentes instituciones, lo que lo hace aún más versátil, pero igualmente valido para realizar este tipo de valoraciones en calidad de los servicios de salud (Eduardo, Nieto, Villa, Enrique, & Delgado, 2017).

El primer instrumento propuesto en la literatura para medir calidad del servicio de forma generalizada es el SERVQUAL. En este instrumento se propuso la medición del cumplimiento y de la importancia de 22 atributos agrupados en cinco dimensiones: tangibles, aseguramiento, respuesta, empatía y confianza. Asubonteng et al. (1996) reportan numerosas aplicaciones del SERVQUAL en servicios de salud a menos de diez años de haber sido publicado (Vera & Trujillo, 2016).

SERVQUAL es un instrumento que permite analizar componentes de la percepción de la calidad, que a pesar de no ser creado para el sector salud, se puede realizar adaptaciones sin perder su efectividad para medir y analizar los componentes que forman parte de la percepción de la calidad en el sector salud. Por otro lado, permite diferenciar esta percepción en dimensiones, lo que ayuda para organizar características y hace un mejor enfoque en los puntos que requieren mayor atención.

En el año 2014 se publicó un estudio comparativo realizado por Luis Ibarra y Belén Espinoza sobre la calidad en el área de urgencias en los hospitales privados y públicos en México; en donde se utilizó una propuesta metodológica para evaluar la percepción de la calidad con un Encuesta SERVQUAL modificado. El estudio concluyó que los cuestionarios SERVQUAL modificados, para su uso en los servicios de salud, muestran características psicométricas de validez, alta confiabilidad y aplicabilidad que los hacen recomendables para su uso en otras áreas o servicios de salud con características similares y, poder así, monitorear y medir la calidad de los servicios, permite a los administradores o personal directivo identificar las áreas de oportunidad que necesitan mejorar desde la perspectiva de los paciente (Madrid, 2015).

El modelo SERVQUAL fue creado por Zeithaml, Parasumaram y Berry a finales de la década de los ochenta para evaluar la calidad del servicio en las organizaciones comerciales, sin embargo, con el tiempo ha sido modificado en diferentes países para evaluar la calidad de la atención en servicios de salud. Esta escala tiene cinco dimensiones de calidad, y el tipo de respuesta se da en una escala tipo Likert (tabla 9) (Mohammed , Rajjo , & Prathibha, 2016).

Tabla 9. Escala de Likert para medir la satisfacción del usuario

Escala De Likert	Significado	Rango de porcentaje de satisfacción del cliente
1	Totalmente insatisfecho	0-15
2	Moderadamente Insatisfecho	16-30
3	Ligeramente insatisfecho	31-45
4	Ni insatisfecho, ni satisfecho	46-55
5	Ligeramente satisfecho	56-70
6	Moderadamente satisfecho	71-85
7	Totalmente satisfecho	86-100

Fuente: (Hoz, 2014).

En la tabla anterior se puede percibir la manera de calificar o interpretar el instrumento SERVQUAL asignando un valor a cada punto particular de vista del usuario de un servicio, ese valor tiene una equivalencia porcentual al nivel de satisfacción que se presenta en ese momento tomando como 7 en la escala de Likert como el punto de mayor satisfacción (entre un 86% y 100%) y 1 como el punto de menor satisfacción (de 0% a 15%), lo que, al promediar y utilizar diferentes medidas de estadística estipula el nivel de satisfacción medible numéricamente ante la calidad de un servicio cual sea.

Dimensiones de SERVQUAL: En la actualidad, la escala consta de cinco dimensiones que se utilizan para juzgar la calidad de los servicios de una organización (Cabello, 2014):

- I. **Elementos tangibles:** Relacionada con la apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y material de comunicación; son los aspectos físicos que el cliente percibe en la organización, como limpieza y modernidad son evaluadas en los elementos personas, infraestructura y objetos.
- II. **Confiabilidad:** Entendida como la habilidad de desarrollar el servicio prometido precisamente como se pactó y con exactitud.
- III. **Capacidad de Respuesta:** La buena voluntad de ayudar a sus clientes y brindar un servicio rápido.
- IV. **Seguridad:** como el conocimiento de los empleados sobre lo que hacen, su cortesía y su capacidad de transmitir confianza.
- V. **Empatía:** La capacidad de brindar cuidado y atención personalizada a sus clientes.

El cuestionario SERVQUAL inicia con la descripción de los servicios que brinda y da una breve explicación al usuario para la puntuación respecto a la expectativa y la percepción que ha tenido del servicio, la escala va del 1 a 7, (escala Likert), usada para medir actitudes, sobre los enunciados el entrevistado mostrará su nivel de acuerdo o desacuerdo, la cual se modifica a conveniencia investigador (Hoz, 2014).

Juntando la medición por escala de Likert y las 5 dimensiones presentes en el instrumento SERVQUAL es posible identificar no solo un punto de prioridad ante el nivel de satisfacción de los usuarios de un servicio, sino determinar la dimensión (que incluye diferentes puntos específicos) que requieren mayor atención, para así poder generar planes

y acciones de mejora para aumentar el nivel de satisfacción de manera específica y no de manera impulsiva.

Las Ventajas del modelo y la escala Likert son que permiten medir el sentido e intensidad de las actitudes y es fácil de administrar, sin embargo, necesita de la ponderación de las respuestas. El modelo también permite, determinar cinco brechas entre la percepción del usuario y la del personal: La 1ª Brecha se da entre los servicios que el personal pretende dar y el servicio esperado por el usuario; la 2ª se da entre el servicio que el personal pretende dar y las especificaciones del mismo; la 3ª entre las especificaciones del servicio y lo que obtiene el usuario; la 4ª entre lo que el usuario obtiene y se le había comunicado que se daría; y finalmente la 5ª. Brecha entre el servicio percibido y el servicio esperado (Cabello, 2014).

Dependiendo del tipo de percepción que se quiera medir, se utiliza algún tipo de brecha, relacionando directamente con el personal a las brechas 1 y 2, las brechas 3 y 4 se relacionan directamente con las especificaciones del servicio es decir con lo que se promete brindar, la brecha número 5 se relaciona directamente entre lo que se espera y lo que se percibe, la brecha más estrecha entre el personal y el usuario, sin embargo de igual manera la brecha 1 tiene una relación estricta con el usuario aunque con una menos estrecha con el personal.

SERVQUAL define la calidad de servicio como la brecha o diferencia (P menos E) entre las percepciones (P) y expectativas (E) de los usuarios externos (Ministerio de Salud del Perú, 2014).

El principal objetivo del modelo SERVQUAL es que las organizaciones que brindan servicios a clientes, en este caso específico las instituciones de servicios de salud, establezcan relaciones a largo plazo con ellos y sean capaces de cerrar la brecha que existe entre lo que espera el cliente, en este caso paciente o usuario, y lo que recibe, así mismo respecto a las 5 brechas previamente mencionadas, se pueden localizar áreas de oportunidad en el servicio al cliente, y trabajar en ellas para mejorar la percepción de la calidad de atención. Con ello se refieren a saber exactamente a lo que el cliente (usuario) espera, crear el diseño adecuada para mejorar las dimensiones que están débiles, aumentar los estándares existentes, incrementar de manera exponencial el desempeño de los

prestadores de servicios para con los usuarios, y con ello mejorar ampliamente la imagen de la organización.

Es preciso clarificar que debido a que esta investigación es basada en la percepción y la expectativa del usuario, o paciente, la brecha que se medirá en este mismo es la quinta brecha, determinando así la calidad del servicio ante los ojos del usuario mismo.

Alfa de Cronbach

El modelo Servqual implica el cálculo de alfa de Cronbach, que es el valor que demuestra que las encuestas se encuentran libres de errores aleatorios; así mismo permite cuantificar el nivel de habilidad de una escala de medida para la magnitud inobservable construida a partir de las “n” variables observadas. En resumen, mide la consistencia o confiabilidad de un instrumento cuya fórmula se ve expresada a continuación, donde “k” es el número de ítems, “Vi” es la varianza de cada ítem y “Vt” es la varianza total.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

Para comprender los resultados es importante tomar en cuenta que estos pueden variar desde 0 a 1, tomando el 0 como el punto más bajo de confiabilidad y el 1 como el más alto de confiabilidad. Para fines prácticos se toman 5 categorías para la interpretación del resultado posible:

- Muy baja cuando el resultado es de 0 a 0.2
- Baja cuando el resultado es de 0.2 a 0.4
- Moderada cuando el resultado es de 0.4 a 0.6
- Buena cuando el resultado es de 0.6 a 0.8
- Alta cuando el resultado es de 0.8 a 1

A pesar de que de 0.4 a 0.6 se considera como una confiabilidad moderada, para suponer que un instrumento es confiable para cierto estudio es importante que el resultado del alfa de Cronbach sea mayor a 0.6, es decir, de una confiabilidad buena “0.6 a 0.8” o, en su preferencia, alta “0.8 a 1” (Zeithaml, Parasuraman, & Berry, 2004).

En resumen, el alfa de Cronbach es un instrumento que mide la confiabilidad de un instrumento aplicado a una población muestra determinada, que, mientras el valor resultado sea más cercano a 1 indicara mayor confiabilidad, y así discernir si la aplicación del instrumento es viable o si existe la posibilidad de presentar errores aleatorios; siendo el valor más alto (confiable) en la escala de 0.8 a 1.

Justificación.

