



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA**



**CONSTRUCCIÓN DE DOS ESCALAS SOBRE CALIDAD EN EL SERVICIO DE SALUD  
DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS  
(ISSEMyM)**

# **TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE**

**MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A**

**EUGENIA XIOMARA VILLAGARCÍA TRUJILLO**

**NO. DE CTA. 9914685**

**ASESORA**

**DRA. EN C.S. LEONOR GUADALUPE DELGADILLO GUZMÁN**

**TOLUCA, MÉXICO**

**NOVIEMBRE DE 2016.**

## Índice

<b>Resumen</b> .....	7
Presentación.....	8
Introducción .....	10
Antecedentes .....	11
Estadísticas sobre la población usuaria de servicios de salud. ....	13
<b>Capítulo I. Calidad y servicios &lt;de salud desde un enfoque público</b> .....	15
Etapas del proceso de la política pública .....	19
Antecedentes de evaluación de la calidad en los servicios de salud en México .....	21
Estructura funcional del Sistema de Salud en México.....	23
El ISSEMyM .....	24
Análisis del problema.....	26
<b>Capítulo II. Modelo teórico para la mirada de las escalas propuestas</b> .....	29
La Teoría General de Sistemas .....	29
Aportes semánticos de la TGS.....	30
Aportes metodológicos de la TGS .....	35
Características de los sistemas abiertos .....	36
El pensamiento sistémico en los sistemas de salud actuales.....	38
<b>Capítulo III. Método</b> .....	40
Objetivo del estudio.....	40
Objetivos específicos .....	40
Tipo de estudio o investigación.....	40
Variables personales ligadas a la organización:.....	41
Universo de estudio.....	42
Muestra .....	42
Constructo de estudio .....	43
Procedimiento .....	44

Revisiones previas sobre evaluación de la calidad en salud pública. ....	47
Dimensiones de las escalas .....	51
Antecedentes sobre las dimensiones de las Escalas. ....	52
<b>Capítulo IV. Resultados</b> .....	55
Validez de las escalas .....	55
Validez de contenido .....	55
Confiabilidad de las escalas .....	70
Intercambio.....	78
Retroalimentación.....	79
Variabilidad:.....	79
Homeostasis.....	80
<b>Capítulo V. Conclusiones y sugerencias</b> .....	82
<b>Referencias</b> .....	84
Anexo 1. Hoja de consentimiento informado.....	90
Anexo 2. Tabla referentes teóricos.....	91
Anexo 3. Operacionalización de las dimensiones: Derechohabientes .....	92
Anexo 4. Operacionalización de las dimensiones: Escala de Autoevaluación del Personal.....	93
Anexo 5. Artículo enviado para su publicación.....	94

## Resumen

Se realizó un estudio de corte cuantitativo con el objeto de construir dos escalas desde la percepción de derechohabientes y servidores públicos, que midan la calidad en la prestación de servicios de salud del ISSEMyM. Como organismo de salud está sujeto a los criterios operativos del Sistema Nacional de Salud del Gobierno de la República Mexicana y, por lo tanto, su compromiso es permanente en relación a brindar servicios con calidad.

De acuerdo a las políticas públicas en salud y al enfoque sistémico como modelo de pensamiento (teórico), se proponen dos instrumentos, herramientas de la evaluación de la calidad en el servicio prestado por dicho organismo ya que cuentan con un alto grado de utilidad al servir como referentes para emprender medidas preventivas y correctivas que hoy en día necesita esta institución.

La consistencia en los datos cuantitativos (49.624% de varianza total de la Escala de **Autoevaluación** sobre la Calidad en el Servicio del personal ISSEMyM, y 54.512% de varianza total obtenida en la Escala de Calidad en el Servicio para **Derechohabientes** ISSEMyM) garantizan un estudio válido, confiable y verificable, científicamente avalado en lo teórico, técnico, metodológico y contextual, considerando las necesidades del Gobierno en cuanto a la mejora de la atención en salud y el esfuerzo sostenido para lograr un nivel aceptable de calidad de atención médica al alcance de los habitantes.

## Presentación

En la actualidad, un compromiso permanente establecido en el Sistema Nacional de Salud de la República Mexicana (SNS) es el referido a la evaluación de la calidad. En este sentido, las instituciones de salud del país operan de acuerdo a diferentes modelos de evaluación según sus recursos y necesidades, de modo que la calidad en el servicio que prestan se vuelve un desafío a la hora de medirla.

Para este estudio, se tomó como fundamentación teórica un enfoque de pensamiento sistémico cuya base es la Teoría General de Sistemas (TGS) de Ludwing Von Bertalanffy (1989). Modelo con alto grado de aplicación basado en algunos conceptos universales. Por mencionar uno importante, el de “sistema abierto”, capaz de recoger información del medio para tomar en cuenta las necesidades principales de determinada sociedad y con base en ello, satisfacer las diversas demandas del sistema.

El ISSEMyM siendo un subsistema debe cumplir con lo necesario para brindar sus servicios de acuerdo a la demanda del contexto actual. Desde la perspectiva de la TGS, las organizaciones que tienen la función de sistema abierto ofrecen al ambiente la capacidad de responder de forma eficaz a los cambios continuos y rápidos de la sociedad. Es por ello que se consideró importante elaborar dos instrumentos, uno, dirigido a los derechohabientes con el objeto de medir la percepción sobre la calidad del servicio que presta la Institución, y el segundo, dirigido a los servidores públicos de las clínicas ISSEMyM que consiste en una escala de autoevaluación de la calidad con la que perciben brindar su servicio. Las escalas aportan dos puntos de vista disponiendo de una visión conjunta y general desde el pensamiento sistémico, de la manera en que ambas poblaciones perciben la calidad en el servicio de salud del ISSEMyM y de aquí emprender las medidas pertinentes, si es que hubiese alguna área de mejora en la institución.

En la primera parte de este trabajo se realiza una revisión documental que la academia ha reportado a nivel internacional, nacional y estatal, relacionados con la evaluación de la calidad y algunas variables asociadas. También se presentan estadísticas locales correspondientes a la población usuaria de los servicios de salud. En el capítulo I, se aborda el contexto sobre la política pública, sus fases y la política pública en salud, a fin de ubicar el presente estudio dentro de los mecanismos de

evaluación que operan en dichas políticas. De igual manera, se exponen antecedentes de la prestación de los servicios de salud en México, así como la estructura del sistema de Salud en el Estado de México.

En el capítulo 2 se describe la postura sistémica como modelo teórico que da sustento a la explicación del tema de estudio, refiriendo sus aportes semánticos como metodológicos, además de exponer el enfoque actual del pensamiento sistémico en los sistemas de salud vigentes. El capítulo 3 contiene la metodología utilizada para el estudio y una exhaustiva revisión documental para la elaboración de las escalas.

En el apartado 4 se exponen los resultados de la recolección de datos. Derivado de ello se aprecia un estudio válido, confiable y verificable, científicamente avalado en lo teórico, técnico, metodológico y contextual, considerando las necesidades del Gobierno en cuanto a la mejora de la atención en salud y el esfuerzo sostenido para lograr un nivel aceptable de calidad de atención médica al alcance de los habitantes.

Finalmente, el capítulo 5 y 6 se realiza la discusión, conclusiones y sugerencias correspondientes al trabajo de investigación, en el que puede apreciarse la relación entre el modelo de pensamiento sistémico y las dimensiones de las escalas propuestas, se observa también que los instrumentos develan un mecanismo importante para la medición de la calidad en el servicio de salud, porque entre sus bondades facilitan comprender que el ISSEMyM como sistema es una complejidad organizada que depende de las variables de cantidad y variedad en sus elementos, pero que a la vez se pueden comprender y aprovechar mejor las sinergias entre sus actores. Tanto usuarios como prestadores de servicios completan el proceso de la atención en salud, y por tanto cada perspectiva aporta elementos que pueden ser de gran utilidad a la hora de evaluar y tomar decisiones respecto al desempeño del sistema y sus problemas que atañen.

Se hace extensiva la gratitud a todas aquellas personas que colaboraron para la realización de este trabajo de investigación. Al cuerpo académico *“Educación, Vulnerabilidad y Sustentabilidad”* de la Facultad de Ciencias de la Conducta por su apoyo hacia el presente.

## Introducción

En México, durante los últimos quince años se ha impulsado mejorar la calidad de los servicios de salud. Por ejemplo, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 contemplaba una estrategia denominada “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud” (Ruelas y Frenk, 2002). En esta, se valoró el trabajo realizado por el personal profesional del primer nivel de atención, con la finalidad de motivar el trabajo del personal operativo, esto hizo conveniente examinar los factores que están asociados al nivel de satisfacción personal de salud y los detonantes de satisfacción en el trabajo para su desempeño.

De igual manera, el Programa Nacional de Salud 2007 – 2012, destacó que, en Calidad de la atención a la salud, los sistemas de salud deben ofrecer servicios efectivos, seguros y eficientes, y responder a las expectativas de los usuarios. Además, menciona que las unidades deben contar con los elementos necesarios para que los prestadores de servicios desempeñen sus funciones de forma satisfactoria y eficiente, comprometiéndose con la calidad.

Para México, la evaluación de la calidad de la atención médica presenta retos significativos, como el correspondiente a clarificar los juicios de valor eminentemente subjetivos, definir los puntos a evaluar y los sujetos de evaluación (Aguirre-Gas, 1990). Aunque actualmente se cuente con un vasto estudio sobre el tópico de calidad en salud pública, el modelo metodológico de este estudio se considera pertinente para identificar la organización de los servicios, el proceso, los resultados de la atención y las relaciones humanas, conceptos definidos en la base teórica del mismo.

En este apartado, se expondrán estudios que la academia ha reportado a nivel internacional, nacional y estatal, relacionados con la evaluación de la calidad y algunas variables asociadas. Posteriormente, se presentarán estadísticas locales correspondientes a la población usuaria de los servicios de salud, y finalmente, se expondrán antecedentes de la prestación de los servicios de salud en México, así como la estructura del sistema de Salud en el Estado de México.

## **Antecedentes**

Los estudios que se han llevado a cabo en torno a la calidad en el servicio de salud, han buscado determinar la satisfacción del paciente con respecto al tratamiento o intervención que recibe en las instituciones médicas (Crow et al., 2003; Haviland, Morales, Reise, y Hays, 2003). Esta satisfacción está relacionada directamente con las expectativas que un paciente tiene y el servicio que realmente recibe. Bajo esta premisa, lo satisfecho que una persona se puede sentir con el servicio que ha recibido está determinado por la diferencia entre las expectativas e ideas que tiene y sus propias percepciones con respecto a la calidad del servicio que recibió (Kravitz, 1996; Ross, Frommelt, Hazelwood, y Chang, 1994).

Múltiples estudios se han llevado a cabo en los Estados Unidos y en Europa con la finalidad de conocer los principales factores relacionados con la calidad del servicio que se presta en instituciones médicas. El resultado de estas investigaciones ha mostrado que el cuidado centrado en el paciente, el acceso a los servicios médicos, la comunicación, la calidez y el apoyo emocional, así como el conocimiento y la competencia de los prestadores de los distintos servicios que se ofrecen son determinantes en la calidad de los mismos.

Con respecto al cuidado centrado en el paciente, los estudios cualitativos que han explorado esta variable han señalado que los pacientes se sienten satisfechos con el servicio médico que recibieron cuando se dio una atención de calidad a sus necesidades físicas y emocionales, recibieron un cuidado individualizado y cuidadoso, estuvieron involucrados directamente en las decisiones que se tomaron en cuanto a su cuidado, consideraron que los médicos, enfermeras y demás prestadores se preocuparon de saber quiénes eran y no solamente de conocer su expediente médico, evaluaron que los médicos mostraron respeto por ellos como pacientes, los escucharon y mostraron interés por sus necesidades (Infante et al., 2004; Irurita, 1999).

Otro grupo de investigaciones ha evaluado el acceso que los pacientes tienen a los servicios médicos, lo cual está relacionado directamente con la calidad en los servicios. Por ejemplo, en un estudio conducido por Jun, Peterson y Zsidisin (1998), los pacientes reportaron que para ellos fue sumamente importante la disponibilidad que tenían los doctores, enfermeras y el resto del personal.



De la misma manera, otros estudios han revelado que el tener acceso a los especialistas, el hecho de que la institución médica cuente con espacios apropiados para la atención y horarios adecuados de visita, la posibilidad de ser visitados en sus hogares para revisiones médicas, el recibir información acerca de los distintos servicios médicos que se ofrecen en la institución y el recibir atención de emergencia son elementos determinantes para la buena evaluación de la calidad médica que se ofrece en cualquier hospital, clínica o centro de salud (Ngo-Metzger et al., 2003).

Como en muchas áreas de las relaciones interpersonales, la comunicación es un elemento fundamental en la calidad de los servicios médicos. Estudios que examinan esta variable reportan que los pacientes se muestran sumamente interesados en la calidad de la comunicación e información que se les brinda (Gerteis, Edgman-Levitan, Daley, y Delbanco, 1993). Este factor incluye la comunicación abierta y una adecuada fluidez en la información; el hecho de recibir información detallada con respecto a los procedimientos que se siguen en esa unidad de atención médica y los resultados de los estudios clínicos que se les practicaron así como las habilidades de comunicación que tienen todos los prestadores de servicios entre las que destacan el escuchar cuidadosamente al paciente, prestar atención a sus necesidades, y explicar de manera clara y sencilla procedimientos técnicos complejos (Attree, 2001).

Como es visto, no solo los aspectos técnicos tienen valor en la calidad de los servicios médicos, sino también el apoyo emocional y la calidez en el trato son considerados como determinantes al momento de evaluar a las instituciones (Anderson et al., 2001). Los pacientes evalúan la calidad del servicio que reciben basados en el nivel de interacciones sociales y emocionales que establecieron con el personal que los atendió. Los pacientes quieren que cada médico, enfermero y miembro de la institución además de ser cortés con ellos, muestre también sensibilidad, gentileza, compasión y simpatía por sus pacientes (Gerteis, et al, 1993). Para los pacientes es muy importante tener la suficiente seguridad emocional y sentir confianza en sus médicos para reducir los sentimientos de vulnerabilidad y ansiedad (Radwin, 2000; Larrabee y Bolden, 2001).

Uno de los factores que mayor impacto tiene en la calidad del servicio es lo relacionado a la competencia profesional. Los pacientes esperan que el trato que se les brinda sea eficiente lo cual incluye una correcta coordinación entre todos los miembros

del personal médico y las autoridades de la unidad en la que laboran (Concato y Feinstein, 1997). Además de ello, diversas investigaciones han encontrado que los pacientes expresan constantemente en sus evaluaciones de la calidad en el servicio, el deseo de que sus médicos sean competentes, tengan un adecuado conocimiento científico y técnico, que les den el mejor de los tratamientos, y que cuenten con la suficiente experiencia en su área de especialidad. Aunque los pacientes no tienen los conocimientos de sus médicos, ellos tienen la capacidad para reportar si los doctores que los atienden han acertado en el diagnóstico y el tratamiento que les ofrecieron (Stichler y Weiss, 2000).

Entre los rasgos que los pacientes evalúan de la competencia profesional de los médicos y enfermeras se encuentran los siguientes: la auscultación apropiada, trabajar de acuerdo con los procedimientos institucionales, diagnóstico y tratamiento correctos, ofrecer buenas soluciones por parte del médico, conocimiento sobre las causas del padecimiento y lo que debía hacer en consecuencia (Jun, et al, 1998).

### **Estadísticas sobre la población usuaria de servicios de salud.**

La cuantificación en lo que se refiere a los servicios de salud del país, enfrenta serias dificultades por el tipo de información disponible. De acuerdo con las estadísticas oficiales, difícilmente puede precisarse la población total que cubre las instituciones cuyos servicios de salud están dirigidos a la población abierta y la de las instituciones de seguridad social. De tal forma, que solo se ha llegado hacer aproximaciones de la población usuaria y su vinculación con la población total.

Con respecto a la cobertura de la población usuaria, las instituciones del SNS mostraron una cobertura de 75.5% de población en el año de 1999, advirtiéndose diferencias importantes por institución. Las instituciones de salud dirigidas a población abierta, se encuentran en el IMSS-SOLIDARIDAD que cubre la totalidad de su población potencial. Así como también las instituciones de seguridad social, destacando por cobertura total (100%) Petróleos Mexicanos (PEMEX) y Secretaría de la Defensa Nacional (SDN). Los servicios de seguridad social estatales representan una cobertura de 98.8%. El ISSSTE tiene una cobertura de 71.5%, pero desafortunadamente, no se muestra quienes prestan los servicios de salud como médicos, enfermeras y

trabajadores de salud (Instituto Nacional de Estadística y Geografía y el Instituto Mexicano del Seguro Social, 2000).

Al realizar un análisis de quienes utilizan los servicios de salud se ha encontrado que las mujeres que tienen niveles altos de escolaridad (licenciatura) utilizan los servicios de salud hasta los 60 años de edad, en comparación con las mujeres sin ningún grado escolar. Después de los 60 años, la tendencia se invierte mostrando mayor utilización de los servicios en las mujeres sin escolaridad. Posterior a los 70 años se vuelve a invertir la tendencia siendo mayor la asistencia de las mujeres con escolaridad.

En lo que se refiere a la atención con los hombres, no se cuenta todavía con toda la información de la ENSA (INEGI e IMSS, 2000) sin embargo, se visualizan diferencias que van desde 5.6 puntos porcentuales entre los derechohabientes del IMSS hasta 6.9 puntos porcentuales entre los derechohabientes a servicios médicos privados. Lo que significa que la derechohabiencia es un factor determinante en el uso predominante de servicios de salud por parte de las mujeres, quienes además, presentan diferencias entre sí, determinadas por la posibilidad de acceder a servicios de salud; mientras que los hombres, solo pueden tener acceso si cuentan con trabajos que les otorguen este servicio.

Otra forma de acercarse a datos comparativos entre hombres y mujeres es a través de los egresos hospitalarios. En este sentido, se ha encontrado que dichos egresos provienen de instituciones de seguridad social, y son en su mayoría femeninos (68.8%). Un aspecto importante es que la morbilidad hospitalaria de los hombres y mujeres es diferente; las mujeres acuden a los hospitales principalmente por causas relacionadas con la reproducción (embarazo, parto y puerperio), mientras que los varones acuden principalmente por traumatismos, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas, además de las enfermedades del sistema digestivo y del aparato respiratorio. Si se hace una distinción entre los hombres y las mujeres (excluyendo la atención sobre embarazo, parto y puerperio), se distingue que las mujeres se enferman principalmente por causas relacionadas con el aparato digestivo y con el genitourinario; los tumores aparecen como tercera causa de morbilidad hospitalaria.

## Capítulo I. Calidad y servicios de salud desde un enfoque público

En el presente apartado se aborda el problema de salud y calidad en el servicio desde la visión de un problema público. En el gobierno federal y estatal se diseñan políticas públicas como líneas de acción que orientan la atención de los problemas de salud actuales, emanando la construcción de instituciones que prestan estos servicios. De acuerdo a las fases de dichas políticas públicas, los organismos de salud tenderán a ser evaluados a fin de garantizar la eficacia en el servicio que prestan.

Para Roth (2003) una política pública designa la existencia de un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables y por medios y acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática.

Para efecto de este estudio, es preciso mencionar que la formulación de una política pública, se concreta en un sistema de salud. Cuando existe un problema de salud, se convierte en foco de atención para el Estado y éste a su vez, debe formular políticas para revertir el problema. Enseguida surgen acciones encaminadas a corregirlo, por ejemplo, la creación de nuevas instituciones, planes, programas y proyectos prioritarios, actos administrativos, jurídicos y contractuales. Se tratan de estrategias que permitan a los gobiernos mejorar el impacto del sistema, de acuerdo a contextos y situaciones específicas con el objetivo de satisfacer necesidades y/o solucionar los problemas de manera eficiente<sup>1</sup>. Para Gómez (2005, citado por Zapata, 2014) las políticas públicas también cobran importancia en tanto permiten la participación de diferentes colectivos, por ejemplo, la participación social e investigación, incrementando la posibilidad de intervenirlos más rápidamente.

---

<sup>1</sup> Espinosa (2009) hace la diferencia entre eficacia y eficiencia desde una postura de TGS. Eficacia se refiere a la capacidad que tiene el sistema para lograr los objetivos planteados, mientras que la eficiencia es cuando el sistema logra los objetivos con una relación costo-beneficio positiva.

Por sistema<sup>2</sup> de salud se retoma lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) considera en su Informe sobre la salud en el mundo *¿Por qué son importantes los sistemas de salud?*, como: “cualquier actividad que esté encaminada a promover, restablecer o mantener la salud”. Los sistemas de salud se encuentran en el nivel de la organización social y pueden verse como un aspecto o una parte de ellos. Se forman ante la necesidad de responder a los problemas y necesidades de salud y enfermedad y a partir de la estructura económica y política de la sociedad. Todos sus elementos, como cualquier sistema, se encuentran interrelacionados y los resultados son producto de la dinámica que se da entre todos ellos.

El Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos a través de la Ley General de Salud, regula el proceso de implementación de la política. Propugna la organización de los servicios de salud para sus habitantes, considerando como política pública al SNS<sup>3</sup>. Es un plan de acción en servicios de salud constituido por las

---

<sup>2</sup> Se considera importante ubicar de manera introductoria lo que se entiende por sistema y por sistema de salud. La noción de totalidad deriva de una propuesta aristotélica “la totalidad es más que la suma de sus partes” pues al unirse estas surgen propiedades nuevas no derivadas de cada una por separado. La idea de la totalidad y las partes permite pensar en la noción de sistema, lo cual, ha trascendido hasta la actualidad con diversos autores, entre los pioneros Bertalanffy (1989) como una forma de analizar y estudiar los fenómenos que ocurren en la naturaleza y en la sociedad. Retomando la definición de Hernán San Martín (1986) un sistema es una combinación reconocida y delimitada de elementos dinámicos (personas, servicios, organizaciones, materiales, conceptos, etc.) que siendo interdependientes, están conjuntados entre sí y que actúan permanentemente según ciertas leyes para producir un determinado efecto. Los elementos que constituyen un sistema pueden ser físicos, biológicos, psicológicos, sociológicos o simbólicos y pueden ser organizados jerárquicamente de acuerdo con la complejidad de su nivel de organización. De esta manera, dentro de la gran variedad de sistemas y subsistemas que son estudiados pueden considerarse como tales al ser humano y a su organización social. Y dentro del sistema organización social se incluyen las respuestas que se dan por parte de la sociedad a los problemas relativos a la salud y la enfermedad. Con la noción de totalidad y sistema, los sistemas de salud deben considerarse como abiertos a la interacción con otros sistemas y a los elementos relacionados con el entorno físico, biológico, ecológico y psicosocial. A la vez, más que caracterizarse como sistemas homogéneos con objetivos y medios únicos, se comportan como sistemas contradictorios cuyo desarrollo es la resultante de la acción de distintos campos de fuerza internos y externos al sistema de salud, propios de un sistema más amplio que es la realidad social (Testa, 1993).

<sup>3</sup> La política pública de salud vigente en los Estados Unidos Mexicanos es el SNS 2013 - 2018. Es un conjunto de entidades públicas, federales y estatales, del sector social y del privado que prestan servicios de salud a la población que reside en territorio mexicano. El surgimiento del SNS deriva de la reforma a la Ley General de Salud mexicana de febrero de 1984, cuando el estado mexicano se encontraba en crisis financiera, subsanando esta situación con la inscripción de compromisos con organismos financieros multilaterales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, entre los que se encontraba

dependencias y entidades de la administración pública tanto federal como local y privada, así como por los mecanismos de coordinación, que tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. La misma Ley establece que uno de los objetivos del SNS es “proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos” (Congreso de la Unión, 2015).

Otro de los objetivos del SNS va encaminado hacia la atención de los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas. Los gobiernos de las entidades federativas colaborarán en el ámbito de sus respectivas competencias y en los términos de los acuerdos de la coordinación que celebran con la Secretaría de Salud, a la consolidación y funcionamiento del SNS (Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica).

Los gobiernos de los Estados planean, organizan y desarrollan sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el SNS. Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales: organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general, entre otros: la atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables (Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica).

De acuerdo a la Ley General de Salud (Congreso de la Unión, 2015), los servicios de salud se clasifican en tres tipos: de atención médica, de salud pública y de asistencia social. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud. Para tal efecto, se estipula en dicha Ley la clasificación de los servicios de salud atendiendo a los prestadores de los mismos:

- a) Servicios Públicos a la población en general.

---

precisamente el desmantelamiento de los servicios estatales de salud y la implementación de un sistema de orientación liberal que permitiera la participación de actores privados en el campo de la salud.

- b) Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social a los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, prestan las mismas instituciones a otros grupos.
- c) Servidores sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y,
- d) Otros que de conformidad con lo que establece la autoridad sanitaria

Los servicios a los derechohabientes, corresponden a las instituciones de seguridad social que atienden a las personas por cotizar cuotas obrero-patronales. De acuerdo con la política pública en salud, todas las instituciones de salud del país, se ven sujetas a procesos de evaluación procedentes del SNS.

Con base a la Clasificación de Instituciones de Salud del INEGI (2005) en el tercer nivel de la estructura se conforma por un total de 21 subclases de organismos, por mencionar algunos se tiene al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMMS) y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE), que ambas comprenden todas las unidades de medicina familiar, hospitales y centros médicos correspondientes; también se tiene a las instituciones de salud de Petróleos Mexicanos, que abarca a todas las clínicas o unidades de consulta externa, hospitales y centros médicos (Clínica Tlaquepaque, PEMEX Vallejo, Potrero del Llano); a las instituciones de salud de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), comprendiendo hospitales, centros médicos el segundo y tercer nivel de atención (Servicio Médico del Ejército, SEDENA y Secretaría de la Defensa Nacional); y a las instituciones de salud de la Secretaría Marina, que de igual manera abarca clínicas y unidades de consulta externa a través de las cuales se brindan servicios de salud en el primer nivel de atención (SEMAR).

Dentro de la clasificación que realiza el INEGI (2005), el ISSEMyM se ubica en el apartado 1139, llamado "Otras Descripciones o Tipos de Unidades médicas de los Gobiernos Estatales", abarcando a todas las descripciones genéricas de unidades médicas pertenecientes a los gobiernos estatales, así como a las abreviaturas de los organismos estatales de seguridad social (como ISSSSPEA, ISSET, ISSSTECAM, entre otras). Siendo el ISSEMyM una institución de salud que está sujeta a evaluaciones permanentes que den cuenta sobre los servicios de salud que presta. A través de la política pública es posible partir para analizar e identificar ciertos problemas

por los que puede atravesar. Para ello es necesario conocer cuáles son las fases de análisis de una política pública, se retoma a Roth (citado en Molina y Cabrera, 2008) para explicarlas en los párrafos subsecuentes.

