



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE PUEBLA**

FACULTAD DE CONTADURÍA PÚBLICA

**SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y
ESTUDIOS DE POSGRADO**

**"ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN NEGATIVA DE LA
CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA (C.A.M.)
EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD"**

Director:

M.A. José Roberto Leal Lima

TESIS

Para obtener el grado de:

Maestro en Administración

Presenta:

Rafael Erick Zapata González

Puebla, Pue. Julio 2016

DR. JACINTO GARCÍA FLORES

Secretario de Investigación y Estudios de Posgrado

Facultad de Contaduría Pública

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Presente

Por este conducto el que suscribe en mi calidad de **Director** de la tesis denominada: **"ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN NEGATIVA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA (C.A.M.) EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD"**, elaborada por el alumno de la **MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN** de nombre:

RAFAEL ERICK ZAPATA GONZÁLEZ

Informo a usted que a mi juicio el citado trabajo cumple con los requisitos técnicos y metodológicos necesarios, por lo que no tengo inconveniente en liberarlo para que se continúe con los trámites de titulación que procedan.

Agradezco de antemano la atención prestada a la presente.

Sin otro particular, quedo de usted.

H. Puebla de Z., a 28 de junio de 2016

Atentamente

M.A. JOSÉ ROBERTO LEAL LIMA



DR. JACINTO GARCÍA FLORES

Secretario de Investigación y Estudios de Posgrado

Facultad de Contaduría Pública

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Presente

Por este conducto el que suscribe en mi calidad de **Asesor Temático** de la tesis denominada: **"ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN NEGATIVA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA (C.A.M.) EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD"**, elaborada por el alumno de la **MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN** de nombre:

RAFAEL ERICK ZAPATA GONZÁLEZ

Informo a usted que a mi juicio el citado trabajo cumple con los requisitos técnicos y metodológicos necesarios, por lo que no tengo inconveniente en liberarlo para que se continúe con los trámites de titulación que procedan.

Agradezco de antemano la atención prestada a la presente.

Sin otro particular, quedo de usted.

H. Puebla de Z., a 28 de junio de 2016

Atentamente


M.C. MIGUEL ROJAS TEXCICANO



DR. JACINTO GARCÍA FLORES

Secretario de Investigación y Estudios de Posgrado

Facultad de Contaduría Pública

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Presente

Por este conducto la que suscribe en mi calidad de **Asesora Metodológica** de la tesis denominada: "**ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN NEGATIVA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA (C.A.M.) EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD**", elaborada por el alumno de la **MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN** de nombre:

RAFAEL ERICK ZAPATA GONZÁLEZ

Informo a usted que a mi juicio el citado trabajo cumple con los requisitos técnicos y metodológicos necesarios, por lo que no tengo inconveniente en liberarlo para que se continúe con los trámites de titulación que procedan.

Agradezco de antemano la atención prestada a la presente.

Sin otro particular, quedo de usted.

H. Puebla de Z., a 28 de junio de 2016

Atentamente



DRA. MARÍA DE JESÚS RAMÍREZ DOMÍNGUEZ



DR. JACINTO GARCÍA FLORES

Secretario de Investigación y Estudios de Posgrado

Facultad de Contaduría Pública

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Presente

Por este conducto el que suscribe en mi calidad de **Lector** de la tesis denominada:
"ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN NEGATIVA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA (C.A.M.) EN
LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD", elaborada por el alumno de la MAESTRÍA EN
ADMINISTRACIÓN de nombre:

RAFAEL ERICK ZAPATA GONZÁLEZ

Informo a usted que a mi juicio el citado trabajo cumple con los requisitos técnicos
y metodológicos necesarios, por lo que no tengo inconveniente en liberarlo para que se
continúe con los trámites de titulación que procedan.

Agradezco de antemano la atención prestada a la presente.

Sin otro particular, quedo de usted.

H. Puebla de Z., a 28 de junio de 2016

Atentamente

M.C. JOSÉ DE JESÚS MEDINA CORONA





BUAP

Oficio No. FCP-SIEP/088/16
Asunto: Digitalización de Tesis

C. RAFAEL ERICK ZAPATA GONZÁLEZ

PRESENTE

Por medio del presente tengo a bien comunicarle que se autoriza la digitalización en formato PDF, de la tesis denominada **“ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN NEGATIVA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA (C.A.M.) EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD”**, a fin de sustentar el examen profesional para obtener el grado de **MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN**.