En México existen más de 28,000 farmacias de las cuales 15,000 operan con el modelo de CAF, más de 4000 sucursales pertenecen a farmacias similares (20%), actualmente dos tercios de la población que acude a los CAF cuentan con algún tipo de seguridad social, sin embargo, la preferencia de los CAF radica en bajos costos, localización, tiempo de espera corto, trato irrespetuoso de algunos integrantes del personal de salud de seguridad social, y surtimiento incompleto de medicamentos de la misma. Es decir, se sugiere que a calidad de atención es mejor en los CAF que en los centros de seguridad social. Sin embargo, no existen estudios que comprueben la calidad de la atención en los CAF.

Es por ello que surge esta investigación, para tener una referencia documentada de la calidad en atención médica de un establecimiento CAF, específicamente de un consultorio perteneciente a la fundación Best, ya que tan siquiera el último año se registró un total de 5340 consultorio y 8,750,435 consultas médicas, lo que implica un crecimiento exponencial en este sector de instituciones prestadoras de servicios de salud; y así, facilitar información a los profesionales, gestores y administradores del sistema sanitario sobre aquellos aspectos de la organización sanitaria que son percibidos por la población como insatisfactorios.

Además, esta investigación pretende brindar de manera indirecta un panorama económico sobre costo-beneficio, ya que como se ha comentado con anterioridad los CAF se caracterizan por bajos precios, pero no se establece una relación del costo económico sobre

la calidad de la atención (beneficio) impidiendo así establecer parámetros de si el costo es razonable, alto o bajo respecto a los beneficios que la población adquiere. Por otro lado, siguiendo la perspectiva económica, y teniendo los datos suficientes para conocer estatus de calidad actual de estos establecimientos, se podría mejorar el ingreso de los trabajadores estableciendo estrategias de mejora.

Ahora, visto desde un término social, la recolección y conocimiento de los datos referentes a calidad de la atención, establecerán los determinantes que llevan a la población a elegir este tipo de establecimientos, los cuales también podrán ser percibidos no solo al personal sanitario, sino a la misma población en sí, generando conocimiento suficiente en la población para elegir adecuadamente a que sistema de salud prefiere acudir en base esta información; y además en base a diversas estrategias para mejora de la calidad poder aumentar la concurrencia de estos establecimientos no solo por sus precios bajos, sino además por su alta calidad en atención médica.

La calidad de atención en los diferentes sectores de un sistema de salud ha sido un punto clave para la mejora en la salud de la población. En diferentes tiempos a lo largo de la historia se han venido aplicando diversas metodologías para evaluar la calidad del servicio. Es por ello que esta tesis es de importancia para poder generalizar el estudio en un futuro a mas consultorios CAF y así poder mejorar la calidad en atención de salud de los médicos que laboran en estos establecimientos, con el fin de incrementar la confiabilidad en este servicio e incrementar la población que solicita el mismo.

Definición del problema (planteamiento del problema).

El desconocimiento de la satisfacción de los usuarios de los CAF, impide identificar problemas y si se está dando o no un buen servicio desde la vivencia del usuario, ya que en base a sus necesidades se planifican los servicios. Tener usuarios satisfechos es tener una buena relación con la comunidad y por consiguiente buena imagen ante la población, además de tener una ventaja competitiva ante otros establecimientos; por el otro lado tener usuarios insatisfechos implica una disminución de la credibilidad del establecimiento. En todo esto radica la importancia de conocer las expectativas y percepciones de los usuarios, sin embargo, es importante simplificar la investigación a un turno para valorar mejor los resultados y así establecer adecuadamente las estrategias a realizar y la generalización posterior del estudio a otras unidades.

Es por ello que se planteó el siguiente problema de investigación:

¿Cuál será la expectativa y la percepción del usuario externo sobre la calidad en atención médica en la unidad FC1524 de fundación Best en Puebla, turno vespertino?

Hipótesis

H_0 La percepción de los usuarios que acuden a fundación Best unidad FC1524 turno vespertino es totalmente satisfactoria y las brechas entre expectativas y percepciones son positivas favoreciendo las percepciones en un 75%.

H_a La percepción de los usuarios que acuden a fundación Best unidad FC1524 turno vespertino es totalmente insatisfecho y las brechas entre expectativas y percepciones son positivas favoreciendo las percepciones en un 75%.

Objetivos

General

Evaluar la percepción y la expectativa del paciente sobre la calidad de atención médica del prestador de servicios en la unidad FC1524 de fundación Best en Puebla, turno vespertino.

Particulares

- Conocer la percepción más común en pacientes sobre la calidad de atención del servicio médico.
- Evaluar los elementos tangibles de la calidad del servicio médico.
- Evaluar grado de confiabilidad de la calidad del servicio médico.
- Evaluar la responsabilidad y capacidad de respuesta en la calidad del servicio médico.
- Evaluar la seguridad en la calidad del servicio médico.
- Evaluar la empatía en la calidad del servicio médico.

Material y métodos.

Tipo y diseño del estudio:

Descriptivo, observacional, analítico, intervencionista, transversal, prospectivo, pro lectivo y causa efecto.

Definición del universo de trabajo

Población fuente:

- o Pacientes que acuden a consultorio de fundación Best FC1524.

Población elegible:

- o Todos los pacientes que acuden a consultorio de fundación Best FC1524 que acuden con el medico al que se va a analiza.

Definición de unidades de observación y del grupo control

Criterios de Inclusión:

- Hombres y mujeres entre 18 y 80 años de edad.
- Pacientes que acudan a consulta o procedimiento en consultorio de fundación Best FC1524.
- Pacientes que realicen la encuesta SERVQUAL para evaluación de calidad de servicios de salud.

Criterios de Exclusión

- Haber realizado previamente una encuesta SERVQUAL para este análisis de calidad.
- Pacientes que no sepan leer ni escribir.
- Pacientes que presenten algún CONFLICTO DE INTERES.
- Pacientes que acudan por toma de presión, aplicación de medicamento, o algún procedimiento que no amerite una evaluación de calidad por su simplicidad.

Criterios de Eliminación

- Incompleto llenado de la encuesta SERVQUAL para la evaluación de calidad.
- Más de una respuesta por rubro en la encuesta SERVQUAL para la evaluación de calidad.
- Entrega de encuesta SERVQUAL para la evaluación de calidad fuera de tiempo y forma.

Estrategia de muestreo

Tamaño de la Muestra (cálculo):

La población atendida por el médico del turno vespertino del consultorio de fundación Best unidad FC1524 en un periodo de 6 meses fue 688 pacientes tomándolos como población, con un 95% de confianza del 95%, p de 0.5 y límite de confianza del 5%.

$$\text{Formula : } n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Se encuentra una muestra de 257 pacientes

Tipo de Muestreo:

Muestreo probabilístico aleatorio simple

Definición de variables y escalas de medición

Definición conceptual

Percepción: Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos (Real Academia Española, 2020).

Calidad: Es la totalidad de características de un producto o servicio que influyen en su capacidad para satisfacer necesidades explícitas o implícitas (Kotler, 2001)

Atención médica: Tratamiento que los expertos en medicina aceptan como apropiado para determinado tipo de enfermedad y que los profesionales de la salud usan de manera amplia (Real Academia Española, 2001).

Expectativa: Son las actitudes o creencias de los individuos respecto de la naturaleza de los acontecimientos futuros que influyen en sus decisiones presentes (Cuatrecasas, 2000).

Tabla 10. Cuadro de operacionalización de variables

variable	tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	escala de medición	tipo de variable	Estándar
percepción del paciente	cualitativa	Def. RAE	Obtenido por SERVQUAL	Escala tipo Likert	dependiente	Mayo o igual a 6
calidad de la atención	cualitativa	Def. Kottler	Calculado por SERVQUAL	Escala tipo Likert	dependiente	Mayo o igual a 6
atención médica	cualitativa	Def. RAE	Obtenido por SERVQUAL	Escala tipo Likert	independiente	Mayo o igual a 6
expectativa del paciente	cualitativa	Def. Cuatrecasas	Obtenido por SERVQUAL	Escala tipo Likert	dependiente	Mayo o igual a 6

Fuente: elaboración propia, 2021

Definición de la exposición y procedimientos

Recolección de la información

Fuentes de Información

La fuente de recolección de datos fue por medio de la encuesta SERVQUAL (anexo c), realizada a 257 pacientes necesarios para la validez de este estudio. En total se realizaron 268 encuestas y se eliminaron 11 de acuerdo a los criterios de eliminación previamente establecidos, alcanzando así el total de los 257 pacientes requeridos para el estudio.

Instrumentos de medición

El instrumento utilizado fue una Matriz de datos en Excel, donde se agruparon los resultados de los estudios que aplicaron la Encuesta SERVQUAL, para uso en áreas de consulta de servicios de salud, distribuidos en 5 criterios de evaluación de la Calidad:

- a. **Bienes Tangibles:** Preguntas de la 1 a la 6. Apariencia de las instalaciones físicas, equipamiento, apariencia del personal y materiales de comunicación.
- b. **Confiabilidad:** Preguntas de la 7 a la 11. Habilidad y cuidado de brindar el servicio ofrecido en forma tal como se ofreció y pactó.
- c. **Responsabilidad (Capacidad de respuesta):** Preguntas de la 12 a la 18. Disposición y buena voluntad de ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido y oportuno.
- d. **Seguridad:** Preguntas de la 19 a la 24. Cortesía y habilidad para transmitir credibilidad, confianza y confidencia en la atención con inexistencia de peligros, riesgos o dudas.
- e. **Empatía:** Preguntas de la 25 a la 29. Disponibilidad para ponerse en el lado del otro, pensar primero en el paciente y atender según características y situaciones particulares. Cuidado y atención individualizada.