### **Etapas del proceso de la política pública**

Para Roth, las fases del proceso de una política pública son: la formulación, la implementación y la evaluación. A continuación, se describen de manera general:

**Formulación:** La formulación de una política se da cuando un problema que afecta la comunidad llega a ser percibido por la sociedad como una situación socialmente problemática y para la cual el Estado debe generar la solución. La toma de decisiones supone la selección entre varias opciones, lo cual conlleva procesos de negociación y consenso entre instituciones y actores. Tanto la formulación como la toma de decisiones deben estar basadas en la racionalidad técnica. Roth enfatiza que en esta etapa se debe definir el problema; consiste en determinar la naturaleza, las causas, la duración, la dinámica, los afectados, y las consecuencias posibles del problema. En esta fase participan diferentes actores quienes representan grupos de poder y finalmente es una autoridad gubernamental del ámbito nacional, regional o local, la responsable de tomar la decisión legitimándola por medio de un acto administrativo, convirtiéndose de este modo en una norma oficial.

**Implementación:** La implementación de una política pública implica poner en marcha múltiples acciones políticas y administrativas que se soporten mutuamente, a mayor número de acciones y actores involucrados más compleja es la implementación. Roth (2003) la ubica como un proceso de toma de decisiones, siendo si decidir o no decidir, también implica una decisión. La implementación es mejor entendida como una acción política continua, que involucra la negociación que toma lugar en el tiempo entre quienes buscan poner la política en marcha y aquellos de quienes depende (los que controlan los recursos).

El análisis de la implementación requiere entender que una secuencia simple depende de una cadena compleja de interacciones, donde cualquier aspecto interno o externo al ámbito de la política que está siendo desarrollada puede afectarla. Con la implementación de la política se pueden generar transformaciones en el campo social,



político y económico en una sociedad o comunidad específica. Esto supone que el poder es utilizado dentro de procesos políticos y técnicos, junto con la promulgación y fortalecimiento de valores específicos y distribución de recursos (Roth, 2003).

**Evaluación:** Esta fase se ocupa de recolectar, verificar, e interpretar la información sobre la ejecución y eficacia de las políticas y programas públicos. Aunque tiene un sentido vertical, cuantitativo y directivo tendiente a justificar una sanción, se aplica desde una perspectiva gerencial hasta una perspectiva pluralista. Es una actividad de investigación aplicada que produce conocimiento comprometido con la realidad social.

En 1991, el Consejo Científico de la Evaluación propuso la siguiente definición de evaluación: la actividad de recolección, de análisis y de interpretación de la información relativa a la implementación y al impacto de medidas que apuntan a actuar sobre una situación social, así como en la preparación de medidas nuevas. Asocia tres dimensiones a) cognitiva, porque aporta conocimientos; b) instrumental, porque hace parte de un proceso de acciones, y c) normativa, porque se trata de una interpretación a partir de valores.

También existen enfoques de evaluación más amplios, por ejemplo, Roth (2003) analiza aquellos propuestos por los defensores de la evaluación pluralista, como la de Vuille, al referirse como la evaluación de programas sociales, entendida como un proceso y una mezcla que retoma elementos tanto de pensamiento científico como de la acción, tanto de los saberes teóricos como de los empíricos. El de Lecra, que coincide al mencionar que el reto de la evaluación consiste justamente en articular las dimensiones científicas y prácticas o políticas, para superar la tensión de una manera constructiva. La ambición de conjugar el rigor analítico y la acción política lleva al enfoque de Duran a definir la evaluación de políticas públicas como una actividad de investigación aplicada, de producción de un conocimiento comprometido con las realidades sociales. El mismo autor señala que la evaluación de políticas públicas constituye una herramienta para encarar los tres principales retos de los gobiernos democráticos contemporáneos:

- Comprender lo que pasa con los procesos sociales inducidos por la acción pública

- Comunicar para explicar, con base en una información argumentada, y dialogar con sus públicos con el fin de conseguir el respaldo a sus acciones
- Controlar las actividades que se realizan.

Sugiere Roth (2008, citado en Molina y Cabrera) que, aunque el análisis de una política pública puede hacerse desde cualquiera de sus etapas, un enfoque integral de análisis debe involucrar todas las fases del proceso y las características de cada una de sus especificaciones debido a que en la práctica ninguna se deslinda de las demás y muchos aspectos están interrelacionados. En este marco, para el análisis de las políticas públicas en salud, según sus fases se entrecruza una visión sistémica desde la perspectiva de estructura, proceso y resultado y en cada fase y dimensión hay actores involucrados,

Según la propuesta de Roth, en todas las fases y dimensiones de las políticas públicas los actores involucrados tienen un papel fundamental, dado que estas son creadas, puestas en marcha, evaluadas y afectadas por actores interesados, cuyo análisis en sí mismo, conlleva particularidades. Los actores pueden ser individuos o entes políticos, sociales, económicos, administrativos, comunitarios, públicos y privados, diferentes en cada fase de la política pública, así como cambiantes en sus intereses.

### **Antecedentes de evaluación de la calidad<sup>4</sup> en los servicios de salud en México**

Uno de los mecanismos para la evaluación de una política pública es través de la calidad en el servicio que un organismo de salud brinda. La preocupación por conocer la calidad de la atención médica, data principalmente a mediados del siglo pasado: en 1956 inicia en el IMSS con la revisión de expedientes. Posteriormente, en 1957 en el

---

<sup>4</sup> El concepto de calidad ha evolucionado a lo largo de los años y dado lugar a que tanto lo referente a su función como a su ámbito y objeto de control hayan variado hasta nuestros días, cuando la calidad se configura como un modelo de gestión y un estilo de dirección implantado en las empresas líderes. El objetivo fundamental de la calidad, como filosofía empresarial, es satisfacer las necesidades del consumidor, aunque éste es un concepto controvertido. Las necesidades pueden estudiarse según diversos puntos de vista -de la teoría económica, del marketing, de la psicología y de la economía de la salud-, no siempre coincidentes. Desde todos ellos se han aportado contribuciones al conocimiento de las necesidades que deben considerarse al planificar los recursos sanitarios. (UNAM, 2013. Diplomado a distancia. Información médica ¿Qué es la calidad?)

Hospital de la Raza, se forma la Comisión de Supervisión Médica del IMSS. En 1959 se integra la Auditoría Médica de la misma institución.

En 1983 se toman en cuenta para la evaluación de la calidad aspectos como la suficiencia y calidad de los recursos físicos y humanos de acuerdo con el nivel de atención, considerándose las expectativas del derechohabiente, de la institución y del trabajador. A la preocupación generada por el IMSS, se suma el ISSSTE, la Dirección General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Instituto de Perinatología (Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, 2001).

El Instituto Mexicano del Seguro Social, fue pionero en la aplicación del modelo de calidad en la atención a la salud, iniciando en la década de los cincuenta con programas de evaluación desde una perspectiva institucional. Es hasta fines de los ochenta cuando se incorporan dos elementos importantes: la población usuaria y prestadores de servicio, como punto esencial del proceso y la medición como una tarea básica para conocer el sentido en el que se avanza (IMSS, 1990).

De acuerdo con los datos obtenidos en el Programa de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, es a partir de 1985 y 1986 que se destaca la implantación de los primeros círculos de calidad en el Instituto de Perinatología de la SSA. Sin embargo, en la década de los noventa se hace posible identificar un verdadero movimiento hacia la calidad de los servicios de las instituciones de seguridad social del país (Secretaría de Salud, 2002).

Asimismo, el programa menciona que en 1997 en la Secretaría de Salud se inició el Programa de Mejora continua de la Calidad de la Atención Médica. A partir de entonces, y hasta el final del año 2000, fue implantado en 28 estados de la República. Este programa, coordinado por la Dirección de Calidad de la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud, incluyó la primera evaluación de la calidad de unidades de primero y segundo nivel en la historia de esta institución, así como la capacitación de cientos de directivos y personal de dichas unidades (Secretaría de Salud, 2002).

Ruelas (2001) expresa que en México y en diversos países, ha crecido a grandes pasos el interés por la calidad de la atención en salud, manifestándose en tópicos como evaluación y mejoramiento de la calidad, el crecimiento de organizaciones tanto

lucrativas como no lucrativas, servicios de consultoría o capacitación en calidad. Todo esto a consecuencia de que la calidad se ha convertido en requisito necesario de responsabilidad social, económica y de integridad moral.

### **Estructura funcional del Sistema de Salud en México**

El sistema de salud en México está estructurado en tres niveles de atención. El primer nivel de atención, está formado por una red de unidades médicas que atienden a nivel ambulatorio. Son el primer contacto de las personas con el sistema formal de atención. Estas unidades pueden tener distinto tamaño y variar en su forma de organización. Van desde unidades de un solo consultorio, hasta unidades con 30 o más consultorios y servicios auxiliares como laboratorio, rayos X y ultrasonido, medicina preventiva, epidemiología, farmacia, central de esterilización y equipos, administración aulas, etc. La mayoría de las consultas médicas corresponden a las realizadas por los médicos generales, sin necesidad de derivar a atención especializada.

El segundo nivel de atención está formado por una red de hospitales generales que atienden la mayor parte de los problemas y necesidades de salud que demandan internamiento hospitalario o atención de urgencias. Sus unidades están organizadas en las cuatro especialidades básicas de la medicina: medicina interna, cirugía, pediatría y ginecobstetricia. En sus servicios también destacan: urgencias, admisión, hospitalización, banco de sangre, quirófanos, banco de sangre, etc. Es frecuente encontrar subespecialidades como neurología, cardiología, geriatría, entre otras. En este nivel se resuelve la mayor parte de los problemas que requieren hospitalización y se concentra la mayor parte de médicos especialistas.

El tercer nivel de atención, está formado por una red de hospitales de alta especialidad. Se atienden problemas que no pueden ser resueltos en los otros dos niveles y que requieren conocimientos más especializados o una tecnología específica.

## **EI ISSEMyM**

Tiene sus orígenes en el Estado de México, en el año 1954. Sus servicios Médicos iniciaron con la primera unidad médica antes llamada Dirección de Pensiones localizada en la calle de Sebastián Lerdo de Tejada, en la ciudad de Toluca. Posteriormente, en 1967 se construyó una nueva unidad hospitalaria y de consulta externa a un costado de la Alameda Central de la ciudad, a fin de mejorar los servicios proporcionados y ampliar los espacios físicos (ISSEMyM, 2009).

Debido al incremento de la población derechohabiente, a la evolución de las enfermedades crónico degenerativas, a la transición epidemiológica, al avance tecnológico de la medicina, así como a la ampliación de la cobertura de los servicios médicos hacia los familiares de los servidores públicos, la Dirección de Pensiones se transformó por el Instituto de Seguridad Social a favor de los servidores públicos del Gobierno del Estado de México y de los Ayuntamientos de sus municipios, así como de los trabajadores de las Instituciones y Organismos Coordinados y Descentralizados de carácter estatal. Tomando el nombre de ISSEMyM a partir del 1º de septiembre de 1969, durante la gubernatura del Lic. Juan Fernández Albarrán (ISSEMyM, 2009).

Posteriormente, con los avances y la complejidad del entorno, la Ley de servicios médicos de 1994 tuvo cambios que fortalecieron las funciones médicas, las prestaciones socioeconómicas y el planteamiento de la cobertura de servicios. A finales del 2001, se producen acciones trascendentales que modifican el marco normativo del instituto, dando lugar a una nueva Ley que abroga la de 1994. Esta Ley permite al ISSEMyM ampliar la cobertura del servicio a los hijos de los servidores públicos permitiéndoles recibir atención médica hasta los 25 años; dar un enfoque integral a los servicios de salud, con una visión preventiva y de corresponsabilidad entre el instituto y sus derechohabientes; también permite establecer la creación de un seguro facultativo, con la finalidad de extender los servicios de salud a descendientes o ascendientes de los servidores públicos, mediante el pago de una cuota; dar el acceso inmediato a los servicios de maternidad, sin tener que esperar seis meses de cotización del servidor público, y reglamentar los riesgos de trabajo (ISSEMyM, 2009).

En cuanto a las pensiones, con la nueva ley también se logran conquistas para el mercado laboral, una de ellas consiste en la posibilidad de que, ante un cambio de

empleo, el servidor público pueda trasladar sus años de servicio acumulados en otros sistemas de seguridad social, favoreciendo algunos de sus derechos. Las pensiones se basan en un régimen mixto que comprende un Sistema Solidario de Reparto y otro de Capitalización Individual, el primero se otorga de los fondos que se constituyen en una reserva común como pensión a los servidores públicos que cumplan con los requisitos que marca la ley -las pensiones por jubilación, edad y tiempo de servicio, inhabilitación, retiro en edad avanzada y fallecimiento.

El Sistema de Capitalización Individual es un régimen cuyo propósito es crear una cuenta individual de los servidores públicos afiliados al régimen de seguridad social que otorga el instituto. Este método combinado permite ahorrar y contar con un ingreso adicional en el retiro. El Sistema Mixto de Pensiones fue aprobado el 3 de enero de 2002 y entró en vigor a partir del primero de julio del mismo año.

Actualmente, en materia de servicios de salud el instituto cuenta con 99 unidades médicas, que están conformadas por 84 de primer nivel, 11 de segundo nivel y 4 de tercer nivel. Para el otorgamiento de las prestaciones socioeconómicas, el instituto tiene 11 oficinas administrativas de atención a derechohabientes, las cuales han permitido acercar los servicios de atención, trámites y gestión a los usuarios del Estado de México. En cuanto a la infraestructura para prestaciones sociales, culturales y asistenciales, el ISSEMyM, cuenta con 3 centros vacacionales, 2 estancias para el desarrollo infantil, un centro asistencial para pensionados, así como una escuela de música.

En cuanto al número de derechohabientes, el informe anual ISSEMyM (Gobierno del Estado de México [GEM], 2011) reporta que se afiliaron y credencializaron a 65,999 personas de nuevo ingreso, pensionados, pensionistas y dependientes económicos. Durante 2011, el Comité de Afiliación analizó 2,067 solicitudes correspondientes a 2,566 posibles beneficiarios (dependientes económicos), de los cuales, 1,028 fueron aprobados, 1,035 negados y 503 se reprocesaron. Lo anterior representó un incremento en el número de solicitantes, equivalente a 45% con respecto al año anterior lo que se tradujo en 798 dependientes económicos afiliados (GEM, 2011).

Como resultado de lo expuesto, el Instituto registró 1,013,850 derechohabientes al cierre de 2011, de los cuales 340 018 corresponden a servidores públicos activos,

34,598 a pensionados y pensionistas, y 639,234 a dependientes económicos. El total de derechohabientes registrados coloca al ISSEMyM como una sólida institución de seguridad social (GEM, 2011).

En el mismo informe se reportan estadísticos en cuanto al incremento del personal en activo. Al cierre del año 2010 equivalía a 1.68 veces el número de trabajadores incorporados al cierre de 1998; es decir que, en un período de 12 años, el número de trabajadores activos se incrementó en 68%, lo que equivale a una tasa promedio de crecimiento de 4.4% anual. Estos trabajadores en promedio tienen 40.19 años de edad y una antigüedad de 11.79 años

Aunque a la fecha el ISSEMyM se ha consolidado como un organismo de vanguardia, sólidamente cimentado en los principios establecidos por la Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios, aún enfrenta diversos retos, tales como el incremento de la cobertura de los servicios médicos y asistenciales, fomento de la medicina preventiva, así como mantener el equilibrio financiero en cada uno de los fondos que integran la seguridad social en el Estado de México (ISSEMyM, 2009).

Como parte de estos retos, la evaluación de la calidad sigue cobrando un papel relevante al momento de descifrar números. Desde los diferentes programas Nacionales de Salud, como el de 2001-2006, el de 2007 -2012 y el vigente 2012- 2018, se establece que México tiene tres grandes retos en el ámbito de salud: protección financiera, equidad y calidad. El ISSEMyM debe esforzarse por responder de manera adecuada a las expectativas de los pacientes, tanto en su dimensión técnica como interpersonal.

### **Análisis del problema**

En los Estados Unidos Mexicanos aún existe una gran brecha respecto a lograr un conceso en relación a la manera en que la política pública en salud sea implementada y por lo tanto evaluada, en gran parte, se debe al comportamiento impredecible del sistema en el que se realiza. Esta tesis parte de que cada intervención realizada por los actores del sistema, desde la más sencilla hasta la más compleja, tiene un efecto en todo el sistema de salud, y a su vez, desde una visión de totalidad, cada sistema tiene

un efecto en cada intervención. Es por ello que se debe comenzar por entender el alcance que estas intervenciones pueden tener a fin de contrarrestar los comportamientos negativos que de ellas deriven y amplificar en lo posible sinergias.

En México, los servicios de salud enfrentan una tarea compleja y de extraordinarias dimensiones, la población aumenta aceleradamente encontrándose en la espera de la pronta atención a sus demandas, todavía existen desigualdades en la atención a la salud con recursos distintos e inequitativos. Además, comenta Soto, Lutzow y González (2014) que a esta situación se puede agregar los graves problemas que existen en relación con el financiamiento público de los servicios y con las formas de organización y el funcionamiento del sistema de salud, en particular los derivados de la asignación de recursos a las entidades federativas, a las unidades de atención médica y a los programas de salud, así como a la heterogeneidad de la calidad y la existencia de coberturas aún insuficientes, en particular la atención hospitalaria especializada.

Por lo anterior, el sistema de salud parece fragmentado promoviendo una mayor desorganización de los servicios, de baja calidad y poco eficaces para cumplir con los objetivos planteados para mejorar con la salud de la población. Conocer la calidad con que una institución de salud otorga sus servicios a los usuarios es una necesidad primordial e inherente a lo que podría llamarse sistema de salud.

Según Roth (2003) las fases de las políticas públicas están compuestas por la formulación, la implementación y la evaluación. De acuerdo al objeto de estudio de la presente tesis, la calidad en el servicio de salud pública, incide en la etapa de implementación y evaluación. No se pretende dar propuestas de implementación o evaluación de una política pública, pero sí ubicar el punto en que la creación de una escala que mida la calidad en el servicio de salud pública desde un enfoque sistémico puede apoyar en la identificación de problemáticas que puedan solucionarse desde los propios actores sociales, elemento favorable para prevenir y corregir aspectos significativos de la atención en el servicio, que redundan en la calidad y eficiencia de la actividad médica.

Desde un enfoque sistémico, son los pequeños procesos o actores los que de manera inmediata pueden realizar una modificación al sistema, enfocándose hacia lo



preventivo, la educación al paciente considerando las causas de la enfermedad, y en general, las formas de comunicación e interacciones que en cada subsistema se dan. De aquí la importancia de contar con dos mediciones encaminadas hacia el mismo fin, la primera, una escala que mida la calidad percibida por los derechohabientes del ISSEMyM y la segunda, la calidad desde la óptica de los servidores públicos. En el marco de sus interacciones y de su contexto, la calidad será un elemento de juicio que pueda dar cuenta de situaciones específicas del sistema, así sean aciertos o áreas de mejora para la institución.

## **Capítulo II. Modelo teórico para la mirada de las escalas propuestas**

El pensamiento sistémico tiene su origen a principios del siglo XX en diversas áreas como la ingeniería, la economía y ecología. Con el aumento de la complejidad, en el ámbito de éstas y otras disciplinas distintas de la salud se elaboró el pensamiento sistémico con el objeto de comprender y apreciar las relaciones dentro de un sistema dado, así como respecto del diseño y la evaluación de las intervenciones a nivel sistema. (OMS, 2009)

El enfoque sistémico es un método imprescindible para fortalecer los sistemas de salud, particularmente por lo que respecta al diseño y la evaluación de las intervenciones. Pese a la importancia creciente que atribuyen los gobiernos y los financiadores al fortalecimiento de los servicios de salud, es escasa la orientación de que se dispone sobre la manera de llevarlo a cabo. Muchos programas y evaluaciones han seguido ignorando las características fundamentales de los sistemas, considerando a menudo cada elemento constitutivo de forma aislada y no como parte de un todo dinámico. Para conceptualizar las sinergias, previstas o no, derivadas de las intervenciones en el sistema de salud se ha de tener una comprensión más plena del sistema y de la manera en sus componentes actúan, reaccionan e interactúan entre sí, en un proceso de conectividad y cambio.

En este apartado se abordarán los conceptos clave para la comprensión del enfoque sistémico y su aplicación en los sistemas de salud actuales.

### **La Teoría General de Sistemas**

El término “teoría” es definido como conocimiento especulativo considerado con independencia de toda aplicación, mientras que el término de “sistema” hace referencia a la totalidad, a un todo organizado y complejo; un conjunto o combinación de cosas o partes que forman un todo complejo o unitario. Es un conjunto de objetos unidos por alguna forma de interacción o interdependencia (Espinosa, 2009).

Ludwig von Bertalanffy (1989) fue el primer expositor de la teoría general de sistemas, buscando una metodología integradora para el tratamiento de problemas científicos, sin pretender solucionar problemas o intentar soluciones prácticas, sino

producir teorías y formulaciones conceptuales que puedan crear condiciones de aplicación en la realidad empírica.

Para este autor la teoría general de los sistemas es una ciencia general de la totalidad. Las propiedades de los sistemas no pueden describirse significativamente en términos de sus elementos separados. La comprensión de los sistemas sólo ocurre cuando se estudian globalmente, involucrando todas las interdependencias de sus partes. Para esto, es necesario estudiar no sólo partes y procesos aislados, sino también resolver los problemas decisivos hallados en la organización y el orden que los unifican, resultantes de la interacción dinámica de partes y que hacen el diferente comportamiento de éstas cuando se estudian aisladas o dentro del todo.

La TGS está basada en tres premisas básicas y en dos tipos de aportes los semánticos y metodológicos. Las tres premisas básicas son las siguientes:

1. Los sistemas existen dentro de sistemas, los sistemas son abiertos y las funciones de un sistema dependen de su estructura. Cada sistema realiza tareas con la finalidad de cumplir con los objetivos planteados en representación de una dependencia superior, a la cual pertenece.
2. Todas las organizaciones, grupos y personas físicas deben tener acceso a los beneficios que ofrece el sistema.
3. Ejerce influencia la estructura sobre las funciones que lleva a cabo un sistema, definiendo a la estructura como la relación entre las partes que conforman las organizaciones, partes como idea de sectores o áreas (gerencias, departamentos, áreas, divisiones) que están interrelacionadas y obedecen a ciertas normas que las ordena y las nutre.

### **Aportes semánticos de la TGS**

La TGS tiene un lenguaje científico universal que apoya la interacción con distintas disciplinas que intervienen en un proyecto, a fin de brindar un mayor entendimiento. Así se tiene a “las entradas” son los ingresos del sistema, pueden ser recursos materiales, recursos humanos o información, además constituyen la fuerza de arranque que suministra al sistema sus necesidades operativas. Existen tres tipos, las “entradas en serie” entendidas como el resultado o la salida de un sistema anterior con el cual el

sistema en estudio está relacionado en forma directa; las “aleatorias”, que representan entradas potenciales para un sistema y en ellas se usa el término *azar* desde un sentido estadístico y por último las entradas de “retroacción”, que se refiere a la reintroducción de una parte de las salidas del sistema en sí mismo.

En este punto, el “proceso” ocupa un lugar importante, puesto que es la función que transforma una entrada en salida. Puede ser una máquina, un individuo, una computadora o una tarea realizada por un miembro de la organización. Es importante conocer cómo se realizan esas transformaciones, con frecuencia el procesador puede ser diseñado por el administrador, este proceso se llama "caja blanca", En contraste, cuando existen diferentes combinaciones de entradas o su combinación en diferentes órdenes de secuencia, se pueden originar diferentes situaciones de salida y entonces la función del proceso se denomina "caja negra".

La “salida” se refiere a los resultados que se obtienen de procesar las entradas. Al igual que las entradas, éstas pueden adoptar la forma de productos, servicios e información; son el resultado del funcionamiento del sistema o alternativamente, el propósito para el cual existe el sistema. Cabe destacar que las salidas de un sistema se convierten en entrada de otro, que la procesará para convertirla en otra salida, repitiéndose este ciclo indefinidamente. Esta función es la que concluye con un proceso determinado logrando el objetivo planteado desde el primer momento en que se comienza un proyecto.

Para Bertalanffy (1969) las “**relaciones**” dentro de un sistema ocupan un papel muy importante debido a que representan los enlaces que vinculan entre sí a los objetos o subsistemas que componen a un sistema complejo. Las clasifica en tres tipos: las simbióticas, sinérgicas y superfluas. En las primeras los sistemas conectados no pueden seguir funcionando solos. A su vez puede subdividirse en unipolar o parasitaria, que es cuando un sistema (parásito) no puede vivir sin el otro sistema (planta); y bipolar o mutual, que es cuando ambos sistemas dependen entre sí.

En el segundo tipo de relaciones es la sinérgica, se trata de una interacción que no es necesaria para el funcionamiento, pero resulta útil, ya que su desempeño mejora sustancialmente al desempeño del sistema. “**Sinergia**” significa *acción combinada*. Sin embargo, comenta Espinosa (2009), para la teoría de los sistemas el término va más

allá del esfuerzo cooperativo. En este tipo de relaciones la *acción cooperativa* de subsistemas semi-independientes, tomados en forma conjunta, origina un producto total mayor que la suma de sus productos tomados de una manera independiente.

El tercer tipo de relación en un sistema es la *superflua*, que son las que repiten otras relaciones. La razón de estas relaciones es la confiabilidad. Aumentan la probabilidad de que un sistema funcione todo el tiempo y no una parte del mismo, sin estas relaciones el sistema no puede funcionar.

En la TGS se habla de un contexto, referido al conjunto de objetos exteriores al sistema. Tanto el contexto como el sistema pueden ejercer influencia entre ambos, sin embargo, es importante resaltar que el contexto a analizar depende fundamentalmente del foco de atención que se fije. Ese foco de atención, en términos de sistemas, se llama **límite de interés**, para determinar este límite se considerarían dos etapas por separado:

a) La determinación del *contexto de interés*, que suele representarse como un círculo que encierra al sistema, y que deja afuera del límite de interés a la parte del contexto que no interesa al analista.

b) La determinación del alcance del límite de interés entre el contexto y el sistema, es lo que hace las relaciones entre contexto y sistemas y viceversa. Es posible que sólo interesen algunas de estas relaciones, con lo que habrá un límite de interés relacional. La determinación del límite de interés es primordial para marcar el foco de análisis, debido a que solo será considerado lo que quede dentro de ese límite.

Un elemento importante del sistema y su relación al contexto es la “**homeostasis**”. Se refiere a la propiedad de un sistema que define su nivel de respuesta y de adaptación al contexto, es decir, es el nivel de adaptación permanente del sistema o su tendencia a la supervivencia dinámica. Los sistemas altamente homeostáticos sufren transformaciones estructurales en igual medida que el contexto sufre transformaciones y se dice que ambos actúan como condicionantes del nivel de evolución.

En la TGS, existe una jerarquía de los respectivos subsistemas entre sí y su nivel de relación con el sistema mayor, esto se denomina como “rango a la jerarquización”. Cada rango o jerarquía da a conocer los diferentes niveles que existen entre los

subsistemas, y por tanto, actúan como un indicador de las diferencias en las funciones del sistema.

Cada elemento que compone o existe dentro de los sistemas y subsistemas se le llama "**variable**". Bertalanffy (1989) la describe como un proceso interno y dinámico que se desarrolla sobre la base de la acción, interacción y reacción de distintos elementos que deben necesariamente conocerse. Para el autor no todas las variables tienen iguales comportamientos, sino que, por lo contrario, según el proceso sus características, asumen comportamientos diferentes dentro del mismo proceso de acuerdo al momento y las circunstancias que las rodean. Por ejemplo, uno de los comportamientos que puede tener una variable es el de parámetro, que es cuando una variable no tiene cambios ante alguna circunstancia específica, no quiere decir que la variable es estática, ya que en este comportamiento sólo permanece inactiva frente a una situación determinada.