Sin más por el momento, quedo de ustedes.

ATENTAMENTE

“Pensar Bien, Para Vivir Mejor”
H. Puebla de Z., 30 de junio de 2016

DR. JACINTO GARCÍA FLORES
Secretario de Investigación y Estudios de Posgrado.



60
AÑOS DE
AUTONOMÍA
UNIVERSITARIA

c.c.p. SIEP
JGF*/ECA

Facultad
de Contaduría
Pública

Blvd. Valsequillo 70,
Col. Universidades,
Ciudad Universitaria,
Puebla, Pue. C.P. 72570
01 (222) 229 55 00 Ext. 5552

RESUMEN

El presente trabajo de investigación consistió en establecer la relación de la deficiencia estratégica en las instituciones de salud pública, como causante de la percepción negativa de la Calidad de la Atención Médica.

Por medio de un estudio analítico, empírico, documental hallamos una realidad de falta de desarrollo de calidad e instituciones ineficientes, donde la perspectiva médica generalmente se refiere a la Calidad Técnica y no es prioridad la satisfacción del cliente.

Esta falla estratégica se replica una y otra vez en la creación de leyes, planes estratégicos y operativos, programas sectoriales y en todos los proyectos y procesos que se derivan de él.

Por lo cual, resulta necesario que las estrategias de desarrollo nacional posean esa visión de evolución y desarrollo continuo, que permita que todas las organizaciones e instituciones dentro de ese gran entorno encuentren las condiciones y oportunidades propicias para su desarrollo.

Las instituciones cumplirán cuando la Estrategia Nacional contemple el desarrollo y la satisfacción de sus ciudadanos en forma integral; más sin embargo, esta labor no será posible si desde la recolección de la satisfacción con la calidad de los pacientes el instrumento utilizado presenta carencias tan grandes. Y no se derivan acciones concretas para guiar la calidad médica hacia el usuario final que es el paciente.

ABREVIACIONES

CAM	Calidad de la Atención Médica
CSS	Calidad de los Servicios de Salud
ENSA	Encuesta Nacional de Satisfacción
IFAI	Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos
ISO 9000	International Organization for Standardization Serie 9000 (Sistema de Gestión de la Calidad)
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado
OMS	Organización Mundial de la Salud
PND	Plan Nacional de Desarrollo

CAPÍTULO I

OBJETO DE LA TESIS: PERCEPCIÓN NEGATIVA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

1.1.	ANTECEDENTES	1
1.2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.3.	OBJETIVO GENERAL	3
1.4.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
1.5.	HIPÓTESIS	4
1.6.	PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	5
1.7.	DISEÑO METODOLÓGICO	6
1.8.	ALCANCES Y LIMITACIONES	8

CAPÍTULO II

LA CALIDAD, CONCEPTOS Y SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

2.1.	DEFINICIÓN DEL TÉRMINO CALIDAD	10
2.2.	SATISFACCIÓN DEL USUARIO	13
2.3.	EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD	14
2.4.	FILOSOFÍA DE LA CALIDAD	18
2.5.	EL CLIENTE O USUARIO	30
2.6.	SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	34
2.7.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	35

CAPÍTULO III

CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA.

3.1. INTRODUCCIÓN	39
3.2. ATENCIÓN MÉDICA	39
3.3. CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	41

CAPÍTULO IV

LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS, Y ANÁLISIS DE SUS EVALUACIONES

4.1. INTRODUCCIÓN	49
4.2. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	49
4.3. ENCUESTA NACIONAL DE SATISFACCIÓN A DERECHOHABIENTES USUARIOS DE SERVICIOS MÉDICOS DEL IMSS ...	51
4.4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	52
4.5. ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN	59

CAPÍTULO V

PLANEACIÓN ESTRATÉGICA E IMPLEMENTACIÓN DE LA CAM EN LAS INSTITUCIONES.

5.1. INTRODUCCIÓN	63
5.2. PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	63

5.3.	CULTURA ORGANIZACIONAL	65
5.4.	DESARROLLO ORGANIZACIONAL	68
5.5.	PLAN NACIONAL DE DESARROLLO	69
5.6.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	78
	CONCLUSIONES	81
	BIBLIOGRAFÍA.	86

CAPITULO I

OBJETO DE LA TESIS: PERCEPCIÓN NEGATIVA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

1.1. Antecedentes.

La Calidad de la Atención Médica (CAM) se refiere a las características del servicio médico prestado a los usuarios. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de la asistencia sanitaria como “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso” (Organización Mundial de la Salud, 1985).