Validez y consistencia

La confiabilidad o fiabilidad, se refiere a la consistencia o estabilidad de una medida, es decir, valora qué tanto error de medición existe en un instrumento de medición, y comparando si un instrumento es poco o muy confiable (Kerlinger & Lee, 2002). Así un instrumento confiable se denomina como aquel que tiene una ausencia relativa de errores de medición en un instrumento de medida.

Estos errores pueden deberse a:

- a) instrucciones no estandarizadas o claras
- b) errores en el registro de puntajes de respuesta
- c) errores debido al ambiente de medición (iluminación, ruido, confort, etc.)
- d) errores debidos al muestreo de contenido
- e) errores debidos a fluctuaciones en los encuestados (distracciones, equivocaciones de llenado, etc.).

Para fines de este estudio y de la medición de la validez y consistencia del instrumento SERQUAL se utilizara el alfa de Cronbach, que, propuesto por Lee J. Cronbach (1916-2001) en el año 1951, tiene la capacidad de evaluar la confiabilidad o consistencia interna de un instrumento constituido por una escala Likert, o cualquier escala de opciones múltiples (Cohen & Swerdlick, 2001).

Para determinar el coeficiente a Cronbach el investigador calcula la correlación de cada reactivo o ítem con cada uno de los otros, resultando una gran cantidad de coeficientes de correlación. El valor de es el promedio de todos los coeficientes de correlación (Cozby, 2005). La descripción resultante de los ítems o reactivos es resumida con el término homogeneidad, el grado en que una prueba o instrumento mide un solo factor, Mientras más homogéneos sean los ítems, mayor será el valor de la consistencia interna para un número dado de ítems (Magnusson, 1978). Se considera como regla general un valor mayor a 0.8 para determinar un alto nivel de confiabilidad.

Prueba piloto.

Se realiza una prueba piloto con 50 encuestas para valorar la confiabilidad de la encuesta SERVQUAL para este trabajo, por medio de la prueba de alfa de Cronbach.

Una vez que se obtuvieron los datos, estos se analizaron con Excel.

Tabla 11. Análisis de fiabilidad de la prueba piloto

alfa de Cronbach	N° de elementos
0.96	58

Fuente: elaboración propia den base a programa EXCEL, 2021

- En la tabla 11 se puede apreciar que el alfa de Cronbach de los 58 ítems tanto de expectativas como de percepciones, el cual, basado en lo comentado en el apartado de alfa de Cronbach, las 5 categorías de confiabilidad son: muy baja (0-0.2), baja (0.2-0.4), moderada (0.4-0.6), buena (0.6-0.8) y alta (0.8-1); al ser el valor de 0.96. es un valor altamente confiable, y es por eso que las preguntas de los usuarios tienen congruencia entre sí y la prueba del instrumento de medición SERVQUAL es bastante válida para fines de esta tesis, es decir la probabilidad de que existan errores aleatorios es casi inexistente.

Tratamiento estadístico de los datos

En esta tesis el programa utilizado para la creación de la base de datos, la medición de la misma y la valoración de confiabilidad y consistencia del instrumento es por medio de Excel, primero se realiza estadística descriptiva y posteriormente estadística analítica.

Validez y consistencia final del instrumento SERVQUAL

Una vez comprobada la validez y confiabilidad de la prueba piloto se procedió a realizar el total de las encuestas necesarias, y ahora se demuestra la confiabilidad del estudio completo mediante el alfa de Cronbach.

Una vez que se obtuvieron los datos, estos se analizaron con Excel.

Tabla 12. Análisis de fiabilidad de la Base de datos final

Base medida	alfa de Cronbach	Nº de elementos
Total	0.94	58
Expectativa	0.91	29
Percepción	0.90	29

Fuente: elaboración propia den base a programa EXCEL, 2021

En la tabla 12 se puede apreciar que el alfa de Cronbach de tres categorías en la que se dividió la base de datos, la que involucra todos los datos obtenidos o total, la categoría que solo implica los datos de las expectativas de los usuarios, y la categoría que implica solo las percepciones de los usuarios; con 58, 29 y 29 ítems respectivamente, con el fin de valorar no solo la fiabilidad del instrumento SERVQUAL en su totalidad, sino también en sus secciones representativas para estipular la brecha número 5, mencionada previamente. Pudiendo observar un valor mayor a 0.9 en las 3 categorías, que a pesar de ser ligeramente menor el valor que en la prueba piloto, ha demostrado que las preguntas de usuarios en su totalidad, como en cuestión de expectativas y percepciones tienen congruencia entre sí y la prueba de del instrumento de medición SERQUAL es bastante válida para fines de esta tesis.

Resultados

Después de haber realizado las 257 encuestas, cada una de 29 preguntas donde se valora tanto la expectativa como la percepción de los usuarios por cada pregunta, se realizó una base de datos en la que se encuentra que existen valores en los resultados que se repiten en cada pregunta, representando su posición en la escala de Likert. El valor que más se repite, mejor conocido como la moda de cada pregunta o ítem fue 7, es decir de los 58 ítems valorados (29 de expectativas y 29 de percepciones) todos tuvieron como valor predominante el 7, lo cual indica que el porcentaje de satisfacción del cliente está entre el 86 y 100 por ciento en todos los ítems de la encuesta, si nos basamos específicamente en la moda de los mismos.

Sin embargo, en esta tesis también se medirán las brechas para ver la relación existente entre la percepción y la expectativa del usuario, para ello es necesario la media de cada ítem y con ella demostrar la diferencia entre la percepción y la expectativa del usuario ara establecer la misma brecha, a continuación, se muestra la tabla 13, que concreta tanto los promedios como las brechas de cada ítem.