Un segundo comportamiento es el de "operador", que son las variables que activan a las demás y logran influir decisivamente en el proceso para que este se ponga en marcha. Se puede decir que estas variables actúan como líderes de las restantes y por consiguiente son privilegiadas respecto a las demás variables. Es necesario mencionar que las variables restantes no solamente son influidas por los operadores, sino que también son influenciadas por el resto de las variables y a su vez, estas también tienen influencia sobre los operadores.

Como característica principal de los sistemas abiertos está la "**retroalimentación**", se produce cuando las salidas del sistema o la influencia de las salidas del sistema en el contexto, vuelven a ingresar al sistema como recursos o información. La retroalimentación permite el control de un sistema y que tome medidas de corrección con base a la información retroalimentada. Se tiene también la "alimentación delantera", como forma de control de los sistemas donde dicho control se realiza en la entrada del sistema, de tal manera que no tenga entradas corruptas o malas. De esta forma al no haber entradas malas en el sistema, las fallas no serán consecuencia de las entradas sino de los procesos mismos que componen al sistema.

Cuando hay un desgaste que el sistema presenta por el transcurso del tiempo o por el funcionamiento del mismo, se dice que existe "**entropía**". Los sistemas altamente

entrópicos tienden a desaparecer debido al desgaste generado por su proceso sistémico, por lo tanto, deben tener rigurosos sistemas de control y mecanismos de revisión, reelaboración y cambio permanente, para evitar su desaparición a través del tiempo. En un sistema cerrado la entropía siempre debe ser positiva. Sin embargo, en los sistemas abiertos biológicos o sociales, la entropía puede ser reducida o transformarse en entropía negativa, es decir, un proceso de organización más completo y de capacidad para transformar los recursos. Esto es posible porque en los sistemas abiertos los recursos utilizados para reducir el proceso de entropía se toman del medio externo. Asimismo, los sistemas vivientes se mantienen en un estado estable y pueden evitar el incremento de la entropía y aun desarrollarse hacia estados de orden y de organización creciente.

Para la TGS existe una manera de medir la interacción que el sistema recibe del medio, realizándose a través de la “**permeabilidad**”. A mayor o menor permeabilidad del sistema será más o menos abierto. Los sistemas que tienen mucha relación con el medio en el cual se desarrollan son sistemas altamente permeables y los de permeabilidad media son los llamados sistemas abiertos. Por el contrario, los sistemas de permeabilidad casi nula se denominan sistemas cerrados. Un sistema es capaz de aprender y modificar un proceso, un estado, o una característica de acuerdo a las modificaciones que sufre el contexto. Esto se logra a través de un mecanismo de adaptación que permita responder a los cambios internos y externos a través del tiempo. Para que un sistema pueda ser adaptable debe tener un fluido intercambio con el medio en el que se desarrolla.

Para que un sistema pueda mantenerse constantemente en funcionamiento utiliza un mecanismo de mantenimiento que asegure que los distintos subsistemas están balanceados y que el sistema total se mantiene en equilibrio con su medio. Asimismo, un sistema es estable cuando puede mantenerse en equilibrio a través del flujo continuo de materiales, energía e información. La estabilidad de los sistemas ocurre mientras puedan mantener su funcionamiento y trabajen de manera efectiva (“mantenibilidad”).

Por otra parte, para lograr el alcance de los objetivos, se requiere la propiedad de “**optimización**”, en la cual, es necesario modificar al sistema. Suboptimización es el

proceso inverso, se presenta cuando un sistema no alcanza sus objetivos por las restricciones del medio o porque el sistema tiene varios objetivos y los mismos son excluyentes, en dicho caso se deben restringir los alcances de los objetivos o eliminar los de menor importancia si estos son excluyentes con otros más importantes.

### **Aportes metodológicos de la TGS**

Desde la perspectiva de Boulding (2004), la segunda clase de aportes sobre la cual se basa la TGS son los metodológicos, en ellos, se encuentran las jerarquizaciones de todos los sistemas del universo:

- Primer nivel: estructura estática. Se le puede llamar nivel de los marcos de referencia.
- Segundo nivel: sistema dinámico simple. Considera movimientos necesarios y predeterminados. Se puede denominar reloj de trabajo.
- Tercer nivel: mecanismo de control o sistema cibernético. El sistema se autorregula para mantener su equilibrio.
- Cuarto nivel: "sistema abierto" o autoestructurado. En este nivel se comienza a diferenciar la vida. Puede considerarse nivel de célula.
- Quinto nivel: genético-social. Está caracterizado por las plantas.
- Sexto nivel: sistema animal. Se caracteriza por su creciente movilidad, comportamiento teleológico y su autoconciencia.
- Séptimo nivel: sistema humano. Es el nivel del ser individual, considerado como un sistema con conciencia y habilidad para utilizar el lenguaje y símbolos.
- Octavo nivel: sistema social o sistema de organizaciones humanas. Considera el contenido y significado de mensajes, la naturaleza y dimensiones del sistema de valores, la transcripción de imágenes en registros históricos, simbolizaciones artísticas, música, poesía y la compleja gama de emociones humanas.
- Noveno nivel: sistemas trascendentales. Completan los niveles de clasificación: estos son los últimos y absolutos, los ineludibles y desconocidos, los cuales también presentan estructuras sistemáticas e interrelaciones.



Para Espinosa (2009) una organización es un sistema socio-técnico incluido en otro más amplio que es la sociedad con la que interactúa influyéndose mutuamente. La organización también puede ser definida como un sistema social, integrado por individuos y grupos de trabajo que responden a una determinada estructura y dentro de un contexto al que controla parcialmente, desarrollan actividades aplicando recursos en pos de ciertos valores comunes.

Boulding (2004) considera que es necesario conocer los subsistemas que forman una organización o empresa, ubicando en primer lugar el *subsistema psicosocial*, que está compuesto por individuos y grupos en interacción, formado por la conducta individual y la motivación, las relaciones del estatus y del papel, la dinámica de los grupos y los sistemas de influencia. El segundo es el *subsistema técnico* que se refiere a los conocimientos necesarios para el desarrollo de tareas, incluyendo las técnicas usadas para la transformación de insumos en productos. El último subsistema es el *administrativo*, el cual relaciona a la organización con su medio y establece los objetivos, desarrolla planes y operaciones mediante el diseño de la estructura y el establecimiento de los procesos de control.

### **Características de los sistemas abiertos**

Una vez presentados los conceptos más importantes de la TGS, así como sus principios y objetivos sobre los cuales se fundamenta, es necesario distinguir las características de un sistema abierto, en contraste con los sistemas cerrados los cuales no reciben ningún tipo de influencia ambiental. Los sistemas abiertos presentan relaciones de intercambio con el ambiente por medio de múltiples entradas y salidas.

Para Espinosa (2009), es importante conocer que el sistema abierto es aplicable a la organización empresarial. La organización es un sistema creado por el hombre y mantiene una dinámica interacción con su medio ambiente. El autor describe las diferencias principales entre ambos sistemas:

- El sistema abierto interactúa constantemente con el ambiente en forma dual, o sea, lo influencia y es influenciado. El sistema cerrado no interactúa.
- El sistema abierto puede crecer, cambiar, adaptarse al ambiente y hasta reproducirse bajo ciertas condiciones ambientales. El sistema cerrado no.

- Es propio del sistema abierto competir con otros sistemas, el sistema cerrado no.

Bajo estas premisas es posible advertir las ventajas que tiene el sistema abierto sobre el sistema cerrado. Según el modelo Schen (1999) el sistema abierto es aquel que entra en interacción con el medio exterior que tiene una serie de objetivos o funciones múltiples que se conforma de un conjunto de subsistemas dinámicos unos con otros, además de que estos últimos son independientes existen siempre dentro de un ambiente dinámico formando relaciones entre las organizaciones y el entorno que lo rodea.

Para Espinosa (2009) los sistemas abiertos son esenciales para la organización porque permiten la interacción con el medio exterior, además facilitan realizar tareas en mínimo de tiempo brindando así un servicio de calidad y una mejor respuesta a las demandas de los clientes. Este tipo de sistemas son muy accesibles por lo que es aplicable en muchos campos organizativos, se aplica en el campo educativo, en el campo de la salud y donde más destaca es en el campo comercial y económico.

Por mencionar un ejemplo, Espinosa (2009) señala que la TGS es un concepto útil al personal de enfermería en la atención de los clientes. Fue adoptada desde el campo de la biología para explicar los procesos de familia y sus efectos sobre el desarrollo de la personalidad. Teóricos de la personalidad en general creen que la causa habitual de la enfermedad mental es el resultado de dos factores: la herencia genética y fisiológica de los efectos del entorno familiar en el niño durante la infancia y la niñez. Con el fin de comprender la importancia de las múltiples fuerzas y dinámicas que se producen en las familias, la salud mental ha sido estudiada desde el campo científico de la TGS describiendo los procesos de familia.

Para finalizar, menciona Espinosa (2009) que lo que este modelo pretende es que los clientes sean partícipes de la formación y creación de las organizaciones recopilando los diferentes puntos de vista, para usarlos en la elaboración de productos o servicios que permitan a dicha organización fungir como una empresa calificada para prestar servicios de calidad.

## El pensamiento sistémico en los sistemas de salud actuales

Recientemente se ha abierto camino la idea de aplicar el pensamiento sistémico a los sistemas de salud. Según la OMS (2007), es un método para resolver problemas según el cual un “problema” forma parte de un sistema dinámico mayor. Por lo tanto, exige una comprensión más profunda de las vinculaciones, las relaciones, las interacciones y los comportamientos entre los elementos que caracterizan al sistema en su conjunto. En el sector salud, el enfoque sistémico se centra en:

- La naturaleza de las relaciones entre los elementos constitutivos
- Los espacios entre los elementos (y en la comprensión de lo que sucede en ellos)
- Las sinergias que surgen de las interacciones entre los elementos.

La OMS (2007) señala seis elementos constitutivos de lo que podría llamarse sistema de salud pues considera indispensable contar con una terminología clave que permita conceptualizar el sistema de salud y abstraer la utilidad del pensamiento sistémico. Estos elementos están claramente definidos y juntos constituyen un sistema completo. Se mencionan de forma detallada en la Tabla1 (ver tabla 1).

**Tabla 1**

*Elementos constitutivos de los sistemas de salud*

Elemento	Descripción
Prestación de servicios	Comprende intervenciones, personales o no, eficaces, seguras y de calidad, destinadas a quienes las necesitan, cuando y donde se necesitan, realizadas con un mínimo desperdicio de recursos.
Personal sanitario	Ha de ser receptivo, equitativo y eficiente en función de las circunstancias y los recursos existentes y disponible en número suficiente.
Información sanitaria	Ha de posibilitar la producción, el análisis, la difusión y el uso de información fiable y oportuna sobre los determinantes de la salud, el desempeño de los sistemas de salud y la situación sanitaria.
Tecnologías médicas	Comprende productos médicos, vacunas y otras tecnologías de comprobada calidad, seguridad, efectividad y costo-eficacia, y su utilización científicamente racional y costo-eficaz.
Financiación de la salud	Ha de permitir obtener fondos suficientes para la salud a fin de que las personas puedan utilizar los servicios que necesitan y estén protegidas contra las catástrofes financieras o el empobrecimiento que podría conducir a la obligación de pagar por esos servicios.
Liderazgo y gobernanza	Ha de permitir contar con marcos normativos estratégicos, además de facilitar una supervisión efectiva, el establecimiento de alianzas, la rendición de cuentas, las reglamentaciones y los incentivos, así como prestar atención al diseño del sistema.

Organización Mundial de la Salud, 2007.

El Informe deja en claro expresamente, que estos elementos constitutivos solos no conforman un sistema, sino son las múltiples relaciones e interacciones entre los elementos la manera en que uno afecta e influye en los demás, y a su vez es afectado por ellos- lo que convierte en esos elementos en un sistema. Como tal, un sistema de salud puede entenderse a través de la disposición e interacción de sus partes, y de cómo hacen posible que el sistema cumpla con la finalidad con la que ha sido diseñado, de tal manera que cada intervención sanitaria, desde la más sencilla hasta la más compleja, tiene un efecto en todo el sistema.

El pensamiento actual en torno al sistema de salud según el enfoque sistémico, gira en torno a concebir el sistema de salud como un generador de interacciones, sinergias y subsistemas cambiantes. Si se observan los elementos constitutivos como subsistema del sistema de salud, podrá percibirse que dentro de cada subsistema hay un gran número de otros sistemas. Todos los sistemas están contenidos o anidados dentro de sistemas mayores. Por ejemplo, del subsistema “prestación de servicios” puede haber un sistema hospitalario, y dentro de él un sistema de laboratorio. Entre todos estos subsistemas se producen en diverso grado reacciones, sinergias e interacciones con todos los demás elementos constitutivos del sistema de salud.

En este orden de ideas, el pensamiento sistémico pone de relieve el papel de las personas, no solo en el centro del sistema como mediadores y beneficiarios sino también como actores en la conducción del propio sistema. Esto comprende su participación como individuos o a través de sociedades interesadas que influyen en cada uno de los elementos constitutivos.

Para la OMS (2009) son pocos los sistemas de salud que tienen la capacidad para medir o conocer sus puntos fuertes y sus puntos débiles, especialmente por lo que respecta a la equidad, la eficacia y sus respectivos determinantes. Herramientas de medición que vigilen los cambios en cada elemento constitutivo son necesarias para lograr en el sistema condiciones de cobertura eficaz, de calidad y seguridad suficientes, necesarias para potenciar la salud y la equidad sanitaria, así como la receptividad, la protección contra los riesgos y la eficacia. Por esta razón el Informe enfatiza la importancia de los esfuerzos de la comunidad de investigación por diseñar intervenciones específicas que permitan optimizar la capacidad de un sistema de salud.

## Capítulo III. Método

### Objetivo del estudio

Construir dos escalas generales sobre calidad en el servicio de salud pública para derechohabientes y personal adscrito del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios respectivamente.

### Objetivos específicos

- Diseñar dos escalas de calidad en el servicio en salud pública para derechohabientes y personal del ISSEMyM.
- Validar dos escalas psicométricas de calidad en el servicio de salud pública ISSEMyM.
- Confiabilizar las escalas psicométricas de calidad en el servicio de salud pública ISSEMyM.
- Establecer los referentes y dimensiones que enmarcan el diseño de la prueba.

### Tipo de estudio o investigación.

Se considera pertinente realizar un estudio de tipo exploratorio con el que se obtenga la validez y confiabilidad de los instrumentos diseñados. En palabras de Burns y Grove (2005), este tipo de estudio presenta una visión general y aproximada del objeto de estudio, cuando un tema ha sido poco explorado, para Pick y López (2004), conviene resaltar que, en el tipo exploratorio, el fenómeno presenta un limitado estudio en la población específica de interés. Los autores también indican que un estudio flexible empieza con descripciones generales sin hacerse una hipótesis, ya que no cuenta con información suficiente o precisa. La perspectiva general del estudio se plantea tomando un problema grande que se divide en sub-problemas, para dar prioridad a problemas de futuras investigaciones, además, se considera un estudio transversal ya que se realizará en un momento determinado, enfatizando el fenómeno en el presente, no antes ni después. A partir del enfoque de los autores, a continuación se describen las variables contenidas en las escalas para que, de ser requeridas y a juicio del investigador sean consideradas en estudios posteriores.

**Variables:**

- a) Edad: el ciclo de vida productiva de un trabajador en una organización de salud es determinante para tomarse en cuenta como factor de análisis, pudiendo obtener información sobre distintos intervalos de edad de personal en relación a la calidad con que prestan sus servicios. Para Mendoza (2012) las actitudes y los comportamientos van experimentando cambios conforme se avanza en el ciclo vital.
- b) Sexo: Se refiere a la condición biológica relativa a la función reproductiva (Mendoza, 2012). Esta variable puede ser considerada para el caso en que se pretenda conocer si existen diferencias en relación a la calidad en el servicio mostrada en mujeres y varones.
- c) Escolaridad: los estudios son un factor determinante del nivel cultural y una orientación profesional significativa en cualquier organización en cuanto al desempeño y el servicio; resulta más importante aún en organizaciones de la salud, donde se constituye como una variable que puede influir en el desgaste profesional de los trabajadores (Mendoza, 2012).
- d) Estado civil: los roles social y profesional pueden entrar en conflicto, por tanto, se considera un factor de análisis relevante (Mendoza, 2012). Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (De los Ríos-Castillo, Barrios-Santiago, Ocampo-Mancilla y Ávila-Rojas, 2007) sobre agotamiento profesional, se encontró que las enfermeras casadas tienden a mostrar mayores muestras de agotamiento que los varones.

**Variables personales ligadas a la organización:**

- a) Antigüedad en el puesto: cantidad de tiempo, que tiene una persona en el mismo empleo (Cortés, 2009). En investigaciones posteriores puede considerarse si se quisiera conocer si existen efectos entre esta variable y la calidad del servicio de los participantes, según el tiempo de antigüedad laborado.
- b) Condición contractual: se refiere a las condiciones generales de la contratación. En instituciones de salud la relación laboral se da por tiempo determinado o

indeterminado o las llamadas “plazas”. Existe la posibilidad de considerarse en estudios posteriores si se pretende identificar si esta condición es un determinante que influya en la calidad del servicio de los servidores públicos.

- c) Puesto: Se define por el tipo de función desarrollado por un profesionalista en una organización de salud: médico, enfermera, trabajador social, administrativo u otro (Mendoza, 2012). Lo anterior, está relacionado con el rol ocupado y su campo de acción en organizaciones de la salud. Para futuros estudios, se intentaría identificar si existen índices que afecten la calidad en el servicio de salud según el puesto que ocupen los participantes.
- d) Otro trabajo: en muchas ocasiones, los médicos, enfermeras, las trabajadoras sociales, y demás personal, tienen la oportunidad de desempeñarse en otras organizaciones de la salud o como profesionistas independientes (Mendoza, 2012). Esta, puede ser una situación con posibles afectaciones en su agotamiento profesional y la calidad con la que desempeñan su servicio, lo cual pudiera ser tomado en cuenta para próximas investigaciones.

### **Universo de estudio**

La población considerada es para derechohabientes que en consecuencia hayan recibido el servicio de salud que ofrece la institución, y para personal adscrito al ISSEMyM.

### **Muestra**

El número estimado para las muestras se estableció siguiendo el criterio de Hair, Anderson, Tatham y Black (1999), que consiste en 5 registros de respuesta por reactivo. Se estima una muestra de 225 sujetos para la Escala de Autoevaluación del Personal y de 335 para la Escala de Derechohabientes.

Los participantes fueron tanto personal médico como administrativo, con una muestra propositiva de sus derechohabientes. Su aplicación fue en diferentes dependencias de forma individual y en otras grupal.

Las unidades con las que se trabajó la recolección de datos fueron:

- **1er nivel consulta externa:** Clínica de consulta externa Alfredo del Mazo; Huixquilucan; Amecameca; Chalco; Chimalhuacán;
- **2º nivel:** Ixtapan de la sal; Tenango; Tenancingo; Villa Guerrero.

Siguiendo como criterios de inclusión, empleados con una antigüedad mínima de 1 año, y derechohabientes con dicho beneficio asistencial también con un mínimo de 1 año.

**Tabla 2**  
*Distribución de participantes*

<b>Unidad Médica ISSEMYM</b>	<b>Derechohabientes</b>	<b>Personal de salud</b>	<b>Tipo de Consulta</b>
Clínica Alfredo del Mazo-Toluca	108	51	1er nivel, Externa
Clínica Huixquilucan	14	30	1er nivel, Externa
Clínica Amecameca	45	32	1er nivel, Externa
Clínica Chalco	21	20	1er nivel, Externa
Clínica Chimalhuacán	23	27	1er nivel, Externa
Clínica Ixtapan de la Sal	29	18	2do nivel
Clínica Tenango	9	29	2do nivel
Clínica Tenancingo	25	36	2do nivel
Clínica Villa Guerrero	16	13	2do nivel
Clínica Lerma	45	19	2do nivel
<b>Total</b>	<b>335</b>	<b>275</b>	

### **Constructo de estudio**

*Calidad en el servicio:* actos y recursos conjuntos y articulados para satisfacer, de conformidad con los requerimientos de cada cliente o usuario, las distintas necesidades que tienen y por la que se acudió. La calidad se logra a través de todo el proceso desde la entrada hasta la salida del bien buscado, y se registra por medio de la evaluación de los servicios entregados para tal fin. A través de una escala puede identificarse el grado de satisfacción que experimenta el cliente o usuario por todas las acciones emprendidas por su proveedor o benefactor coordinadas para su mayor bienestar.



**Definición conceptual en el marco del estudio de calidad en el servicio:** identifica las necesidades de bienestar psico-físico, ya sean educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento de los individuos o de la población de una forma total y precisa, destinando los recursos (humanos y otros) de forma oportuna y tan efectiva como el Estado actual del conocimiento lo permite (OMS, 2007; también referido por el Hospital Infantil de México, 2013). Y en consecuencia el resultado de salida es el conocimiento sobre la satisfacción del usuario de conformidad con sus necesidades de cuidado y protección a su salud, susceptible de ser medida con base en la percepción general de los servicios prestados.

### **Procedimiento**

Sarabia (1999) indica que en lo metodológico, la investigación científica actual es una espiral inductivo – hipotético – deductivo con dos pasos procesales esenciales: 1º La fase heurística o de descubrimiento (fase hecha de observación, descripción, reflexión y generalización inductiva con miras a generar hipótesis, lo que podría ser respuesta a la explicación del fenómeno). Y 2º La fase de justificación o confirmación (proceso de comprobación del fundamento de hipótesis por medio de un procedimiento o dispositivo previsto al efecto y susceptible de ser reproducido).

Siguiendo estas fases, el autor considera que algunas de las actividades relevantes en el proceso de investigación científica son la observación-descripción del fenómeno, la exploración de la realidad sobre comportamiento, causas, efectos, etc., y el contraste de la hipótesis que garantice su verdadera capacidad de explicación. En este contexto, menciona Martínez (AÑO) que las metodologías útiles para la fase heurística o de descubrimiento son las cualitativas, mientras que las utilizadas para la fase de contraste-justificación son las metodologías cuantitativas.

Es por ello que para el presente estudio y para la fase de descubrimiento se realizó un sondeo, el cual consistió en realizar múltiples visitas a las clínicas del ISSEMyM con la finalidad de observar la dinámica empleada para el servicio médico, del área administrativa y la de los usuarios, también la dinámica de farmacia, ficha, acceso y en pocos casos, consulta médica. Esta etapa permitió elaborar registros y

elaborar un planteamiento inicial sobre la percepción de la calidad desde personal y usuarios. Con ello fue posible elaborar y pulir distintos cuestionarios también utilizados para captar lo percibido sobre calidad. Con los borradores y registros de este sondeo fue posible aplicar encuestas a los derechohabientes y personal de salud, mismas que facilitaron una impresión acerca de las áreas que presentan mayores retos en referencia a la atención brindada.

Paralelamente, se examinaron diferentes cuestionarios, escalas y encuestas sobre calidad en salud con carácter internacional, nacional y local (*SERVQUAL*; Caamaño, 2010; Carman, 1990); *Cuestionario de Evaluación de la Calidad asistencial en un servicio de urgencias urológicas* (Martínez, Urdaneta, Rosales y Villavicencio, 2008); *Encuesta sobre la satisfacción de la atención* (Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”, 2014); *Indicador de Trato digno de los servicios de consulta externa INDICAS* (ISSTE-IMMS, 2015) y *Cuestionario para evaluar percepciones del servicio* ofrecido por la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona (Trujillo, 2006).

También se acudieron con especialistas en la materia, tanto académicos como directivos de las clínicas ISSEMyM quienes dieron aportaciones valiosas sobre el tema de calidad, las incidencias que han enfrentado, sugerencias sobre la metodología para el diseño del instrumento así como algunas recomendaciones generales. Durante las entrevistas con colaboradores de las clínicas expresaron sus opiniones y experiencia en la materia, lo que fue de utilidad para considerar las inquietudes y necesidades que médicos y pacientes viven en la actualidad.

La información cualitativa de las entrevistas, tuvieron el carácter de anónimas y confidenciales, con consentimiento informado previo, en las que se abarcaron los siguientes aspectos: factores que impactan en la calidad del servicio, personal vulnerable, pacientes, tiempos de espera, medicina integrada, hospitalización y consulta externa; estos colaboradores coincidieron en que, existen factores externos que afectan la calidad en el servicio como el estrés, la demanda de derechohabientes y la percepción distinta de la calidad entre pacientes y familiares.

Los especialistas también informaron que los altos índices de estrés en médicos y enfermeras, la demanda excesiva de derechohabientes, la misma personalidad del paciente y su tipo de enfermedad, son detonantes que inciden en la calidad, de lo que

cabe retomar de manera importante que el hecho de fomentar el trato humano, la comunicación asertiva e inteligencia emocional coadyuvaría a elevar la calidad en el servicio de las clínicas y por tanto, la satisfacción del usuario, elementos que fueron recuperados para la integración del diseño de instrumento.

De igual manera, se realizó la revisión teórica, considerando inicialmente el enfoque sistémico por su propósito y aportaciones en la identificación de los elementos clave que inciden en un fenómeno organizacional. En este sentido, Sarabia (1999) menciona que la función de los estudios exploratorios consiste en un primer acercamiento con las teorías, métodos e ideas del investigador a la realidad del objeto de estudio.

Es por ello que con todos los datos obtenidos, tanto de personal de salud, derechohabientes, revisión documental, especialistas y enfoque teórico se realizaron manualmente diferentes matrices de datos que permitieron agrupar la información, permitiendo identificar las posibles dimensiones de la prueba y se extrajeron elementos clave que posteriormente fueron de utilidad para realizar la planeación del contenido de las escalas y redactar los primeros supuestos para estas. Con base en las recomendaciones de los expertos, se elaboró un instrumento inicial que consistió en una escala tipo Lickert. Los supuestos planteados, y con la asesoría de los expertos, se redactaron finalmente en forma de reactivo.

A partir de lo obtenido se diseñaron dos escalas de medición de tipo Likert. Para garantizar las escalas con suficiente grado de validez de contenido (Deng y Dart, 1994), se depuraron a través de la revisión por jueces. Tras una revisión final y por unanimidad en la revisión por jueces, las escalas finales fueron de tipo Likert con seis opciones de respuesta: 1= siempre, 2= casi siempre, 3= algunas veces, 4= casi nunca, 5= Nunca y 6= siempre. La primera escala orientada a una auto-valoración que los trabajadores tienen respecto a la calidad con que brindan su servicio: Escala de Autoevaluación sobre la Calidad en el Servicio del personal ISSEMyM; y la segunda, dirigida a los derechohabientes en la cual manifiestan una apreciación respecto a la atención recibida: Escala de Calidad en el Servicio para Derechohabientes ISSEMyM.

### **Aplicación y levantamiento de datos**

La muestra seleccionada para la recolección de datos fue propositiva y su número se encontró en función del número total de ítems que conformaron la prueba, 5 observaciones por reactivo (criterio de Hair, Anderson, Tatham y Black, 1999). Se acudió a las diversas clínicas de salud del ISSEMyM mencionadas previo consentimiento de las autoridades, del personal y de los usuarios. La aplicación de ambas escalas se realizó tanto de manera individual como colectiva, según la disponibilidad de horario laboral y el número de derechohabientes encontrados en las clínicas.