La Evaluación de la CAM Se emplea generalmente para referirse como un indicador para medir el “grado de satisfacción o insatisfacción” de los usuarios de los servicios médicos. También se le conoce con el nombre de Calidad en los Servicios de Salud, Calidad de la Asistencia Sanitaria, etc.

A través del tiempo se han desarrollado metodologías para evaluar la calidad de los servicios. Sin embargo, los resultados de las evaluaciones no son tan confiables por carecer de objetividad, y más aún de la interpretación de los resultados que arrojan. En la práctica, los métodos estadísticos solamente

confirman los supuestos iniciales de quien elaboró el instrumento para la medición, por lo que, aunque se obtengan resultados con un alto grado de confianza, solamente evalúan el Instrumento, más no una realidad objetiva. Mira (2006)

Por esa razón, la Evaluación de la CAM define los resultados esperados por el instrumento, y por el otro lado, existe la percepción de los usuarios de, la calidad obtenida de dichos servicios, es decir, el grado en que se satisfacen sus necesidades (requerimientos y expectativas).

La percepción del usuario hacia la recepción de los servicios solamente puede tener una respuesta posible: satisfactorio o insatisfactorio, y no es una cuestión de probabilidad o porcentajes. La interpretación de lo que se evalúa nos puede indicar fallas en la conceptualización de la CAM y en su estrategia de implementación. Dierssen-Soto (2009)

1.2. Planteamiento del problema.

Los reportes de la evaluación de la calidad en el sector salud de los últimos años, concretamente en unidades del IMSS, concluyen que la Calidad en la Atención Médica es satisfactoria. Esta evaluación ha sido recibida durante varios años con el beneplácito de sus directivos.

Sin embargo, contrariamente a corroborar esta perspectiva institucional, existe una evidente insatisfacción en los usuarios por la atención recibida. Esta

insatisfacción que es mostrada en los resultados de las evaluaciones nos indican que las características requeridas por los usuarios del servicio se concentran en mayor medida hacia:

- Trato más cordial
- Menores tiempos de espera
- Mejores estancias (instalaciones)
- Mayor rapidez y eficiencia en los servicios

Resulta evidente, que, aunque el concepto de la calidad y la satisfacción del usuario son parte de la misma ecuación, y resultado propio de los procesos de la CAM, no parece ser que estén relacionadas desde la perspectiva institucional, donde contradictoriamente se establece que existe calidad, aunque los servicios prestados sean percibidos por un gran porcentaje de la muestra como insatisfactorios por los usuarios.

Ante esta discrepancia, podemos suponer que este resultado aparentemente contradictorio solamente puede ser posible si existen fallas estratégicas en las instituciones públicas del sector salud.

1.3. Objetivo general.

Establecer la relación entre la deficiencia estratégica en las instituciones de salud pública, como causantes de la percepción negativa de la Calidad de la Atención Médica.

1.4. Objetivos específicos.

- Establecer la relación entre la Evaluación de la CAM y la Percepción de la Calidad recibida por el usuario.
- Describir y contrastar las estrategias de implementación utilizadas por las instituciones de salud con los estándares de otros sectores.
- Demostrar que la percepción negativa de la CAM tiene sus orígenes en la Estrategia Nacional del sector salud.
- Proponer medidas estratégicas que permitan lograr la correcta implementación de las estrategias y logro de sus objetivos hacia la calidad, y consecuentemente la percepción positiva de los usuarios.

1.5. Hipótesis.

“El análisis de la percepción negativa de la calidad de la atención médica (CAM) podría mostrar una deficiencia estratégica en las instituciones públicas del sector salud”

1.5.1. Variables

- Variable dependiente: Percepción negativa de la calidad en la atención médica (CAM).
- Variable independiente: Deficiencia estratégica en las instituciones públicas del sector de salud.

El análisis de las evaluaciones relacionadas a la CAM, modelos y estrategias del sector salud, nos revelará con mayor precisión si la percepción negativa de la calidad (insatisfacción del usuario) se debe a un problema en la definición de la CAM, en los conceptos relativos a la calidad, del análisis y planeación estratégica de los sistemas, o de su correcta implementación en las instituciones.