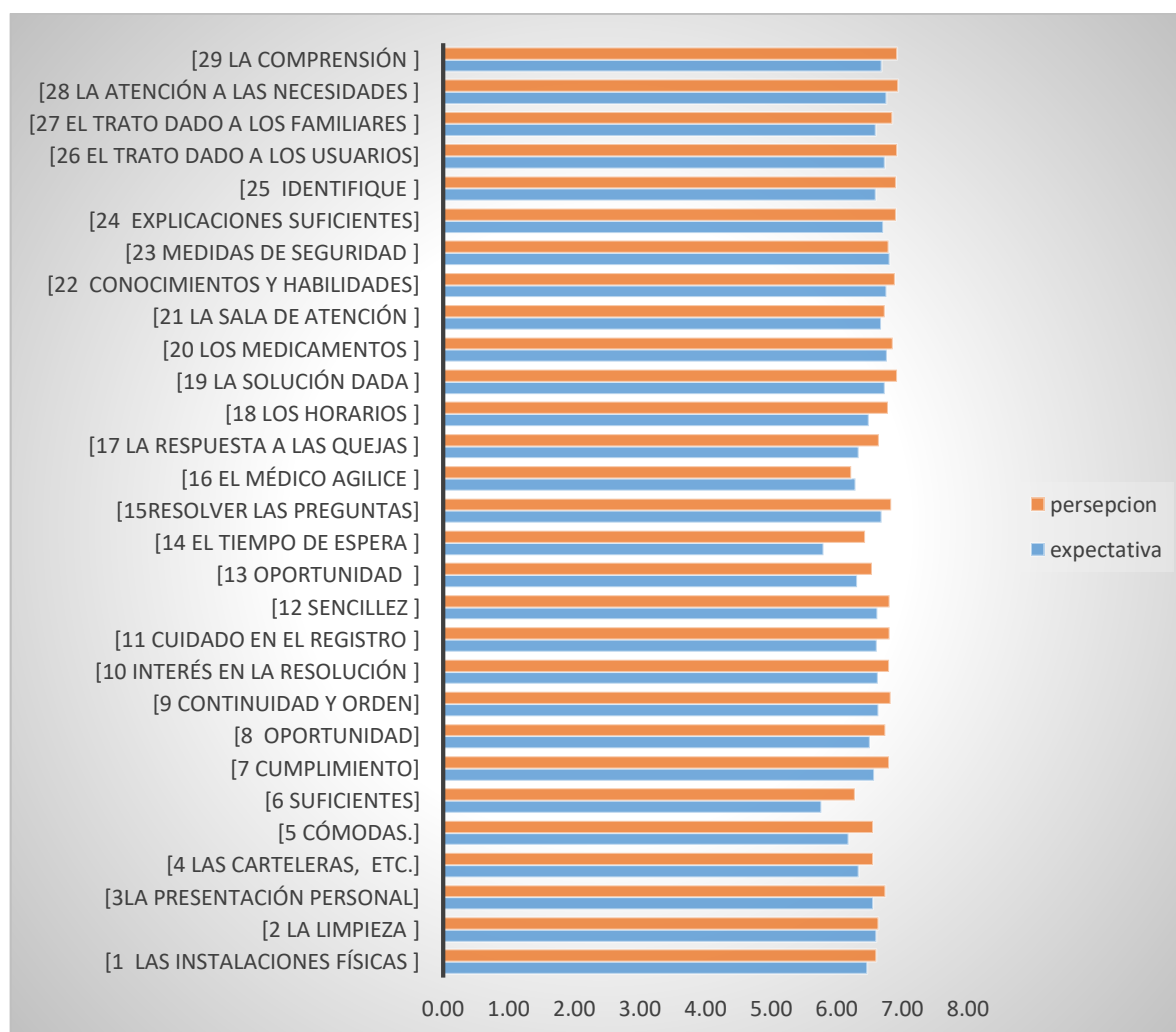
Tabla 13. Análisis de brechas

Dimensiones	Ítem	Puntaje		Brecha
		Expectativa	Percepción	
Tangibilidad	[1 Las instalaciones físicas]	6.46	6.61	0.14
	[2 La limpieza]	6.60	6.64	0.04
	[3La presentación personal]	6.56	6.75	0.19
	[4 Las carteleras, etc.]	6.34	6.56	0.22
	[5 cómodas.]	6.18	6.55	0.37
	[6 suficientes]	5.77	6.28	0.52
Fiabilidad	[7 Cumplimiento]	6.57	6.80	0.23
	[8 Oportunidad]	6.51	6.75	0.24
	[9 Continuidad y orden]	6.64	6.82	0.18
	[10 Interés en la resolución]	6.63	6.80	0.17
	[11 Cuidado en el registro]	6.61	6.81	0.19
Capacidad de respuesta	[12 Sencillez]	6.62	6.81	0.19
	[13 Oportunidad]	6.31	6.54	0.23
	[14 El tiempo de espera]	5.80	6.43	0.63
	[15resolver las preguntas]	6.69	6.83	0.14
	[16 El médico agilice]	6.29	6.22	-0.07
	[17 La respuesta a las quejas]	6.34	6.65	0.31
	[18 Los horarios]	6.49	6.78	0.29
Seguridad	[19 La solución dada]	6.73	6.92	0.19
	[20 Los medicamentos]	6.77	6.86	0.09
	[21 La sala de atención]	6.68	6.74	0.06
	[22 conocimientos y habilidades]	6.76	6.89	0.13
	[23 medidas de seguridad]	6.81	6.79	-0.02
	[24 explicaciones suficientes]	6.71	6.91	0.19
Empatía	[25 identifique]	6.60	6.91	0.31
	[26 El trato dado a los usuarios]	6.74	6.92	0.18
	[27 El trato dado a los familiares]	6.60	6.85	0.25
	[28 La atención a las necesidades]	6.76	6.94	0.18
	[29 La comprensión]	6.69	6.92	0.23

Fuente: elaboración propia en base al programa Excel, 2021

En la tabla 13 se puede observar que la media de todos los ítems de la encuesta es mayor a 6, a excepción de las preguntas pertinentes a la expectativa respecto al material suficiente en las instalaciones del consultorio (incluyendo sala de espera); y al tiempo de espera, demostrando una satisfacción en general mayor al 75% por promedio general. Sin embargo, para ilustrar mejor las cifras demostradas en la tabla se muestra la siguiente grafica con el fin de generar una comparación grafica de los puntajes.

Figura 13. Puntaje de expectativa vs. percepción



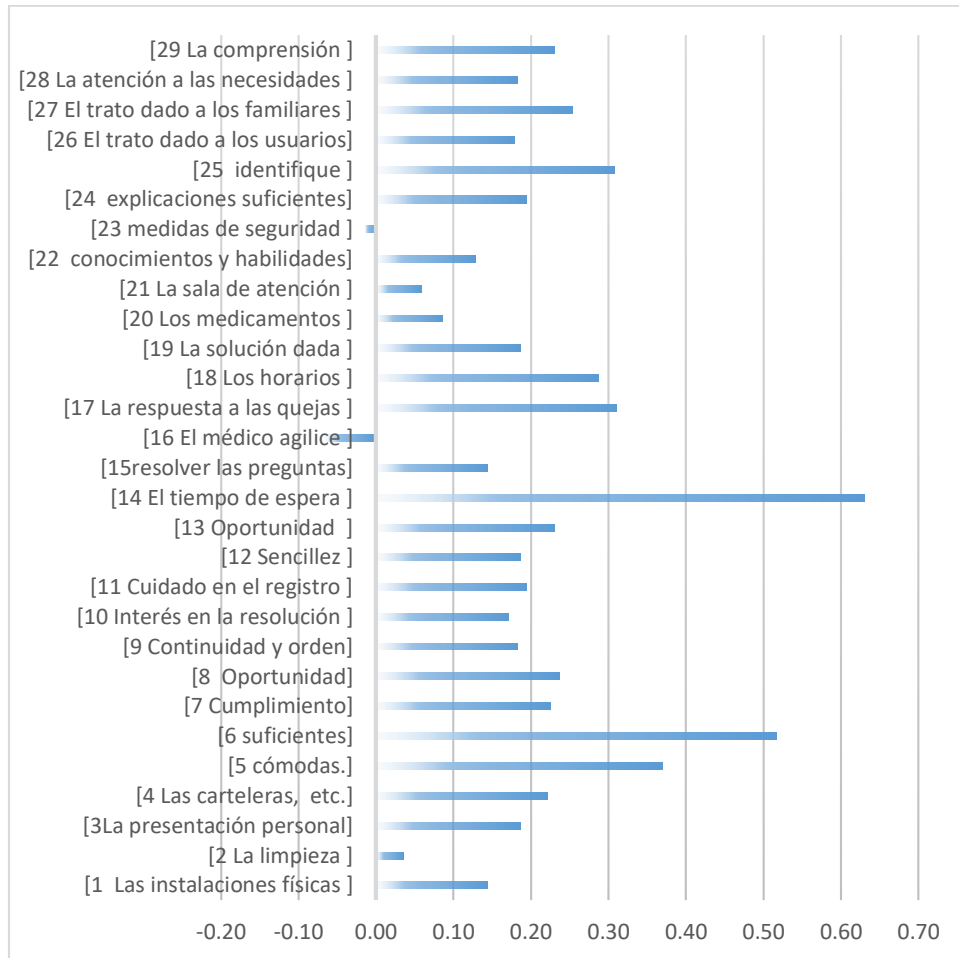
Fuente: elaboración propia en base al programa Excel, 2021

Así mismo basándonos en la figura número 13 en las expectativas se puede observar que los ítems que menor expectativa generaron fueron 6 (suficiencia de mobiliario) con 5.77 puntos y 14 (tiempo de espera) con 5.80 puntos, pertenecientes a las dimensiones de tangibilidad y capacidad de respuesta, respectivamente, mientras que los ítems que mayor expectativa generaron fueron el 20 (medicamentos correctos) con 6.77 puntos y 23 (medidas de seguridad) con 6.81 puntos, ambos pertenecientes a la dimensión de seguridad.

Por otro lado, de igual manera basándonos en la figura número 13, hablando de percepción encontramos como los ítems con percepción de menor valor al 6 (mobiliario suficiente) con 6.28 puntos y al 16 (agilidad en tiempo del médico) con 6.22 puntos; mientras que las mayores ponderaciones corresponden al 19 (solución dada), 26 (trato a todos los usuarios), y 29 (comprensión del médico) con 6.92 puntos, y al 28 (atención a las necesidades) con 6.94 puntos.

Hablando de las brechas se puede observar en la figura número 14, la cual se presenta a continuación, que todas a excepción de 2 son positivas, lo que indica que la percepción del usuario es mayor que la expectativa hacia el ítem antes de la consulta; sin embargo encontramos con valores negativos al ítem 16 (agilidad en tiempo del médico) con -0.07 puntos y al 23 (medidas de seguridad) -0.02 puntos, de las dimensiones de capacidad de respuesta y seguridad respectivamente, cuya brecha está dentro de las brechas más cortas en comparación con las demás, mientras que en las brechas más alta encontramos las del ítem 6 (suficiencia de mobiliario) con 0.52 puntos y 14 (tiempo de espera) con 0.63 puntos, de las dimensiones de tangibilidad y capacidad de respuesta respectivamente, es decir en estas dos brechas la percepción es aún mayor que la expectativa.

Figura 14. Análisis de brechas



Fuente: elaboración propia en base al programa Excel, 2021

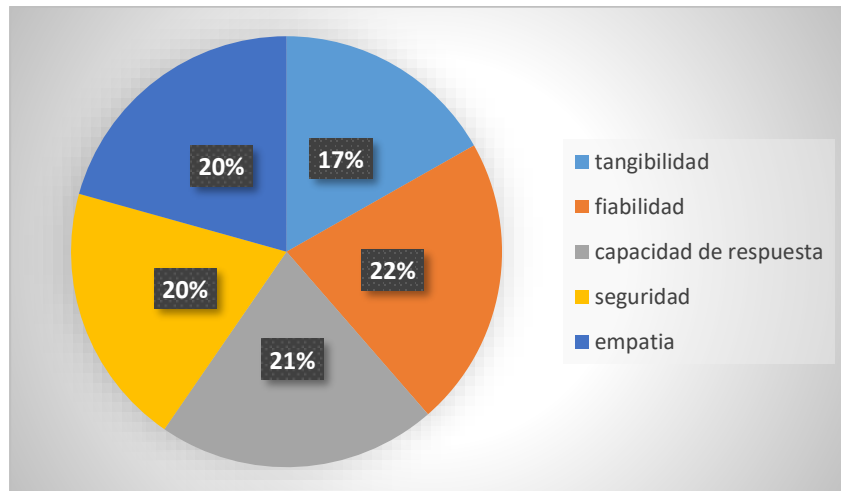
Una vez analizando las brechas de cada ítem, visibles en la figura 14, es necesario también establecer una medición respecto a las dimensiones a las que pertenece cada ítem. Es por ello que se realizó otra encuesta adicional junto con los 157 cuestionarios SERVQUAL donde se solicitaba distribuir 100 puntos entre las 5 dimensiones, respecto a su importancia para el usuario de las mismas, para después en la base de datos calcular la media de cada dimensión, estas ponderaciones se pueden observar en la tabla 14 y para una mejor descripción grafica en la figura 15.