Ambas aplicaciones estuvieron respaldadas por los criterios de confidencialidad y anonimato condensados en un consentimiento informado, en el que se incluyó el objetivo de la investigación y el manejo que se daría a la información. Posteriormente, para la concentración y análisis de los datos, se utilizaron los programas estadísticos Excel y SPSS. Las escalas fueron sometidas a procesos de validación y confiabilidad mediante diversos métodos estadísticos, los cuales reportan la utilidad de la prueba.

### **Revisiones previas sobre evaluación de la calidad en salud pública.**

Durante la búsqueda de distintos instrumentos sobre calidad en el servicio de salud pública, efectuada tanto por la revisión documental en reservorios electrónicos, por entrevistas con expertos y visitas a centros de salud, se encontraron cinco propuestas, a saber: SERVQUAL (Caamaño, 2010); Cuestionario de Evaluación de la Calidad asistencial en un servicio de urgencias urológicas (Martínez, Urdaneta, Rosales y Villavicencio, 2008); Encuesta sobre la satisfacción de la atención (Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos, 2014); Indicador de Trato digno de los servicios de consulta externa INDICAS (Secretaría de Salud, 2013); y Cuestionario para evaluar percepciones del servicio ofrecido por la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona (Trujillo, 2006).

El primero de ellos, se caracteriza por ser una escala utilizada a nivel empresarial e internacional, su enfoque es multidimensional, distinguiendo la opinión sobre la calidad de los servicios recibidos desde el paciente, también, refleja las deficiencias que pueden producirse en la organización; entre sus ventajas se puede advertir que

propone cinco dimensiones que determinan a un servicio: *confiabilidad*, (habilidad de desarrollar el servicio prometido precisamente como se pactó y con exactitud), *responsabilidad* (la buena voluntad de ayudar a sus clientes y brindar un servicio rápido), *seguridad* (el conocimiento de los empleados sobre lo que hacen, su cortesía y capacidad de transmitir confianza), *empatía* (brindar cuidado y atención personalizada), *tangibles* (instalaciones, equipo, infraestructura, objetos).

Entre sus desventajas se observan que como deriva de una prueba aplicada en el ámbito industrial, su contenido es reducido respecto a los tópicos que actualmente circundan en calidad en salud pública, por lo que sería apropiada utilizarla para evaluar el servicio en determinados departamentos y no para el servicio completo del hospital; además autores como Butle (1996) y Castillo (2005), cuestionan la posibilidad de evaluar la comparación entre expectativas y percepciones, pues no precisamente refleja ser un modelo actitudinal frente a la calidad del servicio.

Con respecto al segundo, es posible señalar que se trata de una propuesta interesante porque utiliza como fundamento los indicadores clave del SNS, el modelo europeo de excelencia empresarial, (EFQM) Norma ISO 9001:2000 y el Modelo de Malcom Baldrigue, también, el cuestionario se divide en 5 subgrupos: *calidad de estructura*, *calidad de servicios*, *calidad de atención sanitaria*, *calidad percibida por el usuario* y *percepción interna*, además, su contenido va acorde con el proceso asistencial, seguimiento, tratamiento, exploración física y organización del servicio de salud.

Sin embargo, entre sus limitaciones se observan que su diseñado está enfocado para medir la calidad en un servicio especializado, por lo que su aplicación se dirige exclusivamente a pacientes con determinada enfermedad, además en relación al rubro de percepción interna, algunas de las preguntas son abiertas, por lo que no se podría detectar con facilidad en las fallas del servicio del personal.

El tercer instrumento se refiere a la Encuesta sobre la satisfacción de la atención, utilizada por el ISEM. En el Estado de México, el Centro Médico Adolfo López Mateos, ubicado en la ciudad de Toluca, utiliza esta encuesta de satisfacción de los usuarios como un mecanismo control para monitorear la calidad que brindan distintos departamentos. La encuesta contiene diez reactivos enfocados a la percepción del

usuario en relación a: atención del médico tratante, la información que se le proporcionó sobre su enfermedad, información sobre el proceso quirúrgico que necesita, información adicional sobre eventualidades del tratamiento, atención del servicio de enfermería, atención de trabajo social, atención del servicio de seguridad, calidad en los alimentos, limpieza, y trámites para alta.

Su practicidad resulta útil para el usuario, ya que requiere de poco tiempo para contestarla. Sin embargo, entre las desventajas que se encuentran para su utilización es que sus reactivos abiertos, reducen la posibilidad de detectar fácilmente las fallas del personal, en relación a la calidad con la que brinda su servicio, así como detectar la satisfacción percibida por parte del usuario.

El cuarto instrumento aborda criterios actuales que a nivel nacional se consideran en salud. Deriva del trabajo que la Secretaría de Salud ha realizado en cuanto a los indicadores de trato digno de los servicios de consulta y lo propone como un sistema integral de medición para el SNS. Este sistema está adecuado a las necesidades de información y evaluación de líneas de acción del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). El instrumento es accesible y fácil de responder para los usuarios, pues consta de diez reactivos. Los tópicos que aborda son: en relación al servicio del médico (escucha, explicación de la enfermedad, explicación del estado de salud actual, explicación sobre el tratamiento, cuidados, y claridad de la información), tiempos de espera, cantidad de medicamentos, trato cordial e identificar en qué área del hospital no recibió buen trato. Puede ser contestado tanto para el paciente como por el familiar.

No obstante, dentro de sus limitaciones están la diversidad de opciones de respuesta para el análisis de la investigación y una no menos importante, la falta de considerar otros temas relevantes en calidad de salud pública como seguridad, limpieza y aspectos relacionados con la higiene del personal.

En el quinto instrumento, el Cuestionario para evaluar percepciones del servicio ofrecido por la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona (Trujillo, 2006), se observan ventajas interesantes como su fundamentación teórica, la cual, estuvo basada en referentes como la percepción, comportamiento organizacional, calidad de servicios y el modelo SERVQUAL. Otra ventaja que se tiene es que maneja tres dimensiones categoriales: funcionalidad y habilidad del personal médico; instalaciones y

competencias técnicas y administración, cada una cuenta con ítems definidos que indagan la percepción del usuario ante la calidad del servicio.

Es una prueba amplia de 34 reactivos, cuyos factores que se identifican son: funcionalidad y habilidad del personal médico o de apoyo (sentimientos de confianza y seguridad, transmitidos por el personal médico, trato recibido, información oportuna y clara, importancia del tratamiento médico hacia el usuario); instalaciones y competencia técnica (apariencia, adecuación y comodidad en las instalaciones, uso de equipo médico, tiempo en exámenes complementarios); y administración (accesibilidad al servicio, trámites, tiempos de espera, atención a quejas, cumplimiento del servicio. Sin embargo, su aplicación fue limitada para un estudio del Hospital de Pamplona, por lo que no se cuenta con información adicional que vislumbre otros resultados. A continuación, a manera de resumen, se ilustra en el “Cuadro 1” las revisiones previas sobre evaluación de la calidad en salud pública.

#### **Cuadro 1**

##### *Revisiones previas sobre evaluación de la Calidad en Salud Pública*

<b>Prueba</b>	<b>Autores</b>	<b>Descripción</b>	<b>Observaciones</b>
SERVQUAL	Jélvez, Riquelme y Gómez (2010)	Escala multidimensional que distingue la opinión sobre la calidad de los servicios recibidos desde el paciente, refleja las deficiencias que pueden producirse dentro de las organizaciones, y por tanto, falta de calidad en el suministro a los clientes.	Utilizada a nivel internacional Se cuenta con validación cultural y semántica de la escala Propone 5 dimensiones que caracterizan a un servicio: confiabilidad, responsabilidad, seguridad, empatía y tangibles Enfocada a empresas. Se utiliza por departamentos y no por áreas generales. No refleja ser un modelo actitudinal
Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)	Secretaría de Salud (2013)	Encuesta que utiliza el indicador “Trato Digno” de los servicios de consulta en la medición como sistema integral de medición para el SNS, principalmente adecuado a l sistema de Calidad de Salud (SICALIDAD)	Puede aplicarse al paciente o al familiar. Los tópicos que evalúa son: en relación al servicio del médico, los tiempos de espera, cantidad de medicamentos, trato cordial e identifica en qué área del hospital no recibió buen trato. Consta de sólo 10 reactivos. El cuestionario no completa abiertamente indicadores que sirvan para investigación. No abarca otros temas como: seguridad, limpieza e higiene personal
Cuestionario para evaluar percepciones del servicio ofrecido por la E.S.E.	Trujillo (2006)	Cuestionario que evalúa la calidad del servicio que brinda el Hospital San Juan de Dios de la ciudad de la ciudad de Pamplona, desde la percepción de los usuarios. Consta de 34 reactivos	Se fundamenta en la percepción, comportamiento organizacional, calidad de servicios y el modelo SERVQUAL. Maneja tres dimensiones centradas a la calidad del servicio: funcionalidad y habilidad del personal médico; instalaciones y competencias técnicas; y administración. Su aplicación se limita a un estudio del Hospital de Pamplona, por lo que no se cuenta con información adicional que vislumbre otros resultados.

**Cuadro 1***Revisiones previas sobre evaluación de la Calidad en Salud Pública*

<b>Prueba</b>	<b>Autores</b>	<b>Descripción</b>	<b>Observaciones</b>
Cuestionario de Evaluación de la Calidad asistencial en un servicio de urgencias urológicas	Martínez, Urdaneta, Rosales y Villavicencio (2008)	Cuestionario que consta de preguntas, destinadas a profesionales sanitarios y otras a los usuarios. El objetivo inicial es detectar y desarrollar aquellos puntos susceptibles de mejora del hospital.	Utiliza como fundamento los indicadores del SNS, el modelo europeo de excelencia empresarial, (EFQM) Norma ISO 9001:2000 y el Modelo de Malcom Baldrigue. Maneja diferentes subgrupos. Contenido acorde con el proceso asistencial, seguimiento, tratamiento, exploración física y organización del servicio. Dirigido para servicio especializado, tanto pacientes como trabajadores. Con preguntas bastante abiertas en la percepción interna.
Encuesta sobre la satisfacción de la atención.	Secretaría de Salud -ISEM	Encuesta utilizada como mecanismo control para monitorear la calidad que brindan distintos departamentos del Hospital Adolfo López Mateos, Edo Méx.	Aborda temas como: la percepción del usuario al médico tratante; información proporcionada a la enfermedad y proceso quirúrgico; atención del servicio, calidad en los alimentos, limpieza; y trámites para alta. No requiere de mucho tiempo para su llenado. Reactivos muy abiertos, por lo que no se podría detectar con facilidad en qué falla el personal, en relación a la calidad con la que brinda su servicio.

Retomado de Villagarcía, Delgadillo, Argüello y González (2016)

## **Dimensiones de las escalas**

**Organización del servicio:** está relacionada con la planificación o estructuración de la atención médica, distribuyendo convenientemente sus servicios como: el manejo de tiempos, la organización del personal, horarios, citas programadas, tiempos de espera para recibir consulta, cumplimiento del servicio, trámites, documentación y surtimiento de medicamentos.

**Atención médica:** se considera la efectividad con la que se le dio al derechohabiente su servicio médico, esto incluye la atención brindada por médicos y enfermeras, en relación al estado de salud, sentimientos de confianza y de escucha, explicación de la enfermedad, del tratamiento y cuidados, la claridad de la información proporcionada, así como las acciones de prevención y educación.

**Trato digno:** tiene que ver en el encuentro cara a cara y el comportamiento que percibe el derechohabiente del personal de la clínica, incluyendo médicos, enfermeras y personal de apoyo o administrativo; en ésta dimensión se incluirán: la empatía, cordialidad, amabilidad, brindar cuidado y atención personalizada.



**Seguridad institucional:** entendida como la condición que garantiza al derechohabiente, que las condiciones de seguridad, infraestructura, equipo e higiene, son útiles, confiables, y están libres de riesgo. Por su naturaleza se divide en dos:

- a) *Personal/orgánica.* Relacionada con las prácticas humanas tangibles que demuestra el personal ofrecer un servicio de calidad.
- b) *Instrumental/instalaciones.* Relacionada con las condiciones físicas en las que el centro médico se encuentra.

### **Antecedentes sobre las dimensiones de las Escalas.**

Tomado en cuenta el tipo de estudio de la presente investigación, se considera pertinente exponer en los siguientes párrafos los antecedentes que enmarcan cada una de las dimensiones antes definidas para las escalas, con la finalidad de tener un mayor acercamiento a su contexto y definición.

La "Cultura de la Seguridad" se encuentra directamente relacionada con la calidad del servicio que se presta, bajo estos términos, resulta conveniente que los centros de salud focalicen también su interés. El Sistema Nacional de Protección Civil (2007) define un Hospital Seguro como aquel "establecimiento de Salud que puede garantizar que su estructura soportará un evento destructivo sin causar daño a sus ocupantes y ocurrido el siniestro prestará atención adecuada a las víctimas". Pero no sólo para un evento catastrófico, más bien, el término se amplía al rubro de seguridad del paciente.

La seguridad del paciente es considerado un tema de salud pública, por lo que la OMS desde 2002, incita a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema y consolidar sistemas que mejoren la seguridad del paciente. La *seguridad del paciente* se define como la "reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro" (OMS, 2009).

Desde el 2007, el Gobierno Federal Mexicano, como parte del apoyo a las iniciativas de seguridad del paciente promovidas por la OMS, reconoce a la seguridad

del paciente como un componente fundamental de la mejora de la calidad en los servicios de salud, acción que se encuentra establecida en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y en el Programa Sectorial de Salud del mismo periodo. Con lo anterior, a diferencia de otros test de satisfacción del servicio médico, resultó preciso tomar en cuenta el rubro de *seguridad en el paciente* para la elaboración del presente instrumento, como elemento que forma parte de la calidad del servicio médico a lo que se consideró una dimensión categorial.

Para las dimensiones de Trato Digno y Atención Médica, se tomó como referente principal el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) que la Secretaría de Salud (2013) plantea, como estrategia nacional que sitúa la calidad en la agenda permanente del SNS. Entre sus objetivos destacan: mejorar la calidad técnica y la seguridad del paciente en la atención a la salud, tomar en cuenta las expectativas y voz de los ciudadanos y conducir transformaciones en la calidad de la gestión y organización de los servicios de salud bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Con ello, se creó un sistema integral de medición para el SNS, el cual, integra evidencias de mejora de la calidad a finalidad de: incorporar a las instituciones del sector salud al Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), fomentar el registro de la información al sistema de forma consistente y completa; hacer del INDICAS un instrumento de apoyo en la toma de decisiones para mejora de los servicios de salud dentro de cada unidad médica; y, hacer uso y análisis de la información obtenida del sistema, así como retroalimentación por parte del sistema. (Secretaría de Salud, 2013)

Otro rubro importante considerado para la elaboración del instrumento fue la educación en el paciente y familia. Es fundamental reconocer que hoy en día, médicos y enfermeras tienen como responsabilidad fomentar la cultura de prevención y transmitir los conocimientos indispensables sobre cuidados que la enfermedad del paciente requiere, especialmente con pacientes que desempeñan un mayor papel en su propio cuidado. En estos términos, familiares también deben ser educados, la investigación defiende que los resultados más satisfactorios están orientados hacia la práctica centrada en la familia.

Pero la educación es algo más que darle a un paciente instrucciones e información; para ser eficaces educadores de los pacientes, los médicos necesitan tener habilidades evaluativas y ser capaces de comunicarse claramente, es por ello, que se sugieren llevar a cabo una serie de pautas para una evaluación integral y lograr éxito en consulta como: recopilar pistas, conocer al paciente en términos de su historia clínica, hacer contacto con la mirada, mostrar respeto, averiguar habilidades del paciente en relación a su enfermedad, involucrar a otros, identificar barreras para aprender y hacer cambios en sus cuidados, entre otras. (MEDEX, Northwest Division of Physician Assistant Studies, 2012)

Un aspecto más y de suma importancia cuando se habla de calidad en el servicio en salud, es el expediente clínico. De acuerdo con la publicación sobre Expedientes Clínicos como un Instrumento de Mejora en la Calidad de la Atención Médica de la Secretaría de Salud (2008) es el instrumento que permite disponer de un registro organizado del proceso salud-enfermedad del paciente y de las medidas preventivas, curativas y de rehabilitación que se le practicaron; reúne un conjunto de datos que identifican al usuario de los servicios y hace un relato de la patología individual que registra las etapas del estado clínico y la evaluación cronológica del caso. En términos de calidad, el expediente es una garantía documental de la secuencia con la que se realizan los procesos médicos y de enfermería que favorecen la continuidad de cuidados y el seguimiento e investigación de la atención médica y de enfermería.

Finalmente, estos preceptos engloban la definición conceptual en el marco de estudio de Calidad en el Servicio en el ISSEMyM, entendida como “satisfacción del usuario de conformidad con sus necesidades de cuidado y protección a su salud, susceptible de ser medida con base en la percepción general de los servicios prestados. La calidad en el servicio de salud identifica las necesidades de bienestar psico-físico, ya sean educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento de los individuos o de la población de una forma total y precisa, destinando los recursos (humanos y otros) de forma oportuna y efectiva como el Estado actual del conocimiento lo permite” (OMS, 2007; citado en Hospital Infantil de México, 2013).

## Capítulo IV. Resultados

### Validez de las escalas

#### Validez de contenido

De acuerdo con Nunnally y Berstein (1995), la validez de contenido se apoya en una apelación a la propiedad del contenido y a la manera en que éste es presentado. Esta validez es asegurada de manera más apropiada por la planeación del contenido y la construcción de los reactivos antes de que sea construido. Para ambas escalas se utilizó la validez de contenido, la cual fue obtenida a través de la validación por jueces misma que fue realizada de forma cualitativa y cuantitativa. En la primera, los expertos dieron su opinión abierta sobre aspectos de modificar, añadir o eliminar palabras y reactivos, también se les pidió que anotaran cualquier observación o alternativa de ajuste. Respecto a lo cuantitativo, los jueces valoraron el grado de adecuación (a nivel conceptual) en una escala del 1(no adecuado) al 5 (muy adecuado). De esta manera se pudo observar en qué medida cada uno de los ítems debían formar parte de la escala.

#### ***Escala de Calidad en el Servicio para Derechohabientes ISSEMyM.***

##### *a) Características del instrumento inicial*

De forma inicial se elaboró una serie de reactivos integrándose un total de 74 ítems para la escala de derechohabientes. Estos reactivos fueron plasmados en una primera versión y sometidos al proceso de validación de contenido basada en el juicio de expertos.

##### *b) Características de los jueces*

Se consultó a cuatro expertos en el área metodológica, (tres procedentes de la Universidad Autónoma del Estado de México y el cuarto de la Universidad del Norte de Texas) y tres expertos en el área de salud, (dos con experiencia en el área de calidad en servicios de salud adscritos al Hospital Adolfo López Mateos y el tercero perteneciente al área de investigación del ISSEMyM) con grados académicos desde licenciatura a doctorado, con puestos operativos y directivos. A cada juez se le entregó un ejemplar de los dos instrumentos, de forma impresa o electrónica, según la

preferencia de los jueces. En el documento se describían los objetivos de la investigación, así como las dimensiones formuladas emanadas de la fase de descubrimiento (Sarabia, 1999) así como de la política pública en salud. De manera general fue explicada la población a la que cada escala iba dirigida y el tipo de escala que sería utilizada (escala tipo Lickert con seis opciones de respuesta que van desde 1 (siempre) hasta 5 (nunca)).

*c) Resultado de la validación por expertos.*

El análisis de los expertos permitió realizar ajustes a 9 reactivos, además de incorporar una columna más a las opciones de respuesta para ambas escalas, la columna de *No aplica*, para marcar los casos donde el paciente o personal de salud no tienen referente de respuesta porque no han experimentado como tal ese proceso y por lo tanto, su percepción es limitada para elegir una respuesta (ver tabla 3).

**Tabla 3**

*Reactivos modificados en la validación por jueces*

Reactivo original	Reactivo final
Satisface sus necesidades los servicios ofrecidos por el hospital	Los servicios ofrecidos por el hospital satisfacen sus necesidades
Hay continuidad en los tratamientos médicos requeridos	Hay continuidad en los tratamientos médicos
Médicos y enfermeras le transmiten confianza	El médico transmite confianza
Hay orientación por parte de las enfermeras ante cualquier inquietud	Las enfermeras proporcionan una correcta orientación ante las inquietudes que usted tiene
Los resultados de la atención médica fueron satisfechos	La atención médica que le brindaron fue satisfactoria
El personal de poyo es amable	El personal de apoyo es amable en el área de: Asignación de ficha, Recepción, Trabajo Social, Farmacia, Archivo/Expediente, Laboratorio
El personal de apoyo aclara sus inquietudes	El personal de apoyo aclara sus inquietudes en el área de: Asignación de ficha, Recepción, Trabajo Social, Farmacia, Archivo/Expediente, Laboratorio
La organización del personal de apoyo es buena	La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Asignación de ficha, Recepción, Trabajo Social, Farmacia, Archivo/Expediente, Laboratorio
El trato recibido es satisfactorio	El trato recibido es satisfactorio en el área de: Asignación de ficha, Recepción, Trabajo Social, Farmacia, Archivo/Expediente, Laboratorio

De la misma revisión por jueces, 7 reactivos fueron eliminados basándose en su contenido, su comprensión, la relación entre las dimensiones y/o conceptos, en el interés de la investigación o el grado de importancia que enmarcaba según la población para la que se aplicaría (ver tabla 4).

**Tabla 4**  
*Reactivos eliminados en la validación por jueces*

Reactivo original
La atención a quejas y reclamos es adecuada
Me he percatado de que se brinda un mal trato en el área...
Le dieron un mal trato en...
Existe orden para conseguir una cita
Entiende con facilidad las sugerencias dadas por el médico o enfermera
El personal de apoyo mostró disposición a ayudarlo
El comportamiento del personal de apoyo le inspira confianza

#### *d) Versión final*

Una vez realizados los ajustes sugeridos por los jueces, se reenvió vía e-mail el documento a los expertos en salud para su aprobación final. De manera unánime, aprobaron ambas escalas, las cuales, consideraron listas para ser aplicadas a través de un informe final con la versión definitiva de la escala, en donde, de acuerdo con Castillo, Abad, Giménez y Robles (2012), los expertos deben percibir que su opinión ha podido contribuir a algún cambio significativo en el contenido del instrumento.

La primera escala quedó conformada por un total de 67 ítems, dirigida a los derechohabientes en la cual manifiestan su percepción acerca de la atención recibida, fue nombrada: Escala de Calidad en el Servicio para Derechohabientes ISSEMyM. Las variables anotadas en la escala para considerarse en futuras investigaciones fueron: edad, sexo, puesto, escolaridad, estado civil, antigüedad y condición contractual. La escala de medición fue de tipo Likert con seis opciones de respuesta: 1= siempre, 2= casi siempre, 3= algunas veces, 4= casi nunca, 5= Nunca y 6= No aplica.

### ***Escala de Autoevaluación sobre la Calidad en el Servicio del personal ISSEMyM***

#### *a) Características del instrumento inicial*

De acuerdo al procedimiento ya descrito en la planeación de las escalas, el instrumento inicial se conformó por una serie de 60 ítems orientados a medir la calidad en el servicio

que el mismo personal de salud presta. De igual manera, estos reactivos fueron plasmados en una primera versión y sometidos al proceso de validación de contenido basada en el juicio de expertos.

*b) Características de los jueces*

Los mismos jueces consultados para la escala de Derechohabientes correspondieron para el instrumento de Autoevaluación de personal ISSEMyM.

*c) Resultado de la validación por expertos*

La propuesta cualitativa de los expertos, permitió mejorar 9 ítems en la escala de Autoevaluación de personal. Los expertos también sugirieron anexar la columna *No aplica*, para aquellos casos en donde el personal desconoce las funciones de otras áreas, evitando de este modo, una percepción y respuesta limitada, misma que fue incorporada al cuestionario (ver tabla 5).

**Tabla 5**  
*Modificación de ítems*

Reactivo original	Reactivo final
Se transmite confianza a los pacientes	Le transmito confianza a los pacientes
Permiso hablar sobre el estado de salud del paciente	Permiso que el paciente hable sobre su estado de salud
Se encuentran en buenas condiciones las instalaciones del hospital	Las instalaciones del hospital se encuentran en buenas condiciones
Considero que el servicio de la atención médica satisface al paciente	Considero que la atención médica que brindé satisface al paciente
La orientación que doy sobre el tratamiento que debe seguir el paciente siempre es clara	La orientación que doy sobre el tratamiento del paciente siempre es clara
Doy orientación a los pacientes ante cualquier inquietud	Siempre doy orientación ante cualquier inquietud
La cantidad de medicamentos que le entregaron al paciente es suficiente	La cantidad de medicamentos que le entregaron al paciente es satisfactoria
La organización del personal médico y de apoyo es buena	La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Asignación de ficha, Recepción, Trabajo social, Farmacia, Archivo/Expediente, Laboratorio
El trato del personal médico y de apoyo es bueno	El trato que reciben los pacientes es satisfactorio en el área de: Asignación de ficha, Recepción, Trabajo social, Farmacia, Archivo/Expediente, Laboratorio

De igual manera, 5 reactivos fueron eliminados basándose en su contenido, en la relación entre las dimensiones y/o conceptos, en el interés de la investigación o el grado de importancia que enmarcaba según la población para la que se aplicaría (ver tabla 6).

**Tabla 6**  
*Reactivos eliminados en la validación por jueces*

Reactivo
La atención a quejas y reclamos es adecuada
Me he percatado de que se brinda un mal trato en el área...
Le dieron un mal trato en...
Existe orden para conseguir una cita
Los pacientes entienden con facilidad las sugerencias

#### *d) Versión final*

La segunda escala también fue aprobada de forma unánime por los expertos en salud pública, la cual quedó conformada por 55 ítems orientados a la auto-valoración que los trabajadores tienen respecto a la calidad con que brindan su servicio: Escala de Autoevaluación sobre la Calidad en el Servicio del personal ISSEMyM. Los jueces también aprobaron incorporar variables como edad, sexo, puesto, escolaridad, estado civil, antigüedad y condición contractual, para considerarlas en futuras investigaciones. La escala de medición fue de tipo Likert con seis opciones de respuesta: 1= siempre, 2= casi siempre, 3= algunas veces, 4= casi nunca, 5= Nunca y 6= No aplica.

### **Validez de constructo**

#### ***Escala de Calidad en el Servicio para Derechohabientes ISSEMyM***

Para la validez de constructo se consideró la prueba de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. La primera, relaciona los coeficientes de correlación de las variables, cuanto más cerca de 1 sea el valor obtenido del test KMO implica que la relación entre las variables es alta. Si  $KMO \geq 0.9$ , el test es muy bueno, notable para  $KMO \geq 0.8$ ; mediano para  $KMO \geq 0.7$ ; bajo para  $KMO \geq 0.6$ ; y muy bajo para  $KMO < 0.5$ .