1.6. Preguntas de investigación.

- ¿Por qué existe una percepción negativa de la Calidad de la Atención Médica en las instituciones del sector salud?
- ¿Porque los resultados de las evaluaciones y la percepción del usuario parecen contradecirse?
- ¿Son adecuados los instrumentos que se emplean para evaluar la CAM?
- ¿Significa que han fallado las estrategias de calidad de la atención médica o su implementación?
- ¿Es una falla sistémica, de concepción, estrategia o de implementación?

- ¿Son adecuados los Planes Nacionales de Desarrollo hacia el área de salud, si incluyen el aspecto de la calidad en sus estrategias?
- ¿Cómo es posible cambiar esta mala percepción y convertirla en positiva?

1.7. Diseño metodológico.

Tipo de investigación: Analítica

Método de Observación: Empírica (experiencia en Sistemas de Gestión de la Calidad, Administración de Servicios de Salud)

Técnica de Análisis: Documental

Contrastación teórico-práctica del análisis documental y sus resultados. Desde las Estrategias de calidad para el sector salud de los 3 últimos Planes Nacionales de Desarrollo, Implementación operativa (específicamente en el Instituto Mexicano del Seguro Social) y sus Evaluaciones de la Calidad a través de encuestas.

Campo de Investigación: Sistemas Organizacionales. Sistemas de Gestión de la Calidad en el Sector Salud.

La investigación se encuadra desde la perspectiva administrativa de la teoría e implementación de sistemas de la calidad, contrastándose con la perspectiva médica institucional de la CAM prestada por las entidades públicas del sector salud.

Para alcanzar los objetivos propuestos, en el Capítulo II se contrastan los conceptos y filosofía de la calidad, como medio para alcanzar la satisfacción de los usuarios, o lograr una percepción positiva del cumplimiento de sus expectativas. El concepto de la calidad es fundamental para comprender las características del producto o servicio a ser otorgado.

En el Capítulo III, se aborda el concepto de la CAM para comprender la perspectiva institucional médica, y contrastada con la perspectiva administrativa que se analiza en el capítulo previo. También nos proporcionará una perspectiva más exacta de la forma en como ese concepto, los requerimientos y expectativas se convierten en una estrategia institucional.

En el Capítulo IV, se realiza un análisis de la Evaluación de la Calidad en nuestra institución objetivo, y cuestionaremos el instrumento de medición empleado, lo que se está evaluando, y lo contrastaremos con los resultados e Interpretación institucional.

En el Capítulo V, se analizan conceptos administrativos relacionados con la Estrategia Organizacional, y las contrastaremos contra la formulación e implementación de las estrategias del sector salud relacionados con la CAM.

Por último, en la Conclusión se discutirá la forma en como la percepción negativa de la CAM encontrada en los resultados de sus evaluaciones puede servir de guía para utilizarla en el mejoramiento de las instituciones públicas del sector salud.

1.8. Alcances y limitaciones.

La presente investigación está delimitada al análisis de la Percepción de la Calidad de la Atención Médica (CAM) desde la perspectiva del requerimiento del usuario, y no de la Calidad Técnica o Normatividad.

Para fines de nuestro análisis, solamente se considerará la Evaluación de la CAM realizada en los últimos años, ya que debido a su metodología y uso de variables, no son compatibles con las realizadas con anterioridad. Se considerarán los resultados de las Encuestas de la Calidad en el período de 2009 al 2012.

Para analizar la estrategia que le da origen a las Evaluaciones de la CAM mencionadas anteriormente, se considerarán las estrategias nacionales en el sector salud incluidas en los últimos Planes Nacionales de Desarrollo que comprenden el período 2001-2018.

El estudiar todas, o al menos gran parte de las instituciones de salud del sector público resultaría imposible, ya que además de ser numerosas, no existe

homogeneidad en el concepto de la CAM, ni el diseño de las evaluaciones. Por esta razón solamente nos delimitaremos al estudio de una institución que por sus características sea una muestra representativa del sector, y en donde se han realizado evaluaciones periódicas en múltiples unidades en todo el territorio nacional.

La institución objetivo, que presta sus servicios a un mayor número de usuarios derechohabientes en nuestro país es el Instituto Mexicano del Seguro Social, con más de 58 millones de usuarios, los servicios que presta se consideran entre los mejores clasificados de las instituciones públicas.

CAPÍTULO II

LA CALIDAD, CONCEPTOS Y SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

2.1. Definición del término Calidad.

Etimológicamente, el término calidad proviene del Latin *qualitat-; qualitas*, de *qualis*, cualidad o propiedad (Wiktionary, 2014). Aunque la definición etimológica nos resulta clara, ya que define la característica o propiedad de algo, su concepto controversialmente se vuelve cada vez más difícil de definir a medida que se emplea en diversos campos o perspectivas de estudio.