Tabla 14: Ponderación de dimensiones

Dimensión	Ponderación
Tangibilidad	16.79
Fiabilidad	21.82
Capacidad de respuesta	20.99
Seguridad	19.74
Empatía	20.67
Total	100.00

Fuente: elaboración propia en base al programa Excel, 2021

Figura 15. Ponderación



Fuente: elaboración propia en base al programa Excel, 2021

Como se puede ver en la tabla 14 y en la figura 15 la dimensión que mayor ponderación presenta es la fiabilidad con 21.82 puntos, seguida de la capacidad de respuesta con 20.99 puntos y empatía con 20.67 puntos, dejando como la dimensión menos ponderada la tangibilidad con 16.79 puntos; es decir la dimensión más importante para los usuarios es la fiabilidad, seguida de la capacidad de respuesta, empatía, seguridad con una diferencia menor a 1 entre cada dimensión y la menos importante es la tangibilidad, con una diferencia de 3 puntos respecto a la cuarta posición.

Estas ponderaciones son importantes calcular la brecha ponderal, la cual determina cual dimensión es importante trabajar como primera elección y priorizar al mismo tiempo las mismas.

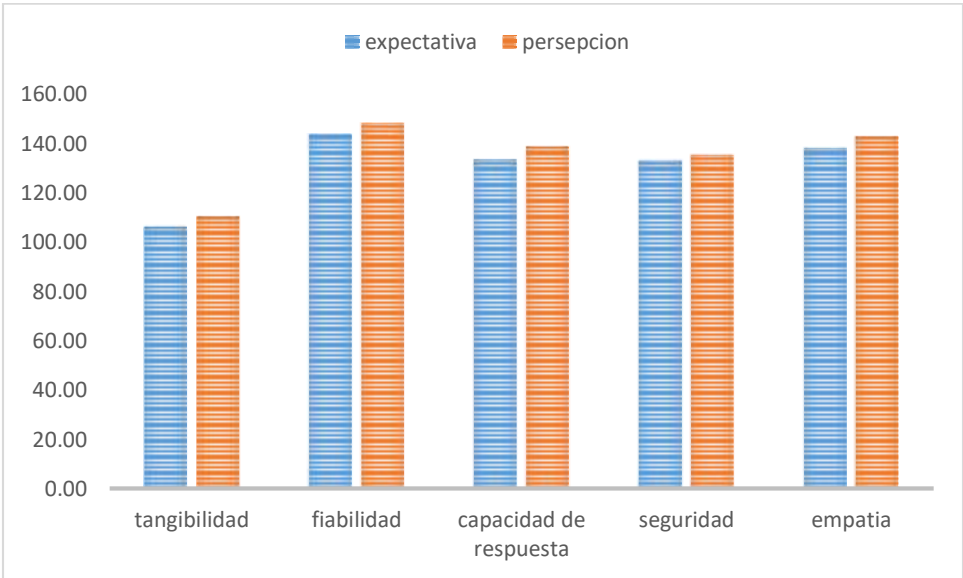
Tabla 15: Análisis de las brechas ponderadas

		Puntaje obtenido			Puntaje ponderado		
Dimensión	Ponderación	Expectativa	Percepción	Brecha	Expectativa	Percepción	Brecha
Tangibilidad	16.79	6.32	6.56	0.25	106.10	110.22	4.13
Fiabilidad	21.82	6.59	6.79	0.20	143.81	148.22	4.41
Capacidad de respuesta	20.99	6.36	6.61	0.25	133.56	138.73	5.17
Seguridad	19.74	6.74	6.85	0.11	133.12	135.22	2.10
Empatía	20.67	6.68	6.91	0.23	137.97	142.73	4.76
Total	100.00			1.03			20.57

Fuente: elaboración propia en base al programa excel,2021

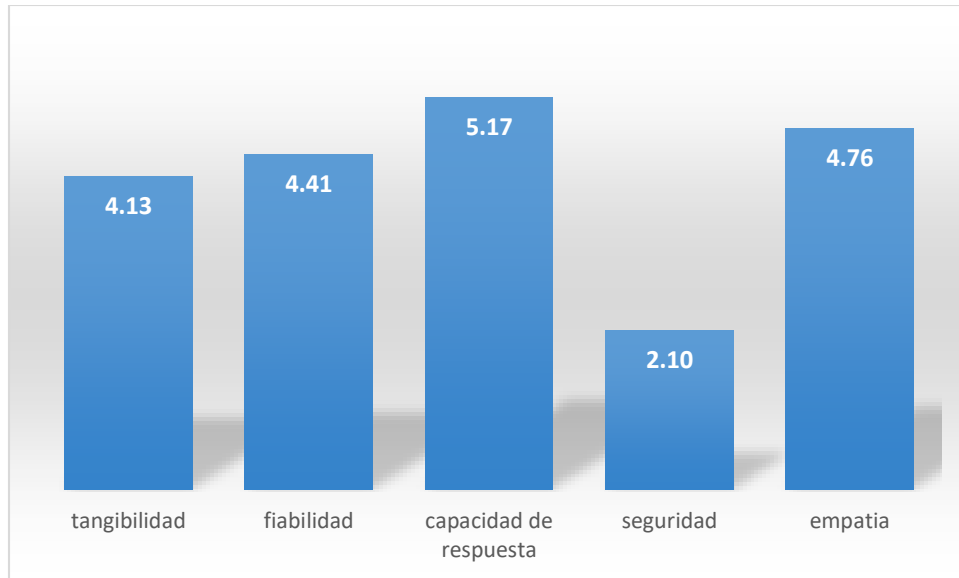
La Tabla 15 corresponde al análisis de las brechas tomando en cuenta las ponderaciones de cada dimensión, que fueron proporcionadas por los clientes. Sin embargo, para poder generar una mejor comprensión visual se presentan a continuación las figuras 16 y 17 correspondientes a análisis de los puntajes y las brechas ponderales.

Figura 16. Puntuación de expectativa ponderal vs. Percepción ponderal



Fuente: elaboración propia en base al programa excel,2021

Figura 17. Análisis de brechas ponderales



Fuente: elaboración propia en base al programa excel,2021

La figura 16 demuestra que los puntajes ponderales se encuentran casi a la par entre percepción y expectativa, más a fondo también se puede observar en la figura 17 que de acuerdo al estudio de la calidad del servicio, todas las brechas son positivas, por lo que la percepción de las dimensiones es mayor a las expectativas observadas por los usuarios, pudiendo encontrar mayor satisfacción en la dimensión de capacidad de respuesta, seguido de las dimensiones de empatía, fiabilidad, tangibilidad y seguridad respectivamente; esta última dimensión fue en la que menos supero la expectativa a la percepción, recordando que aún sigue siendo positivo.

Discusión

Basado en la hipótesis planteada, se puede aseverar que tanto por moda como por promedio la expectativa como la percepción de los pacientes sobre la calidad de atención médica del prestador de servicios en la unidad FC1524 de fundación Best, en específico el turno vespertino, son totalmente satisfactorias y son, en general, mayores al 75% según la escala de Likert.

Es con lo anterior que encontramos que en la escala de Likert la percepción más común en pacientes sobre la calidad de atención del servicio médico es de 7 en todos los ítems de la encuesta SERQUAL. Además, al evaluar cada una de las dimensiones se encuentra una brecha positiva, lo que indica que la percepción supera a la expectativa y por lo tanto los usuarios se sienten completamente satisfechos con la atención médica brindada en el consultorio de fundación Best (farmacias similares) unidad FC1524 en el turno vespertino; siendo la dimensión de la capacidad de respuesta la que mejor sobresale de las 5 dimensiones, con una brecha de 5.17, y siendo la de menor brecha (2.1) la dimensión de seguridad. cumpliendo así la hipótesis en esta tesis “La percepción de los usuarios que acuden a fundación Best unidad FC1524 turno vespertino es totalmente satisfactoria y las brechas entre expectativas y percepciones son positivas favoreciendo las percepciones en un 75%”.

Además, de manera particular de cada ítem también es notable la satisfacción mayor al 75%, en base a las brechas obtenidas en cada rubro, teniendo como el ítem más sobresaliente el tiempo de espera, por lo que se infiere que es mejor que en otros lugares donde los usuarios han acudido por servicios médicos, mostrándolo desde la expectativa baja que tiene antes de ingresar al servicio médico de la unidad de fundación Best antes mencionada y recalcándolo en la brecha establecida por la percepción.

Hablando exclusivamente de los objetivos generados en esta tesis, primero es importante determinar que la evaluación no únicamente implica la cuantificación en escala de Likert de cada ítem o dimensión, sino establecer la diferencia o brecha entre la expectativa y la percepción del servicio médico de la unidad FC1524 antes mencionada, determinando así la evaluación dependiendo si la brecha es negativa (expectativa es mayor que la percepción y por lo tanto la satisfacción es menor a lo esperado) o si es positiva (la expectativa es menor que la percepción por lo que la satisfacción es mejor de lo esperado); en este caso en particular todas brechas las dimensiones, tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía, son positivas por lo que la satisfacción es mejor de lo esperado.