La prueba de esfericidad de Bartlett evalúa la aplicabilidad del análisis factorial de las variables estudiadas. Si Sig. (p-valor)  $< 0.05$  se acepta  $H_0$  (hipótesis nula) y por ende



se puede aplicar el análisis factorial. Por el contrario, si Sig. (p-valor) > 0.05 se rechaza H0 y no se puede aplicar el análisis factorial (Grupo de petrología aplicada, 2011).

Se encontró que los valores de ambas pruebas (KMO=.950,  $\chi^2=18368.862$  y  $p=0.000$ ) confirman la adecuación de la matriz para la aplicación del Análisis Factorial Exploratorio, bajo el método de los componentes principales (ver tabla 7).

**Tabla 7**

*Prueba de KMO y Bartlett: ECALDER*

Medida de la adecuación muestral KMO		.950
Test de esfericidad de	Chi cuadrada	18368.862
Bartlett	aproximada	.000
	Significancia	

### *Análisis factorial exploratorio*

Con los valores de ambas pruebas se confirmó la validez de constructo y por lo tanto la pertinencia de continuar con la aplicación del Análisis Factorial Exploratorio bajo el método de los componentes principales (ver tabla 8 y tabla 9).

**Tabla 8**

*Varianza total explicada de la ECALDER\**

Factor	F1	F2	F3	F4	F5
Número de reactivos	15	15	11	6	6
% de varianza explicada	41.3	6.35	3.79	3.08	2.49
% de varianza explicada Total	54.512				

Método de rotación Varimax con normalización Kaiser\*

**Tabla 9***Matriz de componentes rotados con los reactivos de la ECALDER*

ÍTEM	F1	F2	F3	F4	F5
El trato recibido es satisfactorio en el área de: Asignación de ficha	.785				
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Asignación de ficha	.777				
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Recepción	.758				
El personal de apoyo aclara sus inquietudes: Asignación de ficha	.753				
El trato recibido es satisfactorio en el área de: Recepción	.708				
El personal de apoyo es amable, en el área de: Asignación de ficha	.699				
El personal de apoyo aclara sus inquietudes: Recepción	.686				
El personal de apoyo es amable, en el área de: Recepción	.671				
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Trabajo Social	.643				
El personal de apoyo aclara sus inquietudes: Trabajo Social	.583				
El personal mostró disposición a ayudarlo	.419				
El proceso de asignación de citas es adecuado	.424				
El trato recibido es satisfactorio en el área de: Trabajo Social	.518				
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Trabajo Social	.403				
El personal de apoyo es amable, en el área de: Trabajo Social	.469				
La información que proporcionó el médico fue clara	.763				
El médico le explicó sobre su estado de salud	.755				
El médico le explicó sobre los cuidados que debe seguir	.746				
El médico le explicó sobre los medicamentos que debe seguir	.726				
El médico le permitió hablar sobre su estado de salud	.714				
La orientación dada por el médico para el tratamiento de la enfermedad es clara	.710				
El paciente expresa con libertad su problema de salud	.679				
El médico transmite confianza	.666				
La atención médica que le brindaron fue satisfactoria	.617				
El médico brinda atención individualizada, atendiendo sus necesidades	.598				
Hay amabilidad por parte del médico y enfermeras	.545				
La organización del personal médico es buena	.483				
Hay continuidad en los tratamientos médicos requeridos	.452				
Toman en cuenta los intereses de los pacientes	.449				
La apariencia del médico es higiénica	.448				
El trato recibido es satisfactorio en el área de: Laboratorio		.746			
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Archivo/Expediente		.743			
El personal de apoyo aclara sus inquietudes: Laboratorio		.735			
El personal de apoyo aclara sus inquietudes: Archivo/Expediente		.731			
El trato recibido es satisfactorio en el área de: Expediente		.695			
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Laboratorio		.694			
El personal de apoyo es amable, en el área de: Laboratorio		.612			
El personal de apoyo es amable, en el área de: Archivo/Expediente		.577			
El trato recibido es satisfactorio en el área de: Farmacia		.507			
El personal de apoyo aclara sus inquietudes: Farmacia		.485			
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Farmacia		.521			
Hay equipos médicos acordes con el nivel de atención del servicio				.656	
Los servicios ofrecidos por el hospital satisfacen sus necesidades				.652	
El personal hace uso de equipos médicos para la prestación del servicio				.562	
Recomienda la clínica ISSEMyM a sus familiares				.444	
Tiene la total confianza de acudir a la clínica ISSEMyM en caso de contraer una enfermedad muy grave				.414	
Los servicios de salud ofrecidos por el hospital se cumplen				.406	
Las instalaciones son seguras					.564
Los horarios de consulta son convenientes					.542
La cantidad de medicamentos que le entregaron es satisfactoria					.515
El trámite de salida/alta es satisfactorio					.482
La documentación solicitada es pertinente					.476
Recibe oportunamente los resultados de los estudios médicos (laboratorio, citología, etc.)					.416

### *Análisis descriptivos por factor.*

Para ambas escalas, se realizó el análisis factorial exploratorio por el método de componentes principales, el cual, considera y se centra en la varianza total estimando los factores que contienen proporciones bajas de la varianza única. Este análisis busca hallar combinaciones lineales de las variables originales que expliquen la mayor parte de la variación total. El primer factor o componente es aquel que explica una mayor parte de la varianza total, el segundo factor explica la mayor parte de la varianza restante y así sucesivamente. Para obtener los criterios en la determinación de los factores, cada variable contribuye con un valor de 1 para el autovalor total, por lo que se tomaron en cuenta los factores que tienen raíces latentes o autovalores mayores que 1, pues se considera que los factores menores a 1 no son significativos y por tanto se desestiman a la hora de incorporarlos a la interpretación.

**Tabla 10**  
*Primer contacto*

Factor	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
El trato recibido es satisfactorio en el área de: Asignación de ficha	23	7	30	9.1	95	29	84	26	94	29
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Asignación de ficha	26	8	24	7.4	104	32	91	28	80	24.6
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Recepción	12	3.7	24	7.4	98	30.1	100	30.7	92	28.2
El personal de apoyo aclara sus inquietudes: Asignación de ficha	15	4.6	41	12.6	105	31.3	81	24.8	84	25.8
El trato recibido es satisfactorio en el área de: Recepción	17	5.2	22	6.7	93	28.3	99	30.1	98	29.8
El personal de apoyo es amable, en el área de: Asignación de ficha	19	5.8	35	10.6	111	33.7	79	24	85	25.8
El personal de apoyo aclara sus inquietudes: Recepción	8	2.4	30	9.1	103	31.1	104	31.4	86	26
El personal de apoyo es amable, en el área de: Recepción	10	3	34	13.4	101	30.7	85	25.8	99	29.6
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Trabajo Social	14	4.4	18	5.7	82	26	101	32.1	100	31.7
El personal de apoyo aclara sus inquietudes: Trabajo Social	14	4.4	16	5	90	28.4	101	31.9	96	30.3
El personal mostró disposición a ayudarlo	8	2.4	18	5.4	113	33.7	96	28.7	100	29.9
El proceso de asignación de citas es adecuado	58	17.6	43	13.1	98	29.8	74	22.5	56	17
El trato recibido es satisfactorio en el área de: Trabajo Social	17	5.5	20	6.5	76	24.5	97	31.3	100	32.3
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Trabajo Social	16	4.9	15	4.6	82	25.2	100	30.7	113	34.7
El personal de apoyo es amable, en el área de: Trabajo Social	9	2.9	24	7.7	91	29.3	87	28	100	32.2

En la Escala para Derechohabientes se observó un 54.512% de varianza total con cinco factores: Primer contacto, con 15 reactivos ( $s^2E=41.303\%$ ); Personal de enfermería, con 15 ítems ( $s^2E=6.345\%$ ); Contacto secundario, se integró con 11 ( $s^2E=3.787\%$ ); Confianza en la institución, por 6 ( $s^2E=3.077\%$ ); y Trámites, se conformó por 6 ( $s^2E=2.490$ ).

Los componentes del factor 1 hacen referencia a la primera impresión sobre el servicio que reciben los derechohabientes en aquellas áreas de primer contacto: Recepción, Asignación de ficha, Trabajo Social y Farmacia. Para los usuarios, actitudes del personal de éstas áreas como la disposición a ayudar, la forma de organizarse, el trato amable, y que sus inquietudes puedan ser aclaradas, representan en mayor medida elementos para evaluar la calidad y se incluyen en los primeros acercamientos cara a cara de usuario-personal de salud (ver tabla 10).

En el segundo factor, se agruparon los reactivos correspondientes al servicio que médicos y enfermeras proporcionan. En su conjunto, apuntan hacia una atención individualizada, valorando algunos aspectos como: la claridad de la información del médico para explicar el estado de salud, el tratamiento de la enfermedad, los cuidados que debe seguir, dar continuidad al tratamiento médico, permitir que el paciente se exprese, tomar en cuenta sus intereses, así como mostrar amabilidad, organización e higiene en el personal (ver tabla 11).

Los reactivos que componen el factor 3, involucran las áreas de: Archivo/Expediente, Laboratorio y Farmacia. Son áreas importantes, pero no siempre las necesita el paciente para atender su problema de salud, por lo tanto, al no tener acceso a estas el trato con el personal es contingente. Sin embargo, esto no demerita el hecho de que el mismo usuario las perciba como parte del proceso médico, considerándolas de forma secundaria (Ver Tabla 12).

**Tabla 11**  
*Personal médico y enfermería*

Factor	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
La información que proporcionó el médico fue clara	3	.9	12	3.6	89	26.6	91	27.2	139	41.6
El médico le explicó sobre su estado de salud	9	2.7	19	5.7	76	22.8	70	21	160	47.9
El médico le explicó sobre los cuidados que debe seguir	4	1.2	12	3.6	73	22.1	98	29.6	144	43.5
El médico le explicó sobre los medicamentos que debe seguir	2	.6	5	1.5	53	15.9	97	29.1	176	52.9
El médico le permitió hablar sobre su estado de salud	7	2.1	14	4.2	60	18	89	26.7	163	48.9
La orientación dada por el médico para el tratamiento de la enfermedad es clara	6	1.8	11	3.3	89	26.6	110	32.8	119	35.5
El paciente expresa con libertad su problema de salud	4	1.2	26	7.8	84	25.1	89	26.6	131	39.2
El médico transmite confianza	7	2.1	11	3.3	98	29.6	91	27.5	124	37.5
La atención médica que le brindaron fue satisfactoria	5	1.5	16	4.8	102	30.8	100	30.2	108	32.6
El médico brinda atención individualizada, atendiendo sus necesidades	5	1.5	13	3.9	66	19.9	91	27.5	156	47.1
Hay amabilidad por parte del médico y enfermeras	4	1.2	19	5.7	92	27.5	94	28.1	125	37.4
La organización del personal médico es buena	9	2.7	18	5.4	91	27.4	122	36.7	92	27.7
Hay continuidad en los tratamientos médicos requeridos	9	2.7	22	6.6	98	29.3	103	30.7	103	30.7
Toman en cuenta los intereses de los pacientes	7	2.1	35	10.7	92	28.2	100	30.7	92	28.2
La apariencia del médico es higiénica	0	0	6	1.8	28	8.4	60	17.9	241	71.9

En el factor 4, se agruparon los ítems en los cuales los pacientes reportan sentimientos de confianza hacia la institución de salud. Dentro de éstos indicadores están: el uso de equipos médicos acordes para la prestación del servicio, que los servicios ofrecidos por el hospital se cumplan y a la vez satisfagan las necesidades del paciente, así como la confianza de recomendar la clínica de la que son usuarios y asistir a ésta en caso de una enfermedad my grave (ver tabla 13).

**Tabla 12**  
*Contacto secundario*

Factor	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
El trato recibido es satisfactorio en el área de: Laboratorio	9	2.9	14	4.4	68	21.6	91	28.9	133	42.2
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Archivo/Expediente	7	2.2	14	4.4	76	23.8	102	32	120	37.6
El personal de apoyo aclara sus inquietudes: Laboratorio	7	2.2	18	5.7	75	23.8	96	30.5	119	37.8
El personal de apoyo aclara sus inquietudes: Archivo/Expediente	6	1.9	20	6.3	82	25.9	97	30.6	112	35.3
El trato recibido es satisfactorio en el área de: Expediente	8	2.5	16	5.1	75	23.9	91	29	124	39.5
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Laboratorio	10	3.2	11	3.5	76	24.1	92	29.1	127	40.2
El personal de apoyo es amable, en el área de: Laboratorio	5	1.6	10	3.1	75	23.6	102	32.1	126	39.6
El personal de apoyo es amable, en el área de: Archivo/Expediente	5	1.6	12	3.8	91	28.5	91	28.5	120	37.6
El trato recibido es satisfactorio en el área de: Farmacia	14	4.3	19	5.8	88	26.7	89	27.1	119	36.2
El personal de apoyo aclara sus inquietudes: Farmacia	14	4.3	23	7.1	92	28.3	96	29.5	100	30.8
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Farmacia	16	4.9	15	4.6	82	25.2	100	30.7	113	34.7

En el factor 5, los reactivos se agruparon según la pertinencia de los trámites para consulta, como horarios, cantidad de medicamentos, salida/alta, documentación y resultados de estudios médicos (Ver tabla 14).

**Tabla 13.**  
*Confianza en la institución*

Factor	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hay equipos médicos acordes con el nivel de atención del servicio	24	7.3	26	7.9	89	27.1	109	33.1	81	24.6
Los servicios ofrecidos por el hospital satisfacen sus necesidades	11	3.3	28	8.4	125	37.5	97	29.1	72	21.6
El personal hace uso de equipos médicos para la prestación del servicio	8	2.5	17	5.2	84	25.9	105	32.4	110	34
Recomienda la clínica ISSEMyM a sus familiares	17	5.2	24	7.3	88	26.7	85	25.8	116	35.2
Tiene la total confianza de acudir a la clínica ISSEMyM en caso de contraer una enfermedad muy grave	19	5.7	27	8.1	82	24.7	71	21.4	133	40.1
Los servicios de salud ofrecidos por el hospital se cumplen	5	1.5	22	6.6	90	27	120	36	96	28

**Tabla 14**  
*Trámites*

Factor	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Las instalaciones son seguras	2	.6	10	3	44	13.3	104	31.5	170	51.5
Los horarios de consulta son convenientes	13	3.9	25	7.5	74	22.2	91	27.3	130	39
La cantidad de medicamentos que le entregaron es satisfactoria	16	4.8	22	6.6	86	25.8	93	27.9	116	34.8
El trámite de salida/alta es satisfactorio	4	1.3	13	4.3	45	15	110	36.7	128	42.7
La documentación solicitada es pertinente	8	2.4	22	6.6	68	20.3	111	33.1	116	34.6
Recibe oportunamente los resultados de los estudios médicos (laboratorio, citología, etc.)	6	1.8	13	3.9	64	19.1	113	33.7	135	40.3

***Escala de Autoevaluación sobre la Calidad en el Servicio del personal ISSEMyM.***

Para la escala de Autoevaluación del personal ISSEMyM, también se realizó la prueba de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett, encontrándose resultados favorables ( $KMO=.832$ ,  $\chi^2=7327.378$  y  $p=0.000$ ) que confirman la adecuación de la matriz para la aplicación del Análisis Factorial Exploratorio bajo el método de los componentes principales (ver tabla 15).

**Tabla 15. Prueba de KMO y Bartlett: EACAL**

Medida de la adecuación muestral KMO		.839
Test de esfericidad de Bartlett	Chi cuadrada aproximada	7327.378
	Significancia	.000

***Análisis factorial exploratorio.***

Con los valores de ambas pruebas se confirmó la validez de constructo y por lo tanto la pertinencia de continuar con la aplicación del Análisis Factorial Exploratorio bajo el método de los componentes principales (ver tabla 16 y tabla 17).

**Tabla 16***Matriz de componentes rotados con los reactivos de la EACAL*

ÍTEM	F1	F2	F3	F4
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Recepción	.818			
El trato que reciben los pacientes es satisfactorio en el área de: Archivo/Expediente	.808			
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Laboratorio	.792			
El trato que reciben los pacientes es satisfactorio en el área de: Laboratorio	.792			
El trato que reciben los pacientes es satisfactorio en el área de: Recepción	.789			
El trato que reciben los pacientes es satisfactorio en el área de: Asignación de ficha	.786			
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Archivo/Expediente	.778			
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Ficha	.772			
El trato que reciben los pacientes es satisfactorio en el área de: Trabajo Social	.771			
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Trabajo Social	.749			
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Farmacia	.703			
El trato que reciben los pacientes es satisfactorio en el área de: Farmacia	.673			
Doy orientación a los familiares del paciente sobre los cuidados que debe seguir		.797		
Le explico al paciente los cuidados que debe seguir, percatándome de que me entiende		.776		
Corroboro que el paciente me entienda sobre el tratamiento que debe seguir		.714		
La orientación que doy sobre el tratamiento del paciente siempre es clara		.646		
Considero que la atención médica que brindé satisface al paciente		.608		
El trámite de salida/alta es satisfactorio		.549		
El paciente expresa con libertad su problema de salud		.529		
Ante situaciones extraordinarias, el paciente es informado en tiempo oportuno		.472		
Se encuentran en buenas condiciones las instalaciones del hospital			.768	
Hay comodidad en las instalaciones			.752	
La apariencia de las instalaciones es agradable			.731	
Las instalaciones son seguras			.712	
Las instalaciones físicas son visualmente higiénicas			.660	
Muestro amabilidad al paciente				.830
Muestro disposición para ayudar a los pacientes				.731
Siempre doy orientación ante cualquier inquietud				.651
Inspiro confianza a los pacientes				.640
Me esfuerzo por transmitir confianza a los pacientes				.623
Mi apariencia durante el desempeño de mis funciones es higiénica				.618
Honestamente, tengo siempre el conocimiento para responder a las preguntas de los pacientes				.529
Permito que el paciente hable sobre su estado de salud				.431

**Tabla 17***Varianza total explicada de la EACAL\**

Factor	F1	F2	F3	F4
Número de reactivos	12	8	5	7
% de varianza explicada	27.412	8.784	7.864	5.564
% de varianza explicada Total	49.624			

Método de rotación Varimax con normalización Kaiser\*

*Análisis descriptivos por factor*

Se obtuvo un 49.624% de varianza total a través de cuatro factores de la *Escala de Autoevaluación sobre la Calidad en el Servicio del personal ISSEMyM*. El primer factor, *Trato y organización del personal*, se compuso por 12 reactivos ( $s^2E=27.412\%$ );



el segundo factor, *Comunicación con el paciente*, por 8 (s2E=8.784%); el tercero, *Infraestructura*, se integró con 5 ítems (s2E=7.864%); y el cuarto, *Apoyo al paciente*, por 8 (s2E=5.564%).

El factor uno de la Escala de Autoevaluación del personal, se integró por los reactivos que miden las variables de **trato y organización**, en las áreas de Recepción, Asignación de ficha, Archivo/Expediente, Laboratorio, Trabajo Social y Farmacia. A partir de aquí puede apreciarse que una de las maneras más importantes de autoevaluar la calidad en la prestación del servicio que brinda el personal de salud es través de estas dos variables (ver tabla 18).

**Tabla 18**  
*Trato y organización*

Reactivo	n	M	DE	No Aplica
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Recepción	242	4.32	.780	33
El trato que reciben los pacientes es satisfactorio en el área de: Archivo/Expediente	240	4.28	.805	35
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Laboratorio	228	4.45	.685	47
El trato que reciben los pacientes es satisfactorio en el área de: Laboratorio	229	4.42	.682	46
El trato que reciben los pacientes es satisfactorio en el área de: Recepción	244	4.24	.837	31
El trato que reciben los pacientes es satisfactorio en el área de: Asignación de ficha	241	4.20	.826	34
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Archivo/Expediente	240	4.34	.775	35
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Asignación de ficha	234	4.26	.761	41
El trato que reciben los pacientes es satisfactorio en el área de: Trabajo Social	244	4.24	.818	31
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Trabajo Social	243	4.30	.817	32
La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Farmacia	246	4.43	.683	29
El trato que reciben los pacientes es satisfactorio en el área de: Farmacia	249	4.39	.682	26
N válido (por lista)	204			

En el segundo factor se agruparon los reactivos que tienen relación con la comunicación que el personal de salud tiene hacia sus pacientes. La percepción de la calidad con la que brindan su servicio se mide a través de la orientación sobre los cuidados a seguir, tanto a pacientes como a familiares, la claridad de la orientación sobre el tratamiento, corroborar que el paciente entienda su tratamiento, permitir que el

paciente exprese con libertad su problema de salud, que el paciente sea informado en tiempo oportuno y que la atención médica satisfaga las necesidades del paciente (ver tabla 19).

**Tabla 19.**  
*Comunicación con el paciente*

Reactivo	n	M	DE	No Aplica
Doy orientación a los familiares del paciente sobre los cuidados que deben seguir	181	4.69	.610	94
Le explico al paciente los cuidados que debe seguir, percatándome de que me entiende	189	4.58	.601	86
Corroboro que el paciente me entienda sobre el tratamiento que debe seguir	175	4.71	.537	100
La orientación que doy sobre el tratamiento del paciente siempre es clara	187	4.53	.607	88
Considero que la atención médica que brindé satisface al paciente	210	4.58	.583	65
El trámite de salida/alta es satisfactorio	166	4.54	.638	109
El paciente expresa con libertad su problema de salud	228	4.53	.632	47
Ante situaciones extraordinarias, el paciente es informado en tiempo oportuno	225	4.30	.735	50
N válido (por lista)	126			

El factor tres se conformó por los ítems alusivos a las condiciones de infraestructura de las clínicas de salud, la media más alta corresponde a la percepción de que las instalaciones sean visualmente higiénicas, y en seguida de que sean agradables, seguras cómodas y en general que se encuentren en buenas condiciones (ver tabla 20).

**Tabla 20.**  
*Infraestructura*

Reactivo	n	M	DE	No Aplica
Se encuentran en buenas condiciones las instalaciones del hospital	265	4.23	.859	10
Hay comodidad en las instalaciones	270	4.26	.850	5
La apariencia de las instalaciones es agradable	272	4.43	.700	3
Las instalaciones son seguras	261	4.33	.858	14
Las instalaciones físicas son visualmente higiénicas	265	4.49	.702	10
N válido (por lista)	242			

El cuarto factor que engloba los elementos para autoevaluar la calidad del servicio del personal de salud es el apoyo brindado al paciente. Las actitudes que

miden una calidad adecuada es mostrar disposición y amabilidad, dar orientación a sus inquietudes, inspirar confianza, contar con el conocimiento para responder a las preguntas de los pacientes, permitir que hable sobre su estado de salud y que la apariencia del personal sea higiénica (ver tabla 21)

**Tabla 21**  
*Apoyo al paciente*

Reactivo	n	M	DE	No Aplica
Muestro amabilidad al paciente	266	4.84	.389	9
Muestro disposición para ayudar a los pacientes	265	4.83	.376	10
Siempre doy orientación ante cualquier inquietud	264	4.70	.535	11
Inspiro confianza a los pacientes	261	4.63	.598	14
Me esfuerzo por transmitir confianza a los pacientes	262	4.72	.615	13
Mi apariencia durante el desempeño de mis funciones es higiénica	269	4.93	.263	6
Honestamente, tengo siempre el conocimiento para responder a las preguntas de los pacientes	263	4.29	.648	12
Permito que el paciente hable sobre su estado de salud	237	4.68	.609	38
N válido (por lista)	222			

### Confiabilidad de las escalas

Para Martínez (2006) la confiabilidad se refiere a la consistencia interna de la medida; es decir que la confiabilidad de una medida analiza si ésta se halla libre de errores aleatorios y, en consecuencia, proporciona resultados estables y consistentes. La coherencia interna se mide entre todos los ítems de una misma escala, a través del coeficiente Alfa de Cronbach( $\alpha$ ), que estima la consistencia interna de una medida. Mediante este estadístico, la confiabilidad fue calculada en ambas escalas, en la cuales se observaron altos índices, siendo un resultado de  $\alpha=.924$  para la Escala de Autoevaluación sobre la Calidad en el Servicio del personal ISSEMyM, y un resultado  $\alpha=.973$  para la escala de Derechohabientes ISSEMyM lo cual sugiere una buena consistencia interna en las pruebas (ver tabla 22).

**Tabla 22.**  
*Estadísticos de confiabilidad para ambas escalas*

<b>Escala</b>	<b>Factor</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Número de ítems</b>
	1	.955	12
Escala de Autoevaluación sobre la Calidad en el Servicio del personal ISSEMyM	2	.851	8
	3	.924	5
	4	.801	8
	<b>TOTAL</b>	<b>.924</b>	<b>33</b>
	1	.949	15
Escala de Calidad en el Servicio para Derechohabientes ISSEMyM	2	.944	15
	3	.941	11
	4	.868	6
	5	.813	6
	<b>TOTAL</b>	<b>.973</b>	<b>53</b>

## Capítulo V. Discusión

El objetivo principal de este estudio fue construir dos escalas generales sobre calidad en la atención del servicio de salud pública del ISSEMyM. El primer instrumento, desde la percepción de usuarios y el segundo, desde la visión del personal adscrito. Con base en los resultados obtenidos, se puede concluir que las escalas propuestas para medir la calidad en el servicio que presta la Institución de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, desde ambas perspectivas, personal adscrito y derechohabientes, presentan un buen grado de fiabilidad y validez.

Esto es especialmente importante en tanto que, contar con ambas escalas que cumplen con los requerimientos estadísticos, se tiene un instrumento valioso para la evaluación de la calidad en el organismo estatal. Con ello será posible advertir, sobre los problemas que existen en relación con las formas de organización y el funcionamiento de dicho sistema de salud y que puedan incidir de manera directa en la calidad en el servicio prestado. Con las escalas puede abrirse trayecto hacia un análisis preciso sobre lo que la institución requiere, coadyuvando a encontrar áreas de mejora y al compromiso permanente sobre la calidad en el servicio, según el SNS (Congreso de la Unión, 2015).

El diseño de ambas escalas está en concordancia por una parte, con una mirada sistémica en tanto que se ubicó a la institución de salud como un organismo compuesto por elementos que interactúan, experimentan procesos, intercambian y retroalimentan; y por otra parte, con la visión de la política pública, específicamente la propuesta de Roth (2003) sobre la auto y hetero-evaluación, las cuales, plantea el autor, deben ser conducidas conjuntamente (es lo ideal) para nutrir la reflexión de los actores involucrados en los estados pasados, presentes y futuros de su organización. La Escala de Autoevaluación del personal y la Escala de Calidad en el servicio desde derechohabientes fueron llevadas paralelamente en su diseño para nutrir y explorar de cierto modo (una pequeña parte) la valoración de la calidad desde dos posturas. Y se observa justamente que las escalas apuntan a cualificar la percepción de la calidad, de acuerdo a la experiencia de los actores en el marco de sus interacciones.

Para la evaluación de la calidad en el servicio de salud, las escalas propuestas en este trabajo no intentan evaluar las capacidades individuales de la gente con

respecto al servicio de salud que prestan, sino que su utilidad sea contar con una herramienta por la cual se identifiquen “los recursos y las capacidades sociales — aprendidas, organizadas y coordinadas— adquiridas por el conjunto de los actores para la realización de un proyecto colectivo” (Roth, 2003), un proyecto social el cual consiste en el proceso de la calidad en el servicio de salud pública.