El término de calidad lo podemos abordar desde tres diferentes perspectivas para dejar en claro el concepto de lo que se desea definir y comprender.

En este capítulo solamente se abordarán las dos primeras, y en el próximo capítulo se tratará a profundidad el enfoque en el sector salud.

Coloquialmente este término se emplea para definir en forma positiva la percepción del grado de excelencia o superioridad de un producto o servicio. Se utiliza generalmente con un calificativo, tal como “buena”, “mejor”, o mayor” para establecer el grado de referencia. También suele utilizarse asociada en frases que intentan definir excelencia tales como “escuelas de calidad”, “educación de calidad”, “hospitales de calidad”, etc. Monteagudo (2003)

En su forma coloquial, “calidad” se puede referir a: importancia, calificación, carácter, índole, superioridad, condición social, civil o jurídica, nobleza, prendas morales, propiedad, clase, cualidad, casta, excelencia, ralea, calaña, linaje, lustre, nobleza, importancia, condición. Desde esta perspectiva, la palabra “calidad” es sinónimo de excelencia.

En el campo administrativo o técnico, su significado no se refiere a un sustantivo que denota alguna de las características definidas anteriormente en forma coloquial, o por sí misma denota un grado de excelencia, ya que posee un significado específico, y su forma de aplicación ha también ido evolucionando a través del tiempo. El término calidad en el campo administrativo o técnico no es empleado como sustantivo para denotar excelencia. Mira (2005)

La Organización Internacional de Normalización o ISO, cuya misión es la de buscar la estandarización de normas de productos y seguridad para las empresas u organizaciones a nivel internacional, la define en su estándar ISO 8402:1994 como “la totalidad de características de una entidad (producto o servicio), que le confiere la capacidad de satisfacer necesidades establecidas o implícitas”.

En la norma ISO 9000:2005, el concepto de calidad se define como “Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”. De esta definición se deduce que cuanto mejor responda un producto o servicio a las expectativas del diente o usuario, mayor calidad tendrá aquél. Esto lo consideramos adecuado, si es que nos referimos a cumplir requerimientos. Pero por definición no

se están considerando las expectativas del cliente a diferencia del estándar ISO:8402 que consideraba ambas dimensiones. Martínez (2007)

En esta posterior definición, se deja entrever que el concepto de la calidad está centrado en mayor medida hacia los requerimientos del cliente y no hacia sus expectativas. Al introducir el término de “grado” en la definición, se acerca más al uso coloquial que el que se tenía en el estándar ISO 8402:1994, en el que simplemente se establecía que el producto/servicio poseía o no la calidad requerida para satisfacer las necesidades, y no al grado en el que el producto/servicio cumple con los requisitos del cliente, tal como sugiere la nueva definición contemplada en el ISO 9000:2005. dejando de lado la percepción del cliente hacia sus expectativas.

De esta manera hablar de satisfacción del cliente solo tiene una respuesta posible: satisfactorio o insatisfactorio. Conforme al ISO 9000:2005 podemos decir que, si el producto cumple con los requerimientos, puede tener buena o mala calidad, pero no puede hablarse de satisfacción. Estará solamente satisfecho, si además de sus requerimientos, también se cumplen sus expectativas, tal como lo menciona el estándar ISO 8402:1994. Cantú (1997)

Otras definiciones del significado de la calidad:

- “La totalidad de características que satisfacen una necesidad” (ASQC,1975)
- “Conformidad a los requerimientos” (Crosby, 1979)

- “Es la satisfacción del cliente” (Juran, Juran's Quality Control Handbook 4a ed., 1988)
- “Adecuado al uso” (Juran, Juran's Quality Control Handbook 4a ed., 1988)
- “Encontrar las especificaciones y requerimientos” (Crosby, The absolutes of Leadership, 1997)
- “Grado de excelencia de una cosa” (Merrlam-Websier, 2012)

En esta última definición, se puede observar el concepto coloquial del significado de la calidad, que denota excelencia propia del propio producto o servicio.