Sin embargo también es importante resaltar que las expectativas de los usuarios sobre la dimensión que involucra el conocimiento de los empleados sobre lo que hacen, su cortesía y su capacidad de transmitir confianza son las más altas en comparación que las demás, lo cual significa que en general esperan una buena seguridad del servicio de salud; no obstante también la dimensión de la empatía genero altas expectativas, lo que indica que el usuario también busca la disponibilidad del médico para ponerse en el lado del otro, pensar primero en el paciente y atender según características y situaciones particulares; no olvidando que la satisfacción fue notoria en ambas dimensiones, por lo cual podemos asegurar que superamos las expectativas de los pacientes.

Por otro lado, a pesar que las brechas ponderales fueron positivas y por lo tanto satisfactorias, existen dos ítems en lo que se tiene que trabajar para poder superar absolutamente todas las expectativas, ya que, aunque por centésimas, demostraron una brecha negativa, y es necesario transpolar la brecha a positivo para superar todas las expectativas de nuestros usuarios; estos ítems implican la capacidad del médico para acelerar el tiempo entre consultas haciendo todo lo posible para agilizar el trabajo sin comprometer la eficacia, eficiencia ni la efectividad del servicio; así como cumplir con las medidas de seguridad que involucran uso de cubre bocas, lavados de manos, utilización del EPP etc.; por lo cual sería prudente establecer medidas y un plan para mejorar ambos ítems. Puntos que no corresponden por el momento a los objetivos de esta tesis, pero es importante señalarlos para futuros estudios.

Conclusión

Esta tesis ha demostrado que la hipótesis establecida respecto a que la percepción de los usuarios sea satisfactoria, se cumple de una manera destacable, se logran cumplir con los objetivos establecidos: las percepciones más comunes sobre la calidad de atención del servicio médico es de 7 en escala de Likert (totalmente satisfactoria), al evaluar los elementos tangibles, el grado de confiabilidad, la capacidad de respuesta, la seguridad y la empatía en la calidad del servicio médico se encuentran brechas positivas, lo que demuestra una alta satisfacción del usuario; se demuestra además, que las expectativas más altas son en las dimensiones de seguridad y empatía, y se observa que la mayor satisfacción es en la dimensión de capacidad de respuesta.

Además de manera individual de cada ítem, el tiempo de espera por si solo muestra una superación notable de la percepción sobre la expectativa respecto a los demás ítems, sin embargo, es importante trabajar en la agilidad del personal médico respecto a lo demostrado en los resultados sobre el ítem de agilidad del personal. Y finalmente, tomando en cuenta la situación actual de la pandemia por COVID-19, presenta mucha importancia trabajar con la utilización de medidas de seguridad e higiene como uso del EPP, limpieza, etc. ya que fue uno de los ítems negativos, que a pesar que la brecha fue menor a una centésima, la circunstancia actual enfatiza la importancia de su trabajo.

Por ultimo una vez demostrado el cumplimiento de objetivos e hipótesis y la importancia de este trabajo de investigación, el siguiente paso a seguir podría ser extrapolar este estudio a mas turnos y consultorios de fundación Best para tener el primer panorama amplio y general de cómo funciona este sistema CAF y generar estrategias para mejorar fallas que se puedan encontrar para demostrar así el nivel de calidad del servicio de salud en este tipo de establecimientos, como se pudo demostrar con servicio de salud del consultorio médico de fundación Best FC1524 del turno vespertino.

Perspectivas

Una vez concluido este estudio de investigación los proyectos de investigación que podrían surgir a partir de éste deberán responder a las siguientes preguntas.

- ¿Cómo es la percepción respecto a las expectativas referente a la calidad del servicio de atención de ambos turnos de los consultorios de fundación Best de la ciudad de Puebla?
- ¿Cómo es la percepción respecto a las expectativas referente a la calidad del servicio de atención de ambos turnos de los consultorios de fundación Best del estado de Puebla?
- ¿Cómo es la percepción respecto a las expectativas referente a la calidad del servicio de atención de ambos turnos de los consultorios de fundación Best a nivel nacional?
- ¿Qué estrategias deben seguirse para mejorar el servicio de calidad en cada una de las entidades previamente mencionadas?
- ¿Qué plan se debe hacer para demostrar a nivel nacional el nivel de calidad de fundación Best?

Ya se ha establecido con esta tesis la primera investigación respecto a estudios de calidad del sistema CAF ahora es momento de continuar con nuevos proyectos que valoren y mejoren en nivel de calidad este sistema de consultorios.

Lineamientos bioéticos

La calidad de servicio en salud también tiene una dimensión ética que va más allá de las relaciones costo eficiencia o de satisfacción del usuario que deben ser tomadas en cuenta a la hora de medir la calidad.

Se solicita a subdirección en fundación Best el permiso para realizar las encuestas SERVQUAL para valoración de calidad del servicio médico a los pacientes que atienda el medico en cuestión (anexo d).

Hablando específicamente del paciente se realiza la aplicación del consentimiento informado, El consentimiento informado que es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud; no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente. Por medio de este se le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la investigación que se realiza y la información y datos presentados sólo estarán en el resguardo del personal médico para el propósito establecido exclusivamente(Comisión Nacional de Bioética :: México, 2015).

Por lo tanto, “el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas”(Comisión Nacional de Bioética :: México, 2015).

Se informa adecuadamente a los pacientes sobre la función de la realización de la encuesta y se pregunta si desea participar en dicha valoración respetando sus datos personales y la decisión actual o futura de salir del proceso de investigación.

Bibliografía

- Aguirre-Gas, H. (2008). Proyecto UMAE. Desarrollo y avances 2004-2006. *Rev Méd IMSS*, 571-580.
- Aguirre-Gas, H. (1997). Administración de la calidad de la atención médica. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 257-64.
- Aguirre-Gas, H. (2007). Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. ¿Una tarea para médicos? *Cir Ciruj*, 149-50.
- Alcántara, M., Contreras, A., Delgado, M., Díaz, N., & et.al. (2012). *La calidad de la atención a la salud de México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia*. MÉXICO, D. F.: D. R. © Secretaría de Salud.
- Arce, H. (1999). Accreditation: the Argentine experience in the Latin American Region. *Int J for Quality*, 425-8.
- Cabello, E. (2014). Validación y aplicabilidad de encuesta SERVQUAL modificada alidación y aplicabilidad de encuesta SERVQUAL modificada. *Revista Médica Heredia*, 88-95.
- Castro V., M. del C. (2016). La Cruzada Nacional por la Calidad en Salud: una mirada sociológica. *Región Y Sociedad*, 16(30). <https://doi.org/10.22198/rys.2004.30.a629>
- Cohen, R., & Swerdlick, M. (2001). *Pruebas y Evaluación Psicológicas. Introducción a las Pruebas y a la Medición*. México D.F.: McGraw Hill.
- Comisión Nacional de Bioética :: México. (2015, April 21). Consentimiento informado. Retrieved May 28, 2022, from http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html
- Comité Nacional por la Calidad de los servicios de salud. (2006). *Programa de Acción : CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD*.
- Cozby, P. C. (2005). *Métodos de Investigación del Comportamiento*. México D.F.: McGraw Hill.
- Cuatrecasas, L. (2000). *Gestión Integral de la Calidad*. España: Gestión 2000.
- Dantés, O. G., Sesma, Sergio, B., Victor M., K., M., F., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Publica de Mexico*, 53(1), s220–s232. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6705-2_7
- Davins Miralles, J. (2007). Comparativa de 3 modelos de gestión de calidad: EFQM, ISO, JCAHO. *FMC - Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 14(6), 328–332. [https://doi.org/10.1016/s1134-2072\(07\)71837-6](https://doi.org/10.1016/s1134-2072(07)71837-6)
- Díaz-Portillo, S. P., Idrovo, álvaro J., Dreser, A., Bonilla, F. R., Matías-Juan, B., & Wirtz, V. J. (2015). Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: Infraestructura y características del personal médico y su remuneración. *Salud Publica de Mexico*, 57(4), 320–328. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i4.7575>