Los instrumentos construidos fueron la EACAL, Escala de Autoevaluación sobre la Calidad en el Servicio del personal ISSEMyM, y la ECALDER, Escala de Calidad en el Servicio para Derechohabientes ISSEMyM; orientadas a medir la calidad de la atención en salud. Sus dimensiones iniciales fueron a) organización del servicio, b) atención médica, c) trato digno y, d) seguridad institucional, inherentes a las premisas básicas de la TGS, específicamente a aquella que plantea que cada sistema realiza tareas, con la finalidad de cumplir con los objetivos planteados en representación de una dependencia superior al cual pertenece.

Se puede observar que en relación a la EACAL, emanaron cuatro factores que evalúan 1) Trato y organización del personal; 2) Orientación y trámite; 3) Instalaciones; y 4) Disposición y confianza al usuario, factores que concuerdan con las dimensiones propuestas de manera inicial en tanto que aborda tópicos previstos como la planificación de la atención médica, la distribución de sus servicios, las condiciones de seguridad, instalaciones, equipo e higiene de las mismas, de igual manera, comunicación y atención individual hacia el derechohabiente.

En relación a ECALDER, emanaron cinco factores 1) Trato y organización del personal; 2) Claridad y confianza con el personal de salud; 3) Amabilidad y satisfacción en el trato; 4) Pertinencia en el equipo y nivel de atención; 5) Eficiencia en el servicio. En estos factores también se observa correspondencia respecto a las dimensiones iniciales, asociadas con la efectividad con la que el derechohabiente percibe su servicio médico, como la atención brindada por médicos y enfermeras, los sentimientos de confianza y de escucha, la explicación de la enfermedad, tratamiento y cuidados, la claridad de la información proporcionada y el comportamiento que percibe del personal de la clínica en las áreas de Ficha, Recepción, Archivo, Laboratorio, Trabajo Social y Farmacia.

Con esto se subraya que las características de las dimensiones inicialmente definidas son incluidas por ambas muestras como parte del proceso de calidad en la atención en el servicio, razón por la cual merecen importancia considerarlas para subsecuentes estudios. Además, con las dos escalas de medición fue posible identificar particularidades, como las distintas percepciones que se tienen dentro de un mismo proceso de atención en el que incluso existe variabilidad en los componentes de la calidad, de acuerdo al grado de interés o importancia que le dieron los participantes.

Por ejemplo, los derechohabientes reportan que la calidad está en función del **trato, organización, amabilidad, aclarar inquietudes y la disposición a ayudar** en las áreas con las cuales tienen un primer contacto o acercamiento, las cuales son: Asignación de ficha, Recepción, Trabajo Social y Farmacia. En tanto que, el personal de salud indica que la **organización y el trato** son los factores más importantes que demuestran la calidad de su servicio y que deben estar presentes en todas las áreas que se consideraron en las escalas: Recepción, Archivo/Expediente, Laboratorio, Recepción, Asignación de ficha, Trabajo Social y Farmacia.

Los derechohabientes esperan del personal de salud una **actitud receptiva** y abierta para expresar su problema. Mientras que el personal de salud muestra **preocupación sobre la manera de establecer comunicación** con sus pacientes. Cabe mencionar que, en las entrevistas elaboradas para realizar las escalas, el personal de salud demostró su interés en aprender la manera de comunicarse con sus pacientes “¿cómo hablar con el paciente?” “¿cómo darle noticias?” “no nos enseñan a hablar con el paciente”. Situaciones importantes que conducen a plantear firmemente que en las carreras médicas deberían necesariamente preparar al alumnado hacia la manera de comunicarse con su paciente, a ser empáticos, a practicar la inteligencia emocional, el asertividad en sus relaciones, como parte fundamental de una formación médica integral.

Por otra parte, en cuanto a la dimensión de seguridad institucional del diseño de las escalas, en la ECALDER se registra que los derechohabientes requieren del **sentimiento de confianza** en cuanto al uso del **equipamiento** y en consecuencia sea posible la satisfacción de sus necesidades curativas. En tanto que en la EACAL, el

personal de salud se encuentra preocupado por los asuntos de **recursos e instalaciones** con las que cuentan para ofrecer sus servicios.

A continuación se presenta el análisis sobre los aspectos semánticos de la Teoría General de Sistemas recuperados para el diseño de las escalas en contraste con los resultados de las dimensiones de éstas.

### **ECALDER, EACAL y la TGS**

Es importante mencionar que para el diseño de los instrumentos implicó un reto significativo organizar el cúmulo de información procedente de derechohabientes, personal de salud, jueces, estudios previos y mirada teórica. Sin embargo, la definición de las dimensiones fueron clave para solventar en gran medida este paso de la investigación. Cabe agregar que a partir de ello, surgieron nuevas inquietudes, como la utilidad que sería contar con un lenguaje científico universal o general sobre calidad en el servicio de salud, al menos, en la Institución ISSEMyM pues pudiera ofrecer innumerables ventajas para solventar inconvenientes a la hora de interpretar tópicos como la comunicación y el mismo proceso de calidad en la atención entre el personal y sus pacientes.

Este apartado referido a las escalas propuestas, EACAL, ECALDER y la TGS, se consideró pertinente incluirlo, en tanto que se visualizó el problema sobre la medición de la calidad en salud desde un enfoque sistémico. Si bien, dentro del diseño de las escalas no se anotaron los conceptos “directos” con el que se distingue el modelo de sistemas, el diseño de las escalas cumple con las cuestiones semánticas del modelo teórico, primero, porque está basado en un **proceso**, el cual consiste en el proceso de la calidad en el servicio de salud, y segundo, porque que como proceso, se encuentra en un **sistema altamente permeable**, donde existe variabilidad de relaciones y sinergias, dadas en un contexto (definiciones que pueden verse en el Capítulo II), más allá de la propia institución ISSMEyM.

Lo anterior es coherente con lo expresado por Donabedian (1988) en su teoría de la evaluación de la calidad asistencial, quien afirmaba que la prestación del servicio



de salud debía evaluarse en función de tres pilares fundamentales: la estructura, el proceso,” y los resultados. Entendiéndose por estructura al conjunto de recursos institucionales visibles, de los que hace uso el personal de salud para brindar la atención, dentro de ellos: el recurso físico, tecnológico, material, humano y financiero; el proceso, hace referencia al conjunto de acciones y actividades que el profesional hace evidente al momento de brindar la atención, orientado por parámetros científicos válidos, aceptados y con la mejor intención posible, dentro de ellos: el proceso de atención, los procedimientos, protocolos, entre otros; y el resultado, tiene que ver con el impacto que la atención produce en las personas, en la organización y en el entorno, dentro de ellos: el costo-beneficio, costoefecto, el uso adecuado de los recursos, el estado de salud y la satisfacción del paciente (Donabedian, 2001). Según Donabedian, este enfoque tripartito de evaluación de la calidad es posible en la medida en que una buena estructura, aumenta la posibilidad de un buen proceso, y un buen proceso aumenta la posibilidad de un buen resultado. (Irvine, Sidani, Keatings y Doidge 2002)

En el diseño de las escalas se cuidó que midieran aspectos relacionados con la estructura tangible, pero también se atendieron aquellos aspectos relacionados con el proceso intangible de la atención. Como lo comentan Borré y cols. (2014) cada paciente en su “subjetividad”, tiene la capacidad para emitir un juicio crítico de lo que percibe como bueno y/o malo durante la atención; independientemente que lo percibido sea objetivo o subjetivo. Ahora bien, desde un enfoque sistémico, la subjetividad no es un término adoptado, sin embargo sí plantea que la complejidad es contra-intuitiva. Intuitivamente, no se podría llegar a obtener cierto dato o conocimiento sobre algo, puesto que los seres humanos tienen limitaciones para percibir la complejidad. Reconociendo esta capacidad de “percepción baja” en el hombre, su recurso para contrarrestar es **valerse de herramientas** y otros recursos para percibir lo que no puede percibir. Las escalas que se proponen en este estudio son las herramientas o instrumentos para explorar y encontrar las percepciones sobre el proceso de calidad en la atención de la salud.

El enfoque de sistema facilita comprender que los sistemas son complejidades organizadas y que dependen de las variables de cantidad y variedad en sus elementos, los cuales, todos están interactuando y además tienen N posibilidades de vincularse.

Con esta peculiaridad, se puede comprender y aprovechar mejor las sinergias dadas por los “actores clave”, las personas, quienes se ponen al centro en la conducción del sistema pues regulan y direccionan su funcionamiento. Tanto usuarios como prestadores de servicios completan el proceso de la atención en salud y por tanto cada perspectiva aporta elementos útiles a la hora de evaluar y tomar decisiones respecto al desempeño del sistema entorno a la calidad en la atención.

Considerando una de las premisas del modelo teórico en el que sistema es un conjunto de elementos relacionados entre sí para lograr un objetivo común, las interrelaciones entre los elementos reflejan la piedra angular del propio sistema. Así se tienen interacciones entre médicos, enfermeras, personal administrativo, personal de trabajo social, psicólogos, abogados, camilleros, choferes y todos aquellos individuos que trabajan en conjunto para ofrecer el servicio médico.

Quienes reciben tal servicio son los derechohabientes, por lo tanto, las interrelaciones se multiplican. A la hora en que se da un intercambio de energía (relación, comunicación, información, entre otras) está el riesgo de que ambas partes experimenten tensión y por lo tanto, una evaluación limitada provocando que el proceso de calidad se vea afectado.

En este sentido, los roles que cada uno de ellos desempeña o la posición en la que cada elemento se encuentra es vital para el manejo de dicha tensión y por lo tanto, para la permanencia del sistema. Cada actor debe realizar el rol que le toca, ubicarse en una posición al desempeñar su trabajo, si es trabajador social, realizará las funciones de un trabajador social, si es camillero realizará funciones de camillero, todos, cada elemento debe tener coherencia con su rol. Cuando el personal realiza funciones que no le tocan, sobrecarga su energía, hay un desgaste que excede y que está fuera de control de la persona. De manera global esta situación conlleva a que sea más difícil identificar la falla del sistema, cuya consecuencia es acrecentar el problema.

Desde una visión de sistemas, el trabajo en hospitales demanda torrentes de energía. Sin embargo, es necesario empezar por ubicarse en la posición que a cada uno le corresponde ejecutando su rol coherentemente. Cuestión nada sencilla puesto que implica un cambio de actitud, ser influyente en el otro, y a su vez los otros serán influyentes en la persona, es decir, habrá retroalimentaciones. De acuerdo a las

dimensiones de la ECALDER y EACAL, el personal médico demanda organización, trato amable y comunicación con el paciente; los derechohabientes expresan que necesitan organización de la clínica, trato amable, aclarar sus inquietudes y sentir que existe la disposición a ser ayudados. Resultados con los cuales puede advertirse que es necesario para ambas muestras contar con retroalimentaciones que fortalezcan el proceso de calidad en la atención.

### **Intercambio**

Para el diseño de las escalas fue necesario considerar este rubro en tanto que los sistemas humanos son un espacio de aprendizaje, son invitaciones para evolucionar. Las preguntas referidas al intercambio fueron las descritas sobre información oportuna, la documentación solicitada pertinente, el trámite de salida/alta, el esfuerzo realizado por transmitir confianza a los pacientes, explicación al paciente sobre su estado de salud, la expresión libre de su problema de salud, mostrar amabilidad y atención individualizada. De acuerdo a las dimensiones resultantes, respecto al factor “personal médico y enfermería” de la escala ECALDER, los derechohabientes enunciaron su necesidad de ser escuchados por su médico, de encontrar explicaciones sobre su estado de salud, de tener claridad respecto del tratamiento, de expresar con libertad su problema, entre otras. Resultados interesantes puesto que dan pauta a vincular este intercambio cuyo objetivo estaría orientado a la educación hacia el paciente y familia del paciente. Quizá es un tópico que habría de considerarse seriamente para futuras investigaciones puesto que se trata de abrir un espacio de aprendizaje entre médico-paciente y de aquí poner en marcha estrategias reales de prevención de enfermedades. Apostar por un intercambio efectivo de aprendizaje en la interacción con el paciente y familiares.

Otro elemento común en las muestras sobre la calidad en el servicio médico fue el aspecto de organización, que más que coincidencia en los resultados de ambas escalas, proyecta una tendencia en los grupos humanos de acuerdo a la TGS. De hecho, hay una organización desde lo individual y también una organización de lo colectivo. El enfoque sistémico considera que se debe tener claro el objetivo, identificar lo que se quiere, para luego ubicarse y entonces organizarse. Las escalas aportan una

medición respecto a este rubro, el cual es necesario puesto que permea la interrelación de las personas. De tal manera que surge la relación: a mayor organización, mayor calidad.

### **Retroalimentación**

En el diseño de los reactivos se consideró este aspecto semántico de la TGS, porque enfatiza la importancia de la comunicación en los sistemas. Las preguntas relacionadas fueron: la explicación del problema de salud, la orientación a las inquietudes del paciente, orientación sobre el tratamiento y cuidados, orientación familiar, corroborar que el paciente entienda el tratamiento, mostrar disposición y contar con el conocimiento para responder y llevar a cabo el seguimiento médico.

En los sistemas humanos hay una continua retroalimentación, todas las personas que conforman el sistema son susceptibles de este proceso. Además de los recursos materiales que contribuyen a que se dé el proceso de la calidad, son importantes también la información, los mensajes entre personas del sistema, los cuales pueden ir desde la mirada, la correspondencia en el proceso de escuchar, el que lo oye y el que lo dice, cómo lo dice. Cada actor es influyente en la vida de los demás y ellos a su vez lo son en el actor. En el proceso de calidad en el servicio, lo que retroalimenta y reafirma si existe o no calidad, es precisamente la **comunicación**.

### **Variabilidad:**

Otro punto importante que se retomó en el diseño de las escalas fue el aporte semántico de la variabilidad. La cantidad de elementos involucrados es una parte determinante de la complejidad del sistema, a mayor cantidad, mayor complejidad y por lo tanto mayor variabilidad, puesto que existe heterogeneidad. En el instituto médico que ocupa este estudio, existe una amplia variedad de personas con diversos puestos, ocupaciones, edades, intereses, motivaciones intrínsecas las cuales son causa de su pertenencia al sistema. De igual manera, quienes reciben los servicios (usuarios) la variabilidad es aún más grande puesto que hay profesionistas de N materias, amas de casa, trabajadores que también ofrecen un servicio “x” al Estado. Son millones de elementos que conforman este sistema de salud ISSEMyM, por lo tanto, la

heterogeneidad es realmente diversa. Para futuras investigaciones, se consideraron en las escalas la inclusión de datos como la edad, escolaridad, estado civil, antigüedad en el puesto, condición contractual, puesto, o si tiene algún trabajo alterno al que ocupa en la institución.

A pesar de que el ISESMYM es un organismo altamente variable, lo distinguible es que en las dimensiones y factores resultantes de ambas escalas existe homogeneidad sobre la calidad en el servicio que se ofrece en esta institución. Estos puntos en común requieren ajustes dependiendo el rol del elemento. **Los roles**, constituyen otro concepto semántico de la TGS. Mientras un usuario pide ser escuchado de su padecimiento, los médicos y enfermeras identificaron que necesitan aprender a comunicar, o bien, el usuario percibe que para que exista calidad en el servicio el personal debe estar organizado, en tanto que el personal de salud identificó que es necesario tener organización con todas las áreas para que su trabajo fluya sinérgicamente con el sistema. Así pues, con el resultado de ECALDER y EACAL se observa la necesidad de los procesos internos y dinámicos que se desarrollan sobre la base de la acción, interacción y reacción entre los elementos.

La función del operador cobra relevancia puesto que recae en el rol de los líderes de la institución. Jefes de área, directores de áreas, directores gerenciales y demás mandos son quienes activan al resto de elementos en el proceso de la calidad para que éste se ponga en marcha y funcione. De aquí la importancia de identificar lo arrojado por ambas pruebas para que en conjunto, sea posible la toma de decisiones en relación a lo que el sistema necesita globalmente, puesto que permitirá soluciones duraderas.

## **Homeostasis**

En la TGS para que un sistema sobreviva sus intercambios de energía deben ser equilibrados, es decir, se intercambian necesidades que a ambas partes satisfagan. Éste es el gran matiz puesto que el intercambio ya no se reduce a lo cuantitativo, sino también es cualitativo. En el diseño de las escalas, la homeostasis está relacionada con los reactivos que involucran las interacciones entre los actores clave, mismas que pueden identificarse en las dimensiones iniciales de organización del servicio, atención médica y trato digno. En los factores resultantes, el **trato** ocupó un elemento central en

las escalas. La empatía, cordialidad, amabilidad, brindar cuidado y atención personalizada, son algunos de los componentes que conforman un trato digno en la calidad en el servicio de salud, al tiempo que son vitales para la supervivencia dinámica, adaptación y equilibrio del sistema. Para futuros estudios se recomienda recoger este rubro desde un punto de vista cualitativo.

### **Discusión final**

Para finalizar este Capítulo de discusión, se observa que el proceso de calidad en el servicio médico puede medirse a través de dos escalas destinadas para quien brinda el servicio como para quien lo recoge. Las escalas ECALDER y EACAL son herramientas de medición de la calidad en el servicio de salud, las cuales, cumplen con las propiedades estadísticas para ser aplicadas en la institución ISSEMyM con la finalidad de monitorear el proceso de la calidad en la atención de salud. Son susceptibles de mejora en tanto el organismo en estudio es un sistema altamente cambiante. Lo idóneo es que sean aplicadas conjuntamente a fin de obtener ambas percepciones: desde el personal que brinda el servicio y los derechohabientes, con ello es posible nutrir la percepción sobre la calidad en el servicio de salud. También puede coadyuvar a identificar las interrelaciones entre las partes del sistema y lograr condiciones de sinergias y homeostasis con base en la cobertura eficaz para potenciar la salud de los derechohabientes.

## Capítulo VI. Conclusiones y sugerencias

Los resultados derivados de las escalas EACAL y ECALDER muestran la idoneidad como herramientas para medir el constructo de la calidad en el servicio de salud pública el ISSEMyM. Se recomienda la elaboración de pruebas piloto en las que se pueda abarcar mayor cantidad de clínicas para estudio, pues actualmente el ISSEMyM cuenta con 84 unidades de atención médica de primer nivel, siendo que en este estudio fueron diez el número de clínicas de las cuales se obtuvo la muestra para la validez y confiabilidad de las escalas.

Es posible que las escalas puedan ser aplicadas al resto de la población de derechohabientes y personal de salud debido a la similitud cultural del Estado de México, no obstante, están sujetas a mejora dado al contexto altamente cambiante, en las dimensiones políticas, económicas y sociales del propio Estado y de la misma clínica.

Es recomendable que se realicen estudios similares en los que se demuestre las correlaciones existentes entre las variables sociodemográficas y la percepción del paciente y servidor público, teniendo en cuenta la multicausalidad del fenómeno de calidad percibida. Hoy en día, el pensamiento sistémico es un enfoque que ofrece gran diversidad de ventajas especialmente cuando se trata de los sistemas de salud. Brinda un pensamiento conceptual respecto del mismo sistema, de sus intervenciones y evaluaciones para su fortalecimiento. Desde ésta mirada es posible comprender y aprovechar mejor las sinergias entre cada intervención que se da al interior del organismo de salud.

Las escalas de calidad en el servicio de salud que se proponen, evalúan el desempeño del sistema, tomando en cuenta la percepción de la calidad en el servicio de salud sobre las interacciones entre las diferentes áreas de la clínica. Con este estudio fue posible advertir que las personas, quienes son los actores clave del sistema, otorgan mayor importancia a sus interrelaciones. Aspectos como horarios de consulta, tiempo de espera, trámites, documentación, e incluso en algunos casos, medicamentos, no fueron datos reportados, por lo que puede sugerirse que se encuentran en un nivel más abajo de sus necesidades.

Como sugerencia, y partiendo que desde el enfoque sistémico es preponderante contar con un lenguaje homogéneo en el organismo de salud, el cual no se debe descuidar al hablar de calidad. Las clínicas de salud pueden abrir su investigación en el cómo son las interrelaciones de sus elementos, cómo se comunican, cómo son sus encuentros, cuál es el lenguaje que utilizan, identificar si se habla el mismo lenguaje, qué se intercambian y para qué, cómo contribuir a este intercambio, pues como fue visto de acuerdo a las dimensiones resultantes, es necesario abrir nuevas líneas de investigación sistémica en las que se planteen y propongan cualitativamente las formas de relacionarse que contribuyen a la calidad en el servicio de salud, considerando en su totalidad las áreas o departamentos que lo conforman.

Finalmente, este estudio abre brechas para continuar con investigación en las ciencias sociales, ya que se sabe de pensadores quienes consideran que la vida misma parece ser un sistema autopoyético en el que, siendo testigos de las condiciones cambiantes que existen, se producen a la vez aquellas transformaciones necesarias para mantener las formas de organización de la vida. Siendo urgente encontrar como seres sociales en sociedad, ese equilibrio entre nuestros propios intereses, trabajar en nuestras contradicciones interiores y estar abiertos a aquellas transformaciones que cada uno necesitamos como personas, como prestadores de servicios y como derechohabientes.



## Referencias

- Aguirre Gas, H. (1990). Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. *Revista Salud Pública de México*, XXXII(2), 170-180.
- Anderson, R. T., Bárbara, A. M., Weisman, C., Hudson Scholle, S., Binko, J., Schneider, T., . . . Gwinner, V. (2001). A qualitative analysis of women's satisfaction with primary care from a panel of focus groups in the national centers of excellence in women's health. *J Womens Health Gend Based Med*, 37-47.
- Attree, M. (2001). Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'Good' and 'Not so Good' quality care. *J adv. Nurs.*, 456-466.
- Bertalanffy, L. V. (1989). *Teoría General de los Sistemas*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Boulding, K. E. (2004). General Systems theory: The skeleton of science. *E:CO Special Doble Issue*, VI(1-2), 127-139.
- Borré, Y., Lenis, C. y González, G. (2014) Utilidad del cuestionario SERVQHOS-E para medir calidad percibida de la atención de enfermería. *CES Salud Pública*. 5:127-136
- Burns, N., & Grove, S. (2005). *Investigación en enfermería*. Madrid: Elsevier.
- Butle. (1996). Servqual: Review, Critique. *Research Agenda. European Journal of Marketing*, 8-32.
- Carman, J. M. (1990). Consumer Perceptions of Service Quality: An Assesment of the Servqual Dimensions. *Journal of Retailing*, 33-55.
- Castillo, E., Abad, M. T., Giménez, J., & J, R. (2012). Diseño de un cuestionario sobre hábitos de actividad física y estilo de vida a partir del método Delphi. *Revista de Ciencias del Deporte*, 51-66.
- Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos". (2014). Encuesta sobre satisfacción de la atención. Toluca, Estado de México, México: Instituto de Salud del Estado de México.
- Concato, J., & R, F. A. (1997). Asking patients what they like: overlooked attributes of patient . *Am J Med*, 399-406.

- Congreso de la Unión. (2015). *Ley General de la Salud*. México, D.F.: Diario Oficial de la Federación.
- Cortés, N. (2009). *Diagnóstico del clima organizacional*. Tesis de Maestría. Veracruz: Universidad Veracruzana.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2003). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*, VI(32).
- De los Ríos-Castillo, J. L., Barrios-Santiago, P., Ocampo-Mancilla, M., & Ávila-Rojas, T. L. (2007). Desgaste profesional en personal de enfermería. Aproximaciones para un debate. *Revista Médica del IMSS*, 493-502.
- Deng, S., & Dart, J. (1994). Measuring market orientation: a multi-factor, multi-item approach. *Journal of Marketing Management*, 725-742.
- Donabedian, A. (1988) The quality of care ¿How can it be Assessed? *JAMA*. 1988; 260: 1743-48.
- Donabedian, A. (2001) La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? *Rev Cal Asist*. 16: 580-87.
- E, C. (2005). *Escala Multidimensional SERVQUAL*. Chile: Facultad de Ciencias Empresariales, Universidad del Bío-Bío.
- Espinosa Osorio, D. (21 de julio de 2009). *Gestiopolis.com*. Obtenido de Teoría general de sistemas de Ludwig von Bertalanffy: <http://www.gestiopolis.com/teoria-general-de-sistemas-ludwig-von-bertalanffy/>
- F, S. J., & E, W. M. (2000). Through the eye of the beholder: multiple perspectives on quality in women's health care. *Qual Manag Health Care*, 1-13.
- Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J., & Delbanco, T. L. (1993). *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gobierno del Estado de México. (2011). *Informe Anual ISSEEMyM 2011*. Estado de México: Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación.

- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1999). *Análisis Multivariante* (Quita ed.). Madrid, España: Prentice Hall.
- Haviland, M. G., Morales, L. S., Reise, S. P., & Hays, R. D. (2003). Do health care ratings differ by race or ethnicity? *Jt Comm J Qual Staf*, XIX(3), 134-145.
- Hospital Infantil de México. (2013). *Programa de calidad y seguridad al paciente*. México: Hospital afiliado a la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Infante, F. A., Proudfoot, J. G., Powell Davies, G., Bubner, T. K., Holton, C. H., Beilby, J. J., & Harris, M. F. (2004). How people with chronic illnesses view their care in general practice: a qualitative study. *Med J Aust*, 70-73.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015). INDICAS: Sistema nacional de indicadores de calidad en salud. *Indicador de trato digno en los servicios de consulta externa*. Toluca, Estado de México, México: Secretaría de Salud.
- Instituto del Seguro Social del Estado de México y Municipios. (2009). *Historia del ISSEMyM*. Recuperado el enero de 2015, de Página oficial del ISSEMyM: [http://www.issemym.gob.mx/tu\\_issemym/historia](http://www.issemym.gob.mx/tu_issemym/historia)
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (1990). *Encuesta Nacional sobre la calidad y calidez entre usuario y prestador del servicio*. México: Subdirección de atención médica.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2005). *Reporte de actualización e integración de la clasificación de instituciones de salud 2005*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Instituto Mexicano del Seguro Social. (2000). *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2000*. México: INEGI.
- Irurita, V. F. (1999). Factors affecting the quality of nursing care: the patient's perspective. *Int. J. Nurs. Pract.*, 86-94.
- Irvine D, Sidani S, Keatings M, Doidge D. (2002) An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *J. Adv. Nurs.* 38(1): 29-39.
- Jélvez Caamaño, A., Riquelme Romero, Y., & Gómez Fuentealba, N. (2010). Evaluación de la calidad de servicio en centro de salud familiar en Chile. *Horizontes empresariales*, 51-71.