- Eduardo, D., Nieto, H., Villa, A. G., Enrique, C., & Delgado, Y. (2017). *Introducción*.
- Entralgo, L. (1977). *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat Editores.
- European Foundation for Quality Management. (2021). Organisational Change Management | EFQM. Retrieved September 17, 2021, from <https://www.efqm.org/>
- Fernández , H., & Sotelo , G. (2000). La CONAMED y la calidad de la atención médica. *Medicina Universitaria*, 232-38.
- Fundación Best A.C. (2020a). Fundación BEST | Unidos para Ayudar. Retrieved November 13, 2020, from <https://www.fundacionbest.org.mx/>
- Fundación Best A.C. (2020b, June 1). Fundación BEST | Quiénes somos. Retrieved November 13, 2020, from <https://www.fundacionbest.org.mx/quienes>
- Fundación Best A.C. (2020c, June 1). Fundación BEST | Salud. Retrieved November 13, 2020, from <https://www.fundacionbest.org.mx/div-salud>
- Fundación Best A.C. (2020d, October 31). Fundación BEST | Estadísticas Consultas. Retrieved November 13, 2020, from <https://www.fundacionbest.org.mx/estadisticas>
- Fundación Best A.C. (2020e, October 31). Fundación BEST | Estadísticas Consultorios. Retrieved November 13, 2020, from <https://www.fundacionbest.org.mx/consultorios>
- García-Ballester L. (2004). *Artifex factivus sanitatis. Saberes y ejercicio profesional de la medicina en la Europa pluricultural de la Baja Edad Media*. Granada, España: Universidad de Granada.
- González Medécigo, L. E., & Gallardo Díaz, E. G. (2012). Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida o la muerte. *Revista Digital Universitaria*, 13(8), 1–15.
- Hernández Ledezma, M. d. (07 de 09 de 2020). Doctora. (S. A. Armenta Hernández, Entrevistador)
- Hernández Ledezma, M. V. (07 de 9 de 2020). Maestra. (S. A. Armenta Hernandez, Entrevistador)
- Hoz, A. dela. (2014). Propuesta de aplicación de la escala SERVQUAL en el sector salud de Medellín. *Revista CES Salud Pública*, 5(2), 107–116. <https://doi.org/10.21615/3077>
- IMSS/Subdirección General Médica. (1972). Evaluación Médica, Instrucciones México, . IMSS.
- International Organization for Standardization. (2015). *ISO 9001:2015:Sistemas de gestión de la calidad* . Retrieved from <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9001:ed-5:v1:es>
- Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century Committee on Quality of Health Care in America*,. Washington, D.C.: National Academy Press,.
- ISOTools EXCELLENCE. (2021). ISO 9001 - Software ISO 9001 de Sistemas de Gestión ISO. Retrieved September 23, 2021, from <https://www.isotools.org/normas/calidad/iso-9001/>
- Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. México D.F.: McGraw Hill.

- Kotler, P. &. (2001). *Marketing de Servicios*. México: Pearson.
- Lezana Fernández, M. Á. (2016). Consultorios adyacentes a farmacias privadas: calidad de los servicios de salud y calidad de vida laboral (CAF). *CONAMED*, 21, 3–4.
<https://doi.org/10.1136/bmj>
- Madrid, C. (mayo de 2015). *Manual de uso de la aplicación ODK*. Obtenido de Manual de uso de la aplicación ODK: <http://docplayer.es/5061005-Manual-de-uso-de-la-aplicacion-open-data-kit.html>
- Magnusson, D. (1978). *Teoría de los Test*. México D.F.: Editorial Trillas.
- Maimonides. (1991). *Obras médicas I. El régimen de salud*. Córdoba, España: Ediciones el Almendro.
- Marín Hernández, G. (07 de 09 de 2020). Doctor. (S. Armenta Hernández, Entrevistador)
- Martínez, B. (2008). Calidad. ¿Qué es el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management)? *Anales de Pediatría Continuada*, 6(5), 313–318.
[https://doi.org/10.1016/s1696-2818\(08\)74887-x](https://doi.org/10.1016/s1696-2818(08)74887-x)
- Ministerio de Salud del Perú. (2014). *Hospital María Auxiliadora, Encuesta de*. Perú.
- Mohammed , K., Rajjo , T., & Prathibha, V. (2016). Creating a patient-centered health care delivery system: A systematic review of health care quality from the patient perspective. *Am J Med Qual*, 12-21.
- Neri-Vela , R. (1991). La oftalmología y el Código de Hammurabi. *Rev Mex Oftalmol*, 8-18.
- Pérez Chacón, F. L. (07 de 09 de 2020). encargada de farmacia. (S. A. Armenta Hernández, Entrevistador)
- Pérez-Álvarez, J. (1974). Evaluación Médica. *Bol Médico IMSS*, 16:281.
- Real Academia Española. (2020). percepción | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE. Retrieved November 22, 2020, from <https://dle.rae.es/percepción>
- Recio R, Ramón G, Gómez S. David, López G. Héctor, M. L. E. I. (2013). Calidad de servicio percibida por usuarios atendidos en dos clínicas de Rioverde San Luis de Potosí. *Contexto*, 2, 33–48.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de Diccionario de la lengua española: <http://www.rae.es/rae.html>
- Saturno , P. (2001). *Acreditación de Instituciones sanitarias. Modelos, enfoques y utilidad. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud*. Murcia, España: Universidad de Murcia.
- Secretaría de Salud. (2001). *Programa de Acción. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*. México.
- Sosa-flores, J. L. (2018). *Expectativas y percepciones del usuario externo sobre la atención en dos establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lambayeque , Perú Expectations and perceptions the external user on the attention , in two health*. 11(3), 162–168.

- Tena. (2001). La Cruzada Nacional por la calidad de los servicios de Salud y la Conamed. *Revista CONAMED*.
- The Joint Commission. (2021). A Global Leader for Health Care Quality and Patient Safety | Joint Commission International. Retrieved September 15, 2021, from https://www.jointcommissioninternational.org/?_ga=2.176988261.1742519392.1631725945-778061040.1631725945
- The Joint Commission. (2020). About Us | The Joint Commission. Retrieved September 15, 2021, from <https://www.jointcommission.org/about-us/>
- Varela, J. S., Belauzarán, A. Á., Trejo, E., & Castillo, J. C. (2012). Continuidad de una política pública : SICALIDAD. *Salud Publica Mex*, 4(2), 1–19.
- Vera, J., & Trujillo, A. (2016). El efecto de la calidad del servicio en la satisfacción del derechohabiente en instituciones públicas de salud en México. *Contaduría y Administración*, 63(2), 1–22. <https://doi.org/10.1016/j.cya.2016.07.003>
- Zeithaml, V., Parasuraman, P., & Berry, L. (2004). *Modelo de la calidad del servicio*. México: Mc Graw Hill.

Anexos

Anexo A-. Precios consultorios de farmacias Fleming y consultorios de fundación Best

Fleming FARMACIAS UNIVERSITARIAS®	
SERVICIOS MÉDICOS	
1 Toma de presión	\$ 15.00
2 Toma de glucosa	\$ 20.00
3 Aplicación de medicamentos s/jga c/receta	\$ 15.00
4 Curación que no involucre planos profundos	\$ 50.00
5 Curación que involucre planos profundos	\$100.00
6 Sutura de menos de 5 puntos	\$ 70.00
7 Sutura de más de 5 puntos	\$120.00
8 Revisión de dispositivo	\$100.00
9 Retiro de puntos	\$ 50.00
10 Retiro de dispositivo intrauterino	\$100.00
11 Certificado médico básico s/estudios laboratorio	\$ 50.00
12 Control niño sano	\$ 30.00
13 Lavado ótico	\$ 30.00
14 Control de embarazo	\$ 30.00
15 Servicio médico	\$ 35.00
16 Retiro de sonda	\$ 50.00
17 Toma de glucosa en consulta	\$ 50.00
Estos precios no incluyen material de curación	
Fleming FARMACIAS UNIVERSITARIAS®	
Para pasar a consulta pague en farmacia BUAP	

AVISO IMPORTANTE Los precios de los procedimientos suben \$5.00, excepto: > TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL > APLICACIÓN DE INYECCIÓN > PRUEBA PARA DETECTAR NIVELES DE AZÚCAR (SIN LUPIE MATERIAL)	
PROCEDIMIENTOS	
> CONSULTA MÉDICA	\$45.00
> CERTIFICADO MÉDICO	\$ 50.00
> CONTROL DEL NIÑO SANO (SIN LUPIE MATERIAL)	\$ 40.00
> CONTROL DE EMBARAZO	\$ 40.00
> PLANIFICACIÓN FAMILIAR	\$ 40.00
> TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL	\$ 20.00
> APLICACIÓN DE INYECCIONES	\$ 25.00
> PRUEBA PARA DETECTAR NIVELES DE AZÚCAR (SIN LUPIE MATERIAL)	\$ 40.00
> LAVADO ÓTICO (CADA OÍDO)*	\$ 50.00
> RETIRO DE PUNTOS*	\$ 45.00
> RETIRO DE SONDAS*	\$ 55.00
> EXTRACCIÓN DE UÑA ENTERRADA* (SIN LUPIE MATERIAL)	\$ 65.00
> NEBULIZACIONES* (SIN LUPIE MATERIAL)	\$ 65.00
> CURACIÓN*	\$ 45.00
> SUTURA*	\$ 65.00

*ESTOS PRECIOS NO INCLUYEN EL MATERIAL REQUERIDO PARA SU REALIZACIÓN.

ANEXO B.- Tablas de diagnóstico situacional

genero	%	pacientes
masculino	39%	3132
femenino	61%	4862
4135	100%	7994

turno	pacientes	%
matutino	5600	70%
vespertino	2394	30%
	7994	100%

edad	%	pacientes
<1	0.82%	66
1 a 4	5.95%	476
5 a 9	6.17%	493
10 a 14	5.63%	450
15 a 19	5.01%	400
20 a 24	7.23%	578
25 a 44	26.19%	2094
45 a 49	7.59%	607
50 a 59	13.08%	1046
60 a 64	6.05%	483
>65	16.28%	1301
	100%	7994

clasificacion	porcentaje
agudo	76.1%
cronico	19.69%
subagudo	3.34%
ninguno	0.87%
	100. %

diagnostico	pacientes	%
acne	17	0.22%
alcoholismo	8	0.10%
alergia	85	1.06%
alopecia	6	0.07%
AM	17	0.22%
anemia	15	0.19%
apendicitis	10	0.12%
artritis	60	0.75%
asma	21	0.27%
cardiopatía	23	0.29%
cefalea	79	0.99%
colecistitis	31	0.39%
contractura	207	2.59%
contusion	48	0.60%
dermatitis	95	1.19%
DICV	81	1.02%
dislipidemia	27	0.34%
DMII	130	1.62%
DYA	62	0.77%
E. tiroidea	23	0.29%
EDA	1120	14.00%
edema	13	0.17%
EH	15	0.19%
embarazo	15	0.19%
enfermedad exantemática	21	0.27%
enfermedad hemorroidal	17	0.22%
EnRe	12	0.15%
epilepsia	6	0.07%
epistaxis	12	0.15%
EPOBA	48	0.60%
ERE	10	0.12%
esguince	25	0.31%
ETS	8	0.10%
FOD	12	0.15%
fractura	10	0.12%
gastritis y erge	179	2.22%
herida	29	0.36%
hiperuricemia	54	0.68%
hipotension	8	0.10%
HS1	39	0.48%

HTA	182	2.27%
HTD	13	0.17%
HZ	15	0.19%
INC	12	0.15%
IP	56	0.70%
IRA	3055	38.21%
IVP	58	0.73%
IVU	514	6.43%
LGM	13	0.17%
malformación congénita	10	0.12%
mastopatía	8	0.10%
menopausia	6	0.07%
micosis	75	0.94%
mordida perro	8	0.10%
MYF	10	0.12%
NON	33	0.41%
onicocriptosis	8	0.10%
osteoporosis	13	0.17%
otitis	188	2.35%
otros	50	0.63%
P. insecto	25	0.31%
prostatitis	17	0.22%
rinitis	64	0.80%
sano	70	0.87%
SCI	340	4.26%
sinusitis	116	1.45%
SOP	10	0.12%
tendinitis	17	0.22%
TOYA	160	2.01%
tumor b	19	0.24%
VA	87	1.09%
VPB	44	0.56%
total	7994	100.00%

ANEXO C.- Instrumento de recolección de información

CUESTIONARIO SERVQUAL PARA EVALUAR CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD.

Instrucciones

Basado en su experiencia como paciente piense en un servicio que brindaría una excelente calidad en el servicio de salud que usted visita. Piense en el servicio con lo que usted estaría complacido al ser atendido.

- Por favor, indique el grado que usted piensa que un servicio excelente debe tener respecto a las características descritas en cada uno de los enunciados.
- Si usted siente que la característica no es totalmente esencial, encierre el número 1.
- Si cree que la característica es absolutamente esencial para un servicio excelente, encierre el número 5.
- Si su decisión no es muy definida, encierre uno de los números intermedios.

No existen respuestas correctas ni incorrectas, sólo interesa obtener un número que realmente refleje lo que usted piensa respecto a la calidad del servicio que recibe.

ELEMENTOS TANGIBLES	expectativa							percepción						
	totalmente desacuerdo	desacuerdo	nada o poco desacuerdo	neutral	nada o poco de acuerdo	de acuerdo	totalmente de acuerdo	totalmente desacuerdo	desacuerdo	nada o poco desacuerdo	neutral	nada o poco de acuerdo	de acuerdo	totalmente de acuerdo
1 Las instalaciones físicas (edificio en general -paredes, puertas, sala de espera, consultorio, etc.) tengan una apariencia agradable.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
2 La limpieza de las instalaciones físicas (el edificio) así como de mobiliario, sea impecable.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
3 La presentación personal de los empleados sea excelente.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
4 Las cartelerías, anuncios, folletos, avisos de señalización u hojas informativas, sean visualmente atractivos.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
5 Las instalaciones sean muy cómodas.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
6 La cantidad de sillas/era sean suficientes.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
COMUNICACIÓN														
7 Cumplimiento en la presentación del servicio.	totalmente desacuerdo	desacuerdo	nada o poco desacuerdo	neutral	nada o poco de acuerdo	de acuerdo	totalmente de acuerdo	totalmente desacuerdo	desacuerdo	nada o poco desacuerdo	neutral	nada o poco de acuerdo	de acuerdo	totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
RESPONSABILIDAD Y CAPACIDAD DE RESPUESTA														
12 Simplicidad de los trámites para la atención.	totalmente desacuerdo	desacuerdo	nada o poco desacuerdo	neutral	nada o poco de acuerdo	de acuerdo	totalmente de acuerdo	totalmente desacuerdo	desacuerdo	nada o poco desacuerdo	neutral	nada o poco de acuerdo	de acuerdo	totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
13 Oportunidad en la asignación de citas médicas sea corto.	totalmente desacuerdo	desacuerdo	nada o poco desacuerdo	neutral	nada o poco de acuerdo	de acuerdo	totalmente de acuerdo	totalmente desacuerdo	desacuerdo	nada o poco desacuerdo	neutral	nada o poco de acuerdo	de acuerdo	totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
14 El tiempo de espera desde que llega a sala de espera, hasta que se recibe la atención, sea corto.	totalmente desacuerdo	desacuerdo	nada o poco desacuerdo	neutral	nada o poco de acuerdo	de acuerdo	totalmente de acuerdo	totalmente desacuerdo	desacuerdo	nada o poco desacuerdo	neutral	nada o poco de acuerdo	de acuerdo	totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
15 El médico siempre está dispuesto a resolver las preguntas o inquietudes de los usuarios.	totalmente desacuerdo	desacuerdo	nada o poco desacuerdo	neutral	nada o poco de acuerdo	de acuerdo	totalmente de acuerdo	totalmente desacuerdo	desacuerdo	nada o poco desacuerdo	neutral	nada o poco de acuerdo	de acuerdo	totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
16 El médico siempre agilita su trabajo para atenderlo en el menor tiempo posible.	totalmente desacuerdo	desacuerdo	nada o poco desacuerdo	neutral	nada o poco de acuerdo	de acuerdo	totalmente de acuerdo	totalmente desacuerdo	desacuerdo	nada o poco desacuerdo	neutral	nada o poco de acuerdo	de acuerdo	totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
17 La respuesta a las quejas o reclamos de los usuarios, sea cuando se necesita.	totalmente desacuerdo	desacuerdo	nada o poco desacuerdo	neutral	nada o poco de acuerdo	de acuerdo	totalmente de acuerdo	totalmente desacuerdo	desacuerdo	nada o poco desacuerdo	neutral	nada o poco de acuerdo	de acuerdo	totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
18 Los horarios de atención sean apropiados.	totalmente desacuerdo	desacuerdo	nada o poco desacuerdo	neutral	nada o poco de acuerdo	de acuerdo	totalmente de acuerdo	totalmente desacuerdo	desacuerdo	nada o poco desacuerdo	neutral	nada o poco de acuerdo	de acuerdo	totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

SEGURIDAD	totalmente de acuerdo	de acuerdo	ni de acuerdo ni en desacuerdo	en desacuerdo	ni de acuerdo ni en desacuerdo	de acuerdo	totalmente de acuerdo	totalmente de acuerdo	de acuerdo	ni de acuerdo ni en desacuerdo	en desacuerdo	ni de acuerdo ni en desacuerdo	de acuerdo	totalmente de acuerdo
19 La solución dada por el personal médico, a la necesidad de salud de un usuario, sea apropiada.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
20 Los medicamentos que se suministran a los usuarios sean correctos.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
21 La sala de atención donde atienden al usuario SIEMPRE sea la apropiada para reducir riesgos o complicaciones mayores a su problema de salud.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
22 El personal médico tenga toda la capacidad (conocimientos y habilidades) necesaria para solucionar los problemas de salud de los usuarios.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
23 El personal de salud SIEMPRE cumpla con las medidas de seguridad para el paciente cuando sea necesario (como lavado de manos, uso de guantes y tapabocas).	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
24 El personal médico brinde explicaciones suficientes al usuario sobre la enfermedad, tratamiento, uso de medicamentos y cuidado en casa.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
EMPATÍA	totalmente de acuerdo	de acuerdo	ni de acuerdo ni en desacuerdo	en desacuerdo	ni de acuerdo ni en desacuerdo	de acuerdo	totalmente de acuerdo	totalmente de acuerdo	de acuerdo	ni de acuerdo ni en desacuerdo	en desacuerdo	ni de acuerdo ni en desacuerdo	de acuerdo	totalmente de acuerdo
25 En el primer contacto con el usuario, el personal médico siempre se identifica o se presenta y saluda con cordialidad y respeto.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
26 El trato dado a los usuarios por parte de los/as médicos/as sean excelente.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
27 El trato dado a los familiares de los usuarios por parte de los/as médicos/as sean excelente.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
28 La atención a las necesidades individuales de los usuarios, sea excelente.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
29 La comprensión del médico frente a las necesidades y sentimientos de los usuarios sea excelente.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO D.- hoja de consentimiento informado

Puebla, Puebla lunes, 2 de diciembre de 2019

Dra. María del Carmen Villafaña Peralta

Vicepresidencia de salud de fundación Best

Saludos cordiales

A través de la presente me dirijo a usted se me permita acceso a la base de datos y realizar una encuesta de calidad hacia los pacientes de la unidad FC1524 Puebla, Puebla exclusivamente en el turno que compete a mi servicio de labor. Utilizando la encuesta SERVQUAL como instrumento de recolección de datos. Esto con motivo de la realización de mi tesis para optar por mi grado de maestría en administración en instituciones de salud.

El uso de la información es con fines estrictamente académicos, y si, así usted lo requiere, puede disponer de dicho contenido posterior a su presentación.

Sin más a que hacer referencia y esperando una respuesta positiva de su parte me despido, deseándole éxito en sus labores.

Muy atentamente

Dr. Sergio Augusto Armenta Hernández