- Jun, H. P., Van-Horne, F., Wensing, M., Hearnshaw, H., & Grol, R. (1998). Which aspects of general practitioners' behavior determine patients' evaluation of care? *Soc. Sci. Med*, 1077-1087.
- Jun, M., Peterson, R., & Zsidisin, G. (1998). The identification and measurement of quality in health care: focus group interview results. *Health-Care Manage Rev.*, 81-97.
- Kravitz, R. (1996). Patients' expectations for medical care: an expanded formulation based on review of the literature. *Medical care research and review*, 3-27.
- Larrabee, J. H., & Bolden, L. V. (2001). Defining patient-perceived quality of nursing care. *J. Nurs. Care Qual*, 34-60.
- López Arellano, O., & Jarillo Soto, C. (2015). *Acceso universal a la salud en México. Obstáculos y Desafíos*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Martínez Carazo, P. C. (2006). el método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, 165-193.
- Martínez Rodríguez, R., Urdaneta Pignalosa, G., Rosales Bordes, A., & Villavicencio Mavrich, H. (2008). Cuestionario de Evaluación de la Calidad asistencial en un servicio de urgencias urológicas. *Actas urológicas españolas*, 717-721.
- MEDEX, Northwest Division of Physician Assistant Studies. (2012). Comunicarse con los pacientes. (D. T. Inc., Trad.) Washington, United States of America. Recuperado el 2014 de abril de 07
- Mendoza. (2012). *Diferencias por sexo en el perfil de Agotamiento profesional asociado a variables sociodemográficas de trabajadores de una institución pública de salud en el D.F.* México: Porrúa-Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- Molina Martín, G., & Cabrera Arana, G. A. (2008). *Políticas Públicas en salud: aproximación a un análisis*. Antioquia: Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez".
- Ngo-Metzger, Q., Massagli, M. P., Clarridge, B. R., Manocchia, M., Davis, R. B., Iezzoni, L., & Phillips, R. S. (2003). Linguistic and Cultural Barriers to Care: Perspectives of Chinese and Vietnamese Immigrants. *J Gen Intern Med.* , 44-52.

- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. J. (1995). *Teoría Psicométrica*. México, D.F.: McGraw-Hill Latinoamérica.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Resultados de la 55ª Asamblea Mundial de la Salud*. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EB110/seb1102.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB110/seb1102.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Clasificación internacional para la seguridad del paciente*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente: Versión 1.1*. Ginebra: World Health Organization.
- Pick, S., & López, L. (1994). *Cómo investigar en ciencias sociales*. México: Trillas.
- Radwin, L. (2000). Oncology patients' perceptions of quality nursing care. *Nurs. Health*, 79-90.
- Ross, C. K., Frommelt, G., Hazelwood, L., & Chang, R. W. (1987). The role of expectations in patient satisfaction with medical care. *J Health Care Mank*, 16-26.
- Roth Deubel, A. N. (2003). *Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Ediciones Aurora.
- Ruelas, E. (2001). Condicionantes de la Calidad en el Modelo Prestador. (pág. Encuentro de América Latina y el Caribe sobre Calidad de Atención de la Salud). México: Secretaría de la Salud.
- Ruelas, E., & Frenk, M. (2002). *Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*. México: Secretaría de Salud.
- San Martín, H. (1986). *Manual de Salud Pública y Medicina Preventiva*. Barcelona: Masson.
- Schein, E. (1990). Organizational Culture. *American Psychologist*, XXXXV(2), 09-19.
- Schein, E. H. (1999). *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Secretaría de Salud. (2002). *Programa de Acción. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Servicios de Salud*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2008). *Manual de integración y funcionamiento del comité de evaluación del expediente clínico*. Secretaría de salud. Obtenido de

<https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUK EwjZqlez4Y7MAhUCnIMKHTGVBO4QFggBMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.iner.salud.gob.mx%2Fmedia%2F93748%2Fexpedienteclinico.pdf&usg=AFQjCNH80gy4ZI9Py-hRVaOKH8htEWu3gQ&sig2=VjV207Q7z3LqIhnRxUpV>

Secretaría de Salud. (2013). *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. Diario Oficial de la Federación.

Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. (2001). Bases conceptuales de la calidad de la atención a la salud. *Cuaderno de divulgación científica*, 3-29.

Sistema Nacional de Protección Civil. (2007). Guía práctica del programa: Hospital Seguro. Toluca, Estado de México, México.

Soto Estrada, G., Lutzow Steiner, M. A., & Rafael, G. G. (2014). *Rasgos Generales del sistema de salud en México*. Ciudad de México: Facultad de Medicina, UNAM.

Testa, M. (1993). *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Trujillo Parra, B. M. (2006). Diseño de una prueba para determinar la calidad del servicio desde la percepción de los usuarios del hospital San Juan de Dios, Pamplona. Pamplona: Universidad de Pamplona.

UNAM, 2013. Diplomado a distancia. Información médica ¿qué es la calidad? Extraído el 14 de noviembre de 2016 de: <http://www.facmed.unam.mx/emc/computo/infomedic/presentac/modulos/ftp/documentos/calidad.pdf>

Villagarcía Trujillo, E. X., Delgadillo Guzmán, L. G., Argüello Zepeda, F. J., & Gonzáles Villanueva, L. (2016). Perspectiva de la Calidad en el Servicio de Salud del ISSEMyM desde Derechohabientes. Manuscrito Inédito.

Zapata Cortés, O. (2014). *Algunos elementos conceptuales y metodológicos en torno a las políticas públicas*. Colombia: Escuela de Gobierno y Políticas Públicas de Antioquía.

## Anexos

### Anexo 1. Hoja de consentimiento informado

La Universidad Autónoma del Estado de México en colaboración con el ISSEMYM se encuentra desarrollando el proyecto de investigación “PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD EM SALUD PÚBLICA”, cuyo objetivo es, fortalecer la calidad en el servicio de salud del Instituto, para lo cual, su colaboración resulta fundamental, de estar usted de acuerdo en colaborar, será necesario que responda al siguiente cuestionario, habida cuenta que, los datos recuperados serán manejados con total confidencialidad y anonimato, utilizados con fines de análisis estadísticos, para así, emprender acciones que fortalezcan la calidad en el servicio que el personal de salud ofrece.

Pregunta con entera libertad al investigador las dudas que puedan surgirle. Haga todas las preguntas que tenga o considere necesario realizar alrededor del estudio y su colaboración. Al contestar el cuestionario tenga presente que no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo respuestas de acuerdo a su experiencia y conocimiento de lo que se aborda y sobre la percepción que tiene en relación a la Calidad en el servicio que brinda el ISSEMYM. Le tomará sólo 20 minutos contestar la encuesta, no se requiere de nombre o algún otro dato de identificación, únicamente los sociodemográficos como edad, sexo, escolaridad y estado civil.

Por su participación, gracias.

He leído la información de esta hoja de consentimiento, o se me ha leído de manera adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación han sido atendidas.

---

Firma del Participante

Fecha

## Anexo 2. Tabla referentes teóricos

Concepto	Definición	Fuente
Cuidado centrado en el paciente	Los pacientes se sienten satisfechos con el servicio médico que recibieron cuando se dio una atención de calidad a sus necesidades físicas y emocionales, recibieron un cuidado individualizado y cuidadoso, estuvieron involucrados directamente en las decisiones que se tomaron en cuanto a su cuidado, Los resultados revelan que los pacientes consideran que los médicos, enfermeras y demás prestadores se preocuparon de saber quiénes eran y no solamente de conocer su expediente médico, evaluaron que los médicos mostraron respeto por ellos como pacientes, los escucharon y mostraron interés por sus necesidades.	Infante et al., 2004; Irurita, 1999
Acceso a los servicios médicos	Los pacientes reportaron que para ellos fue sumamente importante la disponibilidad que tenían los doctores, enfermeras y el resto del personal.	Jun, Peterson y Zsidisin 1998
Acceso a los especialistas	El hecho de que la institución médica cuente con espacios apropiados para la atención y horarios adecuados de visita, la posibilidad de ser visitados en sus hogares para revisiones médicas, el recibir información acerca de los distintos servicios médicos que se ofrecen en la institución y el recibir atención de emergencia.	Ngo-Metzger et al., 2003
Comunicación	Los pacientes se muestran sumamente interesados en la calidad de la comunicación e información que se les brinda Este factor incluye la comunicación abierta y una adecuada fluidez en la información, el hecho de recibir información detallada con respecto a los procedimientos que se siguen en esa unidad de atención médica y los resultados de los estudios clínicos que se les practicaron así como las habilidades de comunicación que tienen todos los prestadores de servicios entre las que destacan el escuchar cuidadosamente al paciente, prestar atención a sus necesidades, y explicar de manera clara y sencilla procedimientos técnicos complejos	Gerteis, Edgman-Levitan, Daley, y Delbanco, 1993 Attree, 2001
Apoyo emocional	Para los pacientes es muy importante tener la suficiente seguridad emocional y sentir confianza en sus médicos para de esta manera reducir los sentimientos de vulnerabilidad y ansiedad. Las interacciones sociales y emocionales que establecieron con el personal que los atendió, también contribuyen. El apoyo emocional y la calidez en el trato son considerados como determinantes al momento de evaluar a las instituciones Los pacientes quieren que cada médico, enfermero y miembro de la institución además de ser cortés con ellos, muestre también sensibilidad, gentileza, compasión y simpatía por sus pacientes	Radwin, 2000; Larrabee y Bolden, 2001 Anderson et al., 2001 Gerteis, Edgman-Levitan, Daley y Delbanco, 1993
Competencia profesional	Los pacientes esperan que el trato que se les brinda sea eficiente lo cual incluye una correcta coordinación entre todos los miembros del personal médico y las autoridades de la unidad en la que laboran El deseo de que sus médicos sean competentes, tengan un adecuado conocimiento científico y técnico, les den el mejor de los tratamientos, y cuenten con la suficiente experiencia en su área de especialidad. Aunque los pacientes no tienen los conocimientos de sus médicos, ellos tienen la capacidad para reportar si los doctores que los atienden han acertado en el diagnóstico y el tratamiento que les ofrecieron Entre los rasgos que los pacientes evalúan de la competencia profesional de los médicos y enfermeras se encuentran los siguientes: la auscultación fue apropiada, se trabajó de acuerdo con los procedimientos institucionales, el diagnóstico y futuro tratamiento se hicieron de manera correcta, el médico ofreció buenas soluciones, el médico sabía las causas del padecimiento y lo que debía hacer en consecuencia.	Concato y Feinstein, 1997 Stichler y Weiss, 2000 Jun, Van Horne, Wensing, Hearnshaw, y Grol, 1998



### Anexo 3. Operacionalización de las dimensiones: Derechohabientes

Concepto	Dimensiones	Subdimensión	Variables
S A T I S F A C C I Ó N	Organización del servicio		18. Los servicios ofrecidos por el hospital satisfacen sus necesidades
			19. El proceso de asignación de citas es adecuado
			21. La organización del personal médico es buena
			22. La cantidad de medicamentos que le entregaron es satisfactoria
			23. Hay continuidad en los tratamientos médicos requeridos
			26. El tiempo de espera para pasar a consulta es satisfactorio
			28. Ante situaciones extraordinarias, le avisan en tiempo oportuno
			32. Los medicamentos que le entregaron fueron en tiempo conveniente
			33. Recibe oportunamente los resultados de los estudios médicos (laboratorio, citología, etc)
			34. Los servicios de salud, ofrecidos por el hospital se cumplen
			36. La documentación solicitada es pertinente
			37. Los horarios de consulta son convenientes
			39. El trámite de salida/alta es satisfactorio
			43. La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Recepción, Asignación de fichas, Trabajo social, Farmacia, Archivo, Laboratorio.
			5. El médico transmite confianza
			6. El médico cuenta con el conocimiento para responder a sus preguntas
			7. El médico le permitió hablar sobre su estado de salud
			8. El médico le explicó sobre su estado de salud
D E L	Atención médica		12. Las enfermeras proporcionan una correcta orientación ante las inquietudes que usted tiene
			16. El médico toma en cuenta los intereses de los pacientes
			17. La atención médica que le brindaron fue satisfactoria
			20. Expresa con libertad su problema de salud
			24. La orientación dada por el médico para el tratamiento de la enfermedad es clara
			27. El médico le explicó sobre los cuidados que debe seguir
			29. La información que le proporcionó el médico fue clara
			31. El médico le explicó sobre los medicamentos que debe seguir
			40. Sus familiares recibieron orientación sobre los cuidados que hay que seguir
			41. Recomienda la clínica ISSEMYM a sus familiares
			42. Tiene la total confianza de acudir a la clínica ISSEMYM en caso de contraer una enfermedad muy grave
			44. El personal de enfermería transmite confianza
U S U A R I O	Trato digno		1. El personal de apoyo mostró disposición a ayudarlo
			3. El personal de apoyo es amable
			11. Hay amabilidad por parte del personal médico
			13. El comportamiento del personal de apoyo le inspira confianza
			15. El médico brinda atención individualizada, atendiendo sus necesidades
			25. El personal de apoyo aclara sus inquietudes
			45. Hay amabilidad por parte del personal de enfermería.
			47. El trato recibido es satisfactorio en el área de: Recepción, Archivo Clínico, Trabajo Social, Laboratorio, Farmacia
			10. Los médicos y/o enfermeras hacen uso de los equipos médicos para la prestación del servicio
			46. La apariencia del personal de enfermería es higiénica
			38. La apariencia del médico es higiénica
4. Hay comodidad en las instalaciones			
9. Hay equipos médicos acordes con el nivel de atención del servicio			
14. Las instalaciones del hospital se encuentran en buenas condiciones			
30. Las instalaciones físicas son visualmente higiénicas			
35. Las instalaciones son seguras			
Instrumental/ Instalaciones			

## Anexo 4. Operacionalización de las dimensiones: Escala de Autoevaluación del Personal

Concepto	Dimensiones	Subdimensión	Variables			
S A T I S F A C C I Ó N  D E L  U S U A R I O	Organización del servicio		18. Los servicios que presta el hospital satisfacen las necesidades de los pacientes			
			19. El proceso de asignación de citas es adecuado			
			21. La organización del personal médico es buena			
			22. La cantidad de medicamentos que le entregaron al paciente es satisfactoria			
			23. Hay continuidad en los tratamientos médicos requeridos			
			26. El tiempo de espera para pasar a consulta es satisfactorio			
			28. Ante situaciones extraordinarias, el paciente es informado en tiempo oportuno			
			32. Los medicamentos entregados al paciente son en tiempo conveniente			
			33. Los resultados de los estudios médicos (laboratorio, citología, etc) se entregan oportunamente			
			34. Los servicios ofrecidos por el hospital se cumplen			
			36. La documentación solicitada al paciente es pertinente			
			37. Los horarios de atención son convenientes			
			39. El trámite de salida/alta es satisfactorio			
			43. La organización del área médica es buena			
			44. La organización del personal de apoyo es buena			
	Atención médica		05. Me esfuerzo por transmitir confianza a los pacientes			
			06. Honestamente, tengo siempre el conocimiento para responder a las preguntas de los pacientes			
			07. Permito que el paciente hable sobre su estado de salud			
			08. Tengo paciencia para explicarle al paciente su estado de salud			
			12. Siempre doy orientación ante cualquier inquietud			
			16. Tomo en cuenta los intereses de los pacientes			
			17. Considero que la atención médica que brindé satisface al paciente			
			20. El paciente expresa con libertad su problema de salud			
			24. La orientación que doy sobre el tratamiento que debe seguir el paciente siempre es clara			
			27. Le explico al paciente los cuidados que debe seguir, percatándome de que me entiende			
			29. La información que le proporciono al paciente siempre es clara			
			31. Corroboro que el paciente me entienda sobre el tratamiento que debe seguir			
			40. Doy orientación a los familiares del paciente sobre los cuidados que deben seguir			
			41. Recomiendo la clínica ISSEMYM a mis familiares			
			45. Tengo total confianza de acudir a la clínica ISSEMYM en caso de contraer una enfermedad muy grave			
Trato digno		01. Muestro disposición para ayudar a los pacientes				
		03. El personal de apoyo es amable				
		11. Muestro amabilidad al paciente				
		13. Inspiro confianza a los pacientes				
		15. Brindo atención individualizada, atendiendo las necesidades del paciente				
		25. El personal de apoyo aclara las inquietudes del paciente				
		43. El trato que reciben los pacientes es satisfactorio en el área de: Recepción, Archivo Clínico, Área médica, Enfermería, Trabajo Social, Laboratorio, Rayos X, Farmacia, Caja y Vigilancia.				
		Personal/ Orgánica		10. Hago uso de los equipos médicos para la prestación de mi servicio		
				38. Mi apariencia durante el desempeño de mis funciones es higiénica		
				02. La apariencia de las instalaciones es agradable		
				04. Hay comodidad en las instalaciones		
				Seguridad institucional	Instrumental/ Instalaciones	09. Hay equipos médicos acordes con el nivel de atención del servicio
						14. Las instalaciones del hospital se encuentran en buenas condiciones
						30. Las instalaciones físicas son visualmente higiénicas
						35. Las instalaciones son seguras

## Anexo 5. Artículo enviado para su publicación

---



*Horizonte sanitario*

Villahermosa, Tabasco, a 12 de septiembre de 2016.

**ASUNTO:** Constancia de recepción de artículo.

**Villagarcía Trujillo Eugenia Xiomara  
Delgadillo Guzmán Leonor Guadalupe  
Argüello Zepeda Francisco José  
González Villanueva Leonor  
P R E S E N T E**

Me es muy grato informarles que hemos recibido su artículo "Perspectiva usuaria de la Calidad en los Servicios de Salud del ISSEMyM" y hemos iniciado el proceso de arbitraje, en breve le notificaremos el dictamen.

Esperando seguir contando con su colaboración, me despido de ustedes.

Atentamente

**Dr. en C. Heberto R. Priego Álvarez**  
Director

C.c.p. M. I. Alejandro Jiménez Sastré.- Director de DACS-UJAT.  
C.c.p. Archivo



*Horizonte sanitario*

Villahermosa, Tabasco a 07 de noviembre de 2016.

**ASUNTO:** Dictamen editorial

**Autores:** Villagarcía Trujillo Eugenia Xiomara , Delgado Guzmán Leonor Guadalupe , Argüello Zepeda Francisco José, González Villanueva Leonor

**Nº. De registro:** 1446

**Título del manuscrito:** Perspectiva usuaria de la Calidad en los Servicios de Salud del ISSEMyM

**DICTAMEN:** Publicable con modificaciones

**Comentarios:**

El artículo presenta los resultados de una investigación interesante, con aportes en cuanto al instrumento diseñado y los resultados que ofrece, de interés para la institución evaluada. Es evidente que dedicaron mucho tiempo, trabajo y esfuerzo, que no debe ni tiene porque perderse ya que toda la información se encuentra disperso dentro del artículo, es cuestión de localizarlo y conjuntarlo. Por tal razón se sugiere descargue de la plataforma su texto revisado por los dictaminadores con observaciones detalladas que le pueden resultar de utilidad y en cada acápite se argumentan las insuficiencias.

En términos generales se le hacen las siguientes observaciones:

1. En el título cambiar la palabra "perspectiva" por percepción
2. En métodos especificar que dimensiones de calidad se evalúan. Se dispersa al incluir explicaciones teóricas del Escalder y las diferentes encuestas sobre calidad, las cuales considero se incluyan en el marco de referencia. Debe precisarse y hacer conciso material y método redactando a renglón seguido objetivo, tipo de investigación, periodo de estudio, población, unidades de observación, tamaño y método de selección de muestra criterios de inclusión, variables de estudio generales y las que mide el instrumento en las 5 dimensiones, forma de recolección de la información, análisis de la información que haría por lógica, lo que observe y coteje con apoyo estadístico. Si el instrumento mide 5 dimensiones las 5 son variables de estudio y deben reportarse en el resultado y valorarse en la discusión. De hecho deberían estar planteadas desde el objetivo por que no especifican que aspectos de calidad piensan medir.
3. En relación a la discusión deben centrarse en si coincide, confirma o rechaza los resultados obtenidos en investigaciones de instituciones similares respecto a la calidad de los servicios recibidos, desde la perspectiva de los usuarios. En la discusión escriben que la evaluación es óptima, pero sugieren mejorar el factor humano con programas específicos, por tanto se contradice.

Si ustedes realizan las modificaciones sugeridas, esperamos envíe su artículo nuevamente para poder publicarlo.

**Atentamente**

Dr. en C. Heberio R. Priego Álvarez  
Editor

C.c.p. Archivo



UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud. Av. Gregorio Méndez 2838-A, col. Tamulá, C.P. 86100, Villahermosa, Tabasco, México.

**Perspectiva usuaria de la Calidad en los Servicios de Salud del ISSEMyM**

## User perspective of the quality in Health Services of the ISSEMyM

### Usuário Qualidade perspectiva de Serviços de Saúde ISSEMyM

Villagarcía Trujiilo Eugenia Xiomara<sup>5</sup>, Delgadillo Guzmán Leonor Guadalupe<sup>6</sup>, Argüello Zepeda Francisco José<sup>7</sup>, González Villanueva Leonor<sup>8</sup>

#### Resumen

**Objetivo:** Conocer la perspectiva de los derechohabientes con respecto a la calidad en el servicio de salud que brinda Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM). **Material y Métodos:** a través de un estudio descriptivo que contempla la aplicación de la ECALDER a 355 derechohabientes que cumplan al menos un año con el beneficio asistencial dentro de los 10 diferentes centros del Instituto. **Resultados:** Descriptivamente; la insatisfacción con la calidad de los servicios es reportada generalmente con puntajes bajos (Percentil 36.79) Por otra parte, el análisis correlacional arroja puntajes bastante significativos ( $p < 0.00$ ) lo que indica la interrelación de las percepciones del trato con el personal, elaboración de trámites y confianza en la institución. **Conclusiones:** Factorialmente los aspectos de trámites y confianza en la institución son los mejores evaluados, seguidos de la interacción con el personal; correlacionalmente, la interacción con el personal de cualquier área influencia la percepción hacia otras, mientras que la confianza en la institución depende de la percepción del personal de enfermería y trámites.

**Palabras clave:** Calidad de servicio, salud pública, derechohabientes, ISSEMyM.

#### Abstract

**Objective:** to determine the perspective of the beneficiaries regarding the quality of health service provided by the Social Security Institute of State of Mexico and Municipalities (ISSEMyM). **Material and Methods:** through a descriptive study which

---

<sup>5</sup> Psicóloga evaluadora por la Secretaría de Seguridad Pública, villagarcia@hotmail.com Dirección: Primera privada de Miguel Barragán #206 Col. Lázaro Cárdenas, Toluca México. Tel. 7221293845 (Responsable de la correspondencia)

<sup>6</sup> Doctora en Ciencias Sociales. Líder del Cuerpo Académico “Vulnerabilidad, educación y sustentabilidad”. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel I. Profesora-investigadora de tiempo completo en la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México, delgadilloleono@gmail.com.

<sup>7</sup> Doctor en Antropología. Miembro del Cuerpo Académico “Vulnerabilidad, educación y sustentabilidad”. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel I. Profesor-investigador de tiempo completo en la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México, farguello2010@hotmail.com.

<sup>8</sup> Maestra en Planeación y Evaluación de la Educación Superior. Miembro del Cuerpo Académico “Vulnerabilidad, educación y sustentabilidad”. Profesora-investigadora de tiempo completo en la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México, gveleonor@gmail.com.

contemplates the application of the Scale of Quality Service in ISSEMyM Beneficiaries (ECALDER, Quality Scale of receiving service in users) to 355 beneficiaries who at least had one year with the assistance benefit within 10 different centers of the Institute.

**Results:** Descriptively; dissatisfaction with the services quality is usually reported with low scores (Percentile 36.79); Additionally, the correlational analysis shows very significant scores ( $p < 0.00$ ) indicating the interrelation of perceptions dealing with the personnel, preparation of procedures and confidence in the institution. **Conclusions:** factorial aspects of procedures and institutional trust are well evaluated, followed by interaction with staff; through the correlational approach, the general interaction with the staff, of any kind, influence perception to other areas, while confidence in the institution depends on the perception of nurses and formalities.

**Keywords:** Service quality, public health, beneficiaries, ISSEMyM.

### Resumo

**Objetivo:** determinar a perspectiva dos titulares de direitos sobre a qualidade do serviço de saúde que fornece Issemym. **Material e Métodos:** Através de um estudo descritivo prevê a aplicação do ECALDER para 355 beneficiários que preencham pelo menos um ano com o benefício de cuidados dentro de 10 diferentes centros do Instituto. **Resultados:** Descritivamente; insatisfação com a qualidade dos serviços é geralmente relatados com pontuações baixas (percentil 36,79) além disso, a análise de correlação mostra é classificada como muito significativos ( $p < 0,00$ ) indicando a inter-relação das percepções que lidam com pessoal, preparação de procedimentos e confiança na instituição. **Conclusões:** aspectos fatoriais de procedimentos e de confiança na instituição são mais bem avaliados, seguido de interação com a equipe; correlacionalmente, interação com a equipe de qualquer percepção de influência para outra área, enquanto a confiança na instituição depende da percepção de enfermeiros e formalidades.

**Palavras-chave:** Qualidade de serviço, saúde pública, dependentes, Issemym.

## **La Calidad del Servicio en instituciones de Salud Pública**

En la actualidad, se ha incrementado el interés por medir la calidad percibida en los servicios de salud pública desde los usuarios. Esto se debe a los mismos estatutos de la política pública en nuestro país, pero en gran medida, a las demandas de la misma sociedad. Tradicionalmente el análisis de la calidad de atención se ha centrado en la dimensión técnica u objetiva, más que en la dimensión desde la perspectiva del paciente, la cual se considera subjetiva (Ochando, et al, 2008). Sin embargo, en los países desarrollados el punto de vista de los pacientes respecto a la calidad en los servicios de salud ha contribuido en los procesos de la gestión sanitaria actuando en concordancia con un modelo de calidad total, modelos de salud que hoy en día son ejemplo de atención en salud.

Para realizar un análisis de la calidad de los servicios de salud es necesario conceptualizar al “sistema de salud”, donde la Organización Mundial de la Salud (OMS; 2002) lo define como a las actividades dirigidas a promover, restablecer o mantener la salud. Se deben entender como sistemas que surgen a partir de las necesidades sociales de la población, en donde la salud es uno de los aspectos básicos para su evolución. Es así que la calidad de estos servicios se entiende como la cobertura de las necesidades de bienestar psico-físico de los individuos, de forma oportuna y eficaz (OMS, 2007; también referido por el Hospital Infantil de México, 2013). Y, en consecuencia, el resultado de salida es el conocimiento sobre la satisfacción del usuario de conformidad con sus necesidades de cuidado y protección a su salud, susceptible de ser medida con base en la percepción general de los servicios prestados.

A partir de esto, la presente investigación considera a la calidad de los servicios de salud como aquellos actos y recursos conjuntos y articulados para satisfacer, de conformidad con los requerimientos de cada cliente o usuario, las distintas necesidades que tienen y por las que se acudió. Se logra a través de todo el proceso, desde la entrada hasta la salida del bien buscado, y se registra por medio de la evaluación de los servicios entregados para tal fin. El grado de satisfacción que experimenta el cliente o usuario por todas las acciones emprendidas por su proveedor o benefactor coordinadas para su mayor bienestar.

Ya lo expresa Kravitz, R. (1996) sobre la preocupación de la calidad asistencial, la cual va más allá de las exigencias propias del prestador de salud en relación al cumplimiento de estándares de calidad, porque el paciente evalúa la calidad de la atención de salud no sólo valorando el resultado final (si se cura o no), sino también en función de sus necesidades, expectativas y experiencias.

Desafortunadamente, ha sido insuficiente la información disponible sobre el grado de satisfacción y percepción de la calidad que tienen los usuarios respecto de la atención de salud. Las instituciones en salud, difícilmente revelan al público resultados sobre la evaluación de la calidad que al interior realizan, de hecho, la mayoría de los prestadores de servicios de salud desconocen este tipo de resultados de sus instituciones. De igual manera, se tienen las evaluaciones poblacionales en las que aún no se logra un consenso en relación a la evidencia científica para el desarrollo de métodos aplicados y validados para medir la calidad, por lo tanto, se tienen a pacientes menos informados y con una casi nula participación para compartir la toma de decisiones en la atención en salud.

En el ámbito de investigación, los estudios que se han llevado a cabo en torno a la calidad en el servicio de salud, han buscado determinar la satisfacción del paciente con respecto al tratamiento o intervención que recibe de las instituciones médicas (Crow et al., 2003; Haviland, Morales, Reise y Hays, 2003). Esta satisfacción está relacionada directamente con las expectativas que un paciente tiene y el servicio que realmente recibe. Bajo esta premisa, lo satisfecho que una persona se puede sentir con el servicio que ha recibido está determinado por la diferencia entre las expectativas e ideas que tiene y sus propias percepciones con respecto a la calidad del servicio que recibió (Kravitz, 1996; Ross, Frommelt, Hazelwood, y Chang, 1994).

Por otra parte, Ruelas (2001) expresa que en México y en diversos países, ha crecido a grandes pasos el interés por la calidad de la atención en salud, manifestándose en tópicos como evaluación y mejoramiento de la calidad, el crecimiento de organizaciones tanto lucrativas como no lucrativas, servicios de consultoría o capacitación en calidad. Todo esto a consecuencia de que la calidad se ha convertido en requisito necesario de responsabilidad social, económica y de integridad moral.



El Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos a través de la Ley General de Salud (Congreso de la Unión, 2015), regula el proceso de implementación de la política de organización a estos servicios para sus habitantes, considerando como política pública al SNS (Sistema Nacional de Salud). Es un plan de acción en servicios de salud constituido por las dependencias y entidades de la administración pública tanto federal como local y privada, así como por los mecanismos de coordinación, que tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. La misma Ley establece que uno de los objetivos del SNS es proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar su calidad.

Para México, la evaluación de la calidad de la atención médica presenta retos significativos, como el correspondiente a clarificar los juicios de valor eminentemente subjetivos, definir los puntos a evaluar y los sujetos de evaluación (Aguirre-Gas, 1990). Aunque actualmente se cuente con estudios sobre el tópico de calidad en salud pública, el modelo metodológico de este estudio se considera pertinente para identificar la organización de los servicios, el proceso, los resultados de la atención y las relaciones humanas, conceptos definidos en la base teórica del mismo.

Hoy día, en el SNS vigente 2012- 2018, se establece que México tiene tres grandes objetivos en el ámbito de salud: protección financiera, equidad y calidad. Respecto al último rubro, los sistemas de salud deben esforzarse por responder de manera adecuada a las expectativas de los pacientes, tanto en su dimensión técnica como interpersonal (Congreso de la Unión, 2015). Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales: organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general, entre otros: la atención médica (Mendoza, 2012).

La investigación ha desmantelado que definitivamente, se busca incorporar el punto de vista del paciente para la elaboración del diseño de los procesos de calidad. La satisfacción y la calidad percibida son conceptos cercanos, ambos se organizan comparando expectativas y percepciones en el proceso (Dierssen, et al, 2009). De aquí que la tendencia actual es considerar la satisfacción del paciente como el resultado de comparar la percepción que posee sobre la atención de salud, con los estándares

personales de lo que él considera una atención mínimamente aceptable (Mira, 2001). Es poco frecuente que se realicen estudios intra-hospitales y entre hospitales con la misma metodología que permitan comparar varios centros a bajo costo con el propósito de identificar áreas de mejoras.

El presente trabajo ofrece una perspectiva sobre la calidad en el servicio que los derechohabientes del ISSEMyM perciben y, a la vez, ofrece a la institución de salud una herramienta útil que permita una medición global y homogénea en tanto que posibilita una medición intra e inter hospitales, evaluando la percepción del usuario en el marco de sus interacciones y de su contexto, en donde la calidad percibida será un elemento de juicio que pueda dar cuenta de situaciones específicas del organismo de salud, así sean aciertos o áreas de mejora.

## **EI ISSEMyM**

De manera general, el ISSEMyM se consolidó alrededor del año 1954 en el Estado de México con la primera unidad médica antes llamada Dirección de Pensiones. El nombre vigente lo tomó a partir del 1º de septiembre de 1969, durante la gubernatura del Lic. Juan Fernández Albarrán (Gobierno del Estado de México, 2011). Actualmente, en materia de servicios de salud el instituto cuenta con 99 unidades médicas, que están conformadas por 84 de primer nivel, 11 de segundo nivel y 4 de tercer nivel. En cuanto al número de derechohabientes, el informe anual ISSEMyM (Gobierno del Estado de México, 2011), reporta que se afiliaron y credencializaron a 65,999 personas de nuevo ingreso, pensionados, pensionistas y dependientes económicos. Así mismo el dato actual que se tiene sobre la población registrada del Instituto es de 1,013,850 derechohabientes, de los cuales 340,018 corresponden a servidores públicos activos, 34,598 a pensionados y pensionistas, y 639,234 a dependientes económicos. El total de derechohabientes registrados coloca al ISSEMyM como una sólida institución de seguridad social.

## Método

### Objetivo del estudio

Evaluar la perspectiva usuaria sobre la calidad de los servicios de salud del ISSEMyM a través de un estudio exploratorio de corte transversal a una muestra de derechohabientes de la institución.

### Tipo de estudio o investigación

De tipo descriptivo, en palabras de Dankhe (citado en Fernández y Baptista, 1986) los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar.

### Muestreo

Se realizó una muestra intencional a través del criterio para muestreo probabilístico de Hair, Anderson, Tatham y Black (1999), que consiste en 5 registros de respuesta por reactivo, lo que resulta en una estimación de 335 para la Escala de Derechohabientes. Lo anterior se debe a la alta volatilidad de movimientos de afiliados en el Instituto, que arroja un número de usuarios intermitentes, con una permanencia no superior al año.

### Participantes

Los participantes fueron derechohabientes del ISSEMyM. Su beneficio asistencial variaba de menos a más de un año. La aplicación fue en diferentes dependencias de forma grupal y en algunas situaciones especiales, de forma individual. Las unidades con las que se trabajó la recolección de datos fueron:

**Tabla 1.**  
**Distribución de participantes**

Unidad Médica ISSEMYM	n	Tipo de Consulta
Clínica Alfredo del Mazo-Toluca	108	1er nivel, Externa
Clínica Huixquilucan	14	1er nivel, Externa
Clínica Amecameca	45	1er nivel, Externa
Clínica Chalco	21	1er nivel, Externa
Clínica Chimalhuacán	23	1er nivel, Externa
Clínica Ixtapan de la Sal	29	2do nivel
Clínica Tenango	9	2do nivel
Clínica Tenancingo	25	2do nivel

Clínica Villa Guerrero	16	2do nivel
Clínica Lerma	45	2do nivel
<b>Total</b>	<b>335</b>	

Por las características de investigación se consideró las siguientes variables como más relevantes (Mendoza, 2012): al sexo: con el 69.3% de mujeres y el 30.4% hombres; la edad; que variaba de los 13 a los 80 años ( $M = 42.52$ ;  $DE = 14.5$ ); la escolaridad, desde “sin estudios” hasta doctorados (1.5% sin estudios, 7.8% primaria, 24.5% secundaria, 8.7% técnico, 21.5% bachillerato, 3% técnico profesional, 27.5% licenciatura, 5.1% maestría y .3% doctorado); y el estado civil, con 28 % de solteros y 71.3% casados

### **Instrumento**

Se utilizó la Escala de Calidad del Servicio recibido en Derechohabientes (ECALDER, Villagarcía y Delgadillo, 2015), conformada por 52 reactivos distribuidos en 5 factores con Alphas de Cronbach entre .813 y .949, así como, una Alpha general de .973 y una varianza total de 54.51%. La escala se construyó a partir de cinco dimensiones teóricas: organización del servicio, toda actividad relacionada con la planificación y estructuración de la atención médica; atención médica, efectividad del servicio médico brindado al derechohabiente; trato digno, percepción del trato recibido directamente por el personal de la clínica; y seguridad institucional, que es la fiabilidad que el usuario percibe de los servicios médicos, que contempla a su vez al personal (orgánica) y a las instalaciones (instrumental). Los factores obtenidos fueron:

- 1. Primer contacto**, describe la valoración hacia el personal y organización en la institución, específicamente: la amabilidad, efectividad y trato al comienzo de recibir los servicios de salud. Los reactivos obtenidos es este factor fueron:
  - 1.El trato recibido es satisfactorio en el área de: Asignación de ficha
  - 2.La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Asignación de ficha
  - 3.La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Recepción
  - 4.El personal de apoyo aclara sus inquietudes: Asignación de ficha
  - 5.El trato recibido es satisfactorio en el área de: Recepción
  - 6.El personal de apoyo es amable, en el área de: Asignación de ficha
  - 7.El personal de apoyo

aclara sus inquietudes: Recepción 8.El personal de apoyo es amable, en el área de: Recepción 9.La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Trabajo Social 10.El personal de apoyo aclara sus inquietudes: Trabajo Social 11.El personal mostró disposición a ayudarlo 12.El proceso de asignación de citas es adecuado 13.El trato recibido es satisfactorio en el área de: Trabajo Social 14.La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Trabajo Social 15.El personal de apoyo es amable, en el área de: Trabajo Social

**2. Personal médico,** atañe a las características del personal médico y de enfermería: trato afable, información clara y completa, atención a los cuidados de los derechohabientes y la orientación a los usuarios. Los reactivos fueron: La información que proporcionó el médico fue clara 2.El médico le explicó sobre su estado de salud 3.El médico le explicó sobre los cuidados que debe seguir 4.El médico le explicó sobre los medicamentos que debe seguir 5.El médico le permitió hablar sobre su estado de salud 6.La orientación dada por el médico para el tratamiento de la enfermedad es clara 7.El paciente expresa con libertad su problema de salud 8.El médico transmite confianza 9. La atención médica que le brindaron fue satisfactoria 10.El médico brinda atención individualizada, atendiendo sus necesidades 11.Hay amabilidad por parte del médico y enfermeras 12.La organización del personal médico es buena 13.Hay continuidad en los tratamientos médicos requeridos 14.Toman en cuenta los intereses de los pacientes 15. La apariencia del médico es higiénica.

**3. Contacto secundario,** se refiere a la valoración hacia el personal médico y los servicios facilitados en áreas de canalización o atención, posteriores a recibir indicaciones del personal. Se tienen los reactivos: 1. El trato recibido es satisfactorio en el área de: Laboratorio 2. La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Archivo/Expediente 3. El personal de apoyo aclara sus inquietudes: Laboratorio 4. El personal de apoyo aclara sus inquietudes: Archivo/Expediente 5. El trato recibido es satisfactorio en el área de: Expediente 6. La organización del personal de apoyo es buena por parte

de: Laboratorio 7. El personal de apoyo es amable, en el área de: Laboratorio 8. El personal de apoyo es amable, en el área de: Archivo/Expediente 9. El trato recibido es satisfactorio en el área de: Farmacia 10. El personal de apoyo aclara sus inquietudes: Farmacia 11. La organización del personal de apoyo es buena por parte de: Farmacia.

4. **Confianza en la institución**, ubica la percepción general de los derechohabientes sobre la viabilidad y efectividad de los servicios de salud que ofrece la institución. Los reactivos que conformaron este factor fueron: 1. Hay equipos médicos acordes con el nivel de atención del servicio 2. Los servicios ofrecidos por el hospital satisfacen sus necesidades 3. El personal hace uso de equipos médicos para la prestación del servicio 4. Recomienda la clínica ISSEMyM a sus familiares 5. Tiene la total confianza de acudir a la clínica ISSEMyM en caso de contraer una enfermedad muy grave 6. Los servicios de salud ofrecidos por el hospital se cumplen.
5. **Trámites**, se remite al área procedimental de la gestión para los requisitos al solicitar y recibir los servicios de la institución. Los reactivos obtenidos para este factor fueron: 1. Las instalaciones son seguras 2. Los horarios de consulta son convenientes 3. La cantidad de medicamentos que le entregaron es satisfactoria 4. El trámite de salida/alta es satisfactorio 5. La documentación solicitada es pertinente 6. Recibe oportunamente los resultados de los estudios médicos (laboratorio, citología, etc.)

## Procedimiento

En primera instancia se realizó un sondeo, que permitió identificar de manera general la calidad del servicio proporcionado por el personal de salud en las distintas unidades médicas a través de entrevistas a los derechohabientes, la información obtenida facilitó una impresión acerca de las áreas que presentaban mayores retos en referencia a la atención brindada. Posteriormente se analizaron diferentes encuestas sobre calidad en salud con carácter internacional, nacional y local (SERVQUAL; Carman, 1990; Jélvez, Riquelme y Gómez, 2010); *Cuestionario de Evaluación de la Calidad* asistencial en un servicio de urgencias urológicas (Martínez, Urdaneta, Rosales

y Villavicencio, 2008); *Encuesta sobre la satisfacción de la atención* (Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”, 2014); *Indicador de Trato digno* de los servicios de consulta externa INDICAS (ISSTE-IMMS, 2015) y *Cuestionario para evaluar percepciones del servicio ofrecido por la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona* (Trujillo, 2006). A través del análisis realizado se construyeron las dimensiones teóricas, así como, los ejes fundamentales para la elaboración de la ECALDER.

Con base en las entrevistas aplicadas tanto a derechohabientes como a personal adscrito, junto con la revisión documental señalada, se diseñaron dos escalas de medición de tipo Likert, con la intención de garantizar escalas con suficiente grado de validez de contenido de ambos grupos (Deng y Dart, 1994). Mismas que posteriormente fueron depuradas a través de la revisión por jueces. Así, uno de los resultados concretos de todo este trabajo fue la elaboración de la prueba piloto de 67 reactivos de la ECALDER (Escala de Calidad del Servicio recibido en Derechohabientes), que siguió el proceso técnico-estadístico-metodológico para su consiguiente validación y confiabilidad.

Se acudió a las diversas clínicas de salud del ISSEMyM mencionadas previo consentimiento de las autoridades, del personal y de los derechohabientes. Por las condiciones de la población se realizó de forma individual y grupal, según las particularidades y disponibilidad de los usuarios en la sala de espera asignada para tal efecto. Ahí se explicaban las características de la investigación, instrumento y consentimiento informado. Se describían las instrucciones del llenado de los datos a los sujetos, y en circunstancias especiales como usuarios analfabetas o usuarios con deficiencias visuales se les asistía en el llenado. Las aplicaciones estuvieron respaldadas por los criterios de confidencialidad y anonimato incluyendo el objetivo de la investigación. Para la concentración y análisis de los datos, se utilizaron los programas estadísticos Excel y SPSS obteniendo datos descriptivos sobre variables sociodemográficas y correlacionales inter-factor, con las correlaciones bivariadas de Pearson.

## Resultados

### Descriptivos.

Los hallazgos señalan que la percepción usuaria se encuentra medianamente distribuida ( $M = 107.5$ ,  $DE = 43.27$ ), mostrando generalmente puntajes medio-bajos que, por el tipo de escala, representan una percepción principalmente positiva de la calidad de los servicios. Sobre sus factores, el más favorablemente reportado es el de Trámites con seis reactivos ( $M = 11.48$ ,  $DE = 4.49$ ); en segundo lugar, la Confianza en la Institución con seis reactivos ( $M = 13.28$ ,  $DE = 5.19$ ); precedido por, el Primer contacto con 15 reactivos ( $M = 31.95$ ,  $DE = 12.94$ ); en penúltimo lugar, el Personal de Enfermería con 15 reactivos ( $M = 29.30$ ,  $DE = 11.06$ ); y finalmente, el Contacto Secundario con 11 reactivos ( $M = 21.58$ ,  $DE = 9.59$ ), percibido como el de menor calidad (ver tabla 2).

**Tabla 2:**  
**Descriptivos de los factores de la ECALDER\***

	<i>M</i>	<i>DE</i>	Rango	Valor percentil
ECALDER Total	107.49	43.27	42 - 220	36.79
Primer contacto	31.95	12.94	14 - 70	32.02
Personal de enfermería	29.30	11.06	15 - 75	36.06
Contacto secundario	21.58	9.59	11 - 55	46.77
Confianza en la institución	13.28	5.19	6 - 30	30.33
Trámites	11.48	4.49	6 - 30	22.83

\*La escala presenta una escala Likert de tipo inversa, donde 1 representa el valor más elevado y 5 el menor.

### Correlacionales

Con respecto a las correlaciones por factor, se encontró que todos los factores muestran correlaciones bastante significativas ( $p < 0.00$ ). Las relaciones más importantes son: el primer y segundo contacto; seguido de la confianza en la institución con el personal de enfermería; y en tercer sitio, a la confianza en la institución con los trámites; donde las demás presentan índices bastante aceptables (ver Tabla 3).



**Tabla 3:**  
**Correlaciones entre los factores de la ECALDER**

	Primer contacto	Personal de enfermería	Contacto secundario	Confianza en la institución
Primer contacto	-	-	-	-
Personal de enfermería	,594**	-	-	-
Contacto secundario	,738**	,586**	-	-
Confianza en la institución	,682**	,725**	,612**	-
Trámites	,646**	,684**	,646**	,720**

\*  $p < 0.01$  (2 colas)

### Discusión y Conclusiones

Como se presenta en la literatura, la satisfacción de los derechohabientes por los servicios de salud recibidos, es un tópico que ha tenido interés para la investigación desde hace algunas décadas. A lo largo de este tiempo, muchos autores han coincidido en que la calidad de los servicios de salud no sólo consiste en el acto médico en sí, ni la relación médico-paciente, sino va más allá (Ruelas y Frenk, 2002). La igualdad de oportunidades en salud, el trato humanitario y la información son criterios que los derechohabientes consideran a la hora de evaluar la calidad.

A través de la escala utilizada (ECALDER) se puede advertir que en el ISSEMyM todavía existe satisfacción de los usuarios por la atención recibida. Aunque es evidente que la insatisfacción se encuentra en grados variables, la percepción de desacuerdo apunta hacia aquellos aspectos que tienen que ver con el segundo acercamiento del personal de la clínica, el cual se lleva a cabo en los espacios de Farmacia, Archivo/Expediente y Laboratorio. De este modo, los derechohabientes reportan que la calidad está en función del trato, organización, amabilidad, aclarar inquietudes y la disposición a ayudar. Estas áreas se colocan como los sitios más sensibles dentro del proceso de la calidad en el servicio, susceptibles de recibir mayores índices de opiniones, juicios, problemáticas e incluso, quejas.

Estas expectativas merecen mayor análisis sobre lo que ocurre en esta fase del servicio y hallar, por ejemplo, cómo operan, cómo responde el personal ante

determinadas circunstancias, cómo son sus interacciones, qué ha funcionado, qué no ha funcionado, cuáles son las preguntas más frecuentes de los derechohabientes, qué hacer para mejorar la atención e información, y en general, emprender nuevas estrategias de servicio con las cuales se pueda mejorar el proceso de calidad. Sería interesante evaluar también aspectos como la comunicación, rescatando la manera en que ésta se lleva a cabo, si existe o no retroalimentación entre personal de salud y derechohabientes, así como también, determinar nuevas estrategias para aclarar las inquietudes más frecuentes entre usuarios.

De acuerdo con los resultados, el proceso de atención en el servicio de salud del ISSEMyM no presenta contrariedades que mermen la percepción de la calidad, sino lo contrario, la evaluación es óptima. Sin embargo, es posible mejorar las condiciones con las que actualmente se brinda el servicio, apostando en intervenciones sobre el trato, comunicación y organización principalmente. En general, las relaciones más importantes pertenecen al contacto entre el personal de la clínica con los derechohabientes, remarcando la importancia de los programas como SICALIDAD o la “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud”, atendiendo al factor humano como la médula en la calidad del servicio.

Otro punto remarcable, es la importancia del personal de enfermería y los trámites en la percepción de confianza para la institución por partes de los usuarios, donde la evaluación resulta generalmente positiva. Finalmente, estos resultados ofrecen un panorama más amplio de la perspectiva de los derechohabientes sobre su sistema de salud, enriqueciendo los datos proporcionados por el SICALIDAD y, como se ha mencionado, sirve de parteaguas para las dimensiones de trato digno y atención médica. Todo lo anterior aporta las herramientas necesarias en la toma de decisiones para mejorar la calidad de los servicios de salud con los objetivos de fomentar un registro oportuno de la información institucional sobre la calidad de sus servicios, propiciar un punto de comparación con los datos institucionales, favorecer la retroalimentación a la calidad de los servicios de salud pública y, finalmente, de la anexión de la ECALDER como una herramienta de apoyo en la evaluación de su calidad del servicio.

### Referencias

- Aguirre Gas, H. (1990). Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. *Revista Salud Pública de México*, XXXII(2), 170-180.
- Carman, J. M. (1990). Consumer Perceptions of Service Quality: An Assesment of the Servqual Dimensions. *Journal of Retailing*, 33-55.
- Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos". (2014). Encuesta sobre satisfacción de la atención. Toluca, Estado de México, México: Instituto de Salud del Estado de México.
- Congreso de la Unión. (2015). *Ley General de la Salud*. México, D.F.: Diario Oficial de la Federación.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2003). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*, VI(32).
- Deng, S., & Dart, J. (1994). Measuring market orientation: a multi-factor, multi-item approach. *Journal of Marketing Management*, 725-742.
- Dierssen Sotos, T., Rodríguez Cudín, T., Robles García, M., Brugos Llamazares, V., Gómez Acebo, I., & Llorca, J. (2009). Factores que determinan la alta satisfacción del usuario con la asistencia hospitalaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, XXXII(3), 317-325.
- Fernández, C., & Baptista, P. (1986). *La metodología de la investigación*. México, D.F.: McGraw Hill.
- Gobierno del Estado de México. (2011). *Informe Anual ISSEEMyM 2011*. Estado de México: Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1999). *Análisis Multivariante* (Quita ed.). Madrid, España: Prentice Hall.
- Haviland, M. G., Morales, L. S., Reise, S. P., & Hays , R. D. (2003). Do health care ratings differ by race or ethnicity? *Jt Comm J Qual Staf*, XIX(3), 134-145.
- Hospital Infantil de México. (2013). *Programa de calidad y seguridad al paciente*. México: Hospital afiliado a la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015). INDICAS: Sistema nacional de indicadores

- de calidad en salud. *Indicador de trato digno en los servicios de consulta externa*. Toluca, Estado de México, México: Secretaría de Salud.
- Jélvez Caamaño, A., Riquelme Romero, Y., & Gómez Fuentealba, N. (2010). Evaluación de la calidad de servicio en centro de salud familiar en Chile. *Horizontes empresariales*, 51-71.
- Kravitz, R. (1996). Patients' expectations for medical care: an expanded formulation based on review of the literature. *Medical care research and review*, 3-27.
- Martínez Rodríguez, R., Urdaneta Pignalosa, G., Rosales Bordes, A., & Villavicencio Mavrich, H. (2008). Cuestionario de Evaluación de la Calidad asistencial en un servicio de urgencias urológicas. *Actas urológicas españolas*, 717-721.
- Mendoza. (2012). *Diferencias por sexo en el perfil de Agotamiento profesional asociado a variables sociodemográficas de trabajadores de una institución pública de salud en el D.F. México*: Porrúa-Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- Mira, J. J. (2001). Evolución de la calidad percibida por los pacientes en dos hospitales públicos. *Psicothema*, III(4), 581-585.
- Ochando García, A., Royuela García, C., Hernández Meca, M. E., Lorenzo Martínez, S., & Paniagua, F. (2008). Influencia de la satisfacción de los pacientes de una unidad de diálisis en la adherencia terapéutica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 271-276.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Resultados de la 55ª Asamblea Mundial de la Salud*. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EB110/seb1102.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB110/seb1102.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Clasificación internacional para la seguridad del paciente*. Ginebra: OMS.
- Ross, C. K., Frommelt, G., Hazelwood, L., & Chang, R. W. (1994). The role of expectations in patient satisfaction with medical care. *J Health Care Mank*, 16-26.
- Ruelas, E. (2001). Condicionantes de la Calidad en el Modelo Prestador. (pág. Encuentro de América Latina y el Caribe sobre Calidad de Atención de la Salud). México: Secretaría de la Salud.
- Ruelas, E., & Frenk, M. (2002). *Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*. México: Secretaría de Salud.

- Trujillo Parra, B. M. (2006). *Diseño de una prueba para determinar la calidad del servicio desde la percepción de los usuarios del hospital San Juan de Dios*. Tesis (Grado de Psicología) Pamplona. Pamplona: Universidad de Pamplona.
- BIBLIOGRAPHY Congreso de la Unión. (2015). *Ley General de la Salud*. México, D.F.: Diario Oficial de la Federación.
- Dierssen Sotos, T., Rodríguez Cudín, T., Robles García, M., Brugos Llamazares, V., Gómez Acebo, I., & Llorca, J. (2009). Factores que determinan la alta satisfacción del usuario con la asistencia hospitalaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, XXXII(3), 317-325.
- Fernández, C., & Baptista, P. (1986). *La metodología de la investigación*. México, D.F.: McGraw Hill.
- Gobierno del Estado de México. (2011). *Informe Anual ISSEEMyM 2011*. Estado de México: Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1999). *Análisis Multivariante* (Quita ed.). Madrid, España: Prentice Hall.
- Hospital Infantil de México. (2013). *Programa de calidad y seguridad al paciente*. México: Hospital afiliado a la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Jélvez Caamaño, A., Riquelme Romero, Y., & Gómez Fuentealba, N. (2010). Evaluación de la calidad de servicio en centro de salud familiar en Chile. *Horizontes empresariales*, 51-71.
- Kravitz, R. (1996). Patients' expectations for medical care: an expanded formulation based on review of the literature. *Medical care research and review*, 3-27.
- Martínez Rodríguez, R., Urdaneta Pignalosa, G., Rosales Bordes, A., & Villavicencio Mavrich, H. (2008). Cuestionario de Evaluación de la Calidad asistencial en un servicio de urgencias urológicas. *Actas urológicas españolas*, 717-721.
- Mendoza. (2012). *Diferencias por sexo en el perfil de Agotamiento profesional asociado a variables sociodemográficas de trabajadores de una institución pública de salud en el D.F.* México: Porrúa-Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- Mira, J. J. (2001). Evolución de la calidad percibida por los pacientes en dos hospitales públicos. *Psicothema*, III(4), 581-585.
- Ochando García, A., Royuela García, C., Hernández Meca, M. E., Lorenzo Martínez, S., & Paniagua, F. (2008). Influencia de la satisfacción de los pacientes de una

unidad de diálisis en la adherencia terapéutica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 271-276.

- Trujillo Parra, B. M. (2006). *Diseño de una prueba para determinar la calidad del servicio desde la percepción de los usuarios del hospital San Juan de Dios*. Tesis (Grado de Psicología) Pamplona. Pamplona: Universidad de Pamplona.
- Villagarcía, X., & Delgadillo Guzmán, L. (2015). Modelos de Evaluación para el desgaste ocupacional, violencia laboral, validad en el servicio y talento humano. En Jaime Grados (Presidencia), 26 Congreso Iberoamericano de Psicología del Trabajo y Recursos Humanos. Congreso llevado a cabo en Mazatlán, México.