En todas las otras definiciones, podemos apreciar que: los “requerimientos”, las “expectativas”, la “satisfacción”, no son sinónimos, aunque frecuentemente se emplean sin tomar en cuenta su concepto. Sin embargo, lo que si debemos tomar en cuenta es que se refieren solamente a las necesidades del cliente y no son de alguna forma establecidas por el proveedor del servicio, cuya prioridad es entender sus requerimientos o expectativas, convertirías a especificaciones y diseñar el proceso que pueda cumplirlas.

2.2. Satisfacción del usuario

La “satisfacción del cliente o usuario” en el estándar ISO 9000:2005, se define como “la percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus

requerimientos”, o lo mismo que decir, que es la percepción del cliente de las características del producto o servicio. Como se dijo anteriormente, para que se pueda considerar satisfecho, también se deben considerar sus expectativas, es decir, la forma en cómo se le entrega ese producto o servicio. La satisfacción es la percepción de las necesidades propias del cliente, y se conforma por los requerimientos y expectativas. Miquel (2008)

2.3. Evolución de la calidad.

El concepto de la calidad en la industria ha ido evolucionando con el tiempo, y de la reputación para el fabricante, pasó a convertirse en una ventaja competitiva.

2.3.1. Era artesanal

Durante la Edad Media en Europa, se popularizó el uso de marcas en los productos para diferenciarlos, esta fue la razón que llevó a poner un mayor interés en la estética y en el producto en sí, ya que la reputación del artesano se ponía-en juego. En esta etapa, el artesano es quien trata directamente con el diente, es el responsable de la manufactura del producto y de su calidad.

2.3.2. Control de la calidad por inspección (capataces).

En 1881 Frederick Taylor inicia la investigación para realizar mejoras en el trabajo. La filosofía de Taylor era separar la función de planeación de la función de

ejecución. A los administradores e ingenieros se les encomendó la tarea de planeación, y a los supervisores y obreros la de ejecución. La inspección era llevada a cabo por los Capataces.

La Revolución Industrial trajo consigo los sistemas fabriles y la especialización del trabajo. Los talleres se convirtieron en pequeños centros de producción. Debido a que la producción era masiva y mecanizada, y la remuneración de la mano de obra estaba en función de la cantidad producida, la calidad de los productos pronto pasó a segundo término. Malagón (2001)

2.3.3. Control de la calidad por inspección (Control de la Calidad).

La Calidad en esta etapa se orienta hacia el producto terminado. La responsabilidad de la calidad del producto recae en el personal del Departamento del Control de la Calidad en el área de Producción. Uno de las primeas soluciones para poder controlar la calidad de los productos fue la inspección al final de la fabricación. Los productos que no se ajustaban a los estándares eran separados. Posteriormente este control se extendió a la inspección en todo el proceso de fabricación. Debido a que los sistemas de fabricación se volvieron cada día más complejos, surgió formalmente el Control de la Calidad por Inspección durante la Primera Guerra Mundial.

2.3.4. Control Estadístico de Procesos.

La Calidad en esta etapa se enfoca a los procesos productivos, para que garanticen consistentemente que los productos cumplan con las especificaciones predeterminadas. Loeb (2000)

Walter A. Shewart publica en 1931 el libro “Economic Control of Quality of Manufactured Product” (El Control Económico de la Calidad de Productos Manufacturados). Shewart es considerado posteriormente el padre del Control Estadístico de Procesos.

Durante la Segunda Guerra Mundial se comienza la utilización del Control Estadístico de Procesos (Statistical Process Control) [SPC], en esta etapa, los inspectores utilizan estos métodos tales como el muestreo y gráficos de control. Este tipo de control estadístico solamente era utilizado en los procesos de producción. En 1941 el gobierno de E.U. establece las normas relacionadas al Control de la Calidad. Mira (2006)

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, existen otros eventos que cambiarían por siempre el mundo de la Industria y el concepto de la calidad:

- En 1947 se crea la International Organization for Standardization [ISO].
- En 1950 la Japan Union of Scientist and Engineers [JUSE] invita al Dr. William E. Demming a impartir seminarios del Control Estadístico de la Calidad. Lo seguirían Juran y Feigenbaum.

- En 1951 la Unión japonesa de Científicos e Ingenieros [JUSE] instituyó el premio Deming. Kosnik (2002)

2.3.5. Calidad Total.

En esta etapa la calidad se orienta hacia el cliente. El Control Total de la Calidad (Total Quality Control o TQC) surge en Japón cuando las empresas comienzan a desarrollar estructuras operativas y de toma de decisiones para lograr la calidad requerida en los productos o servicios.

El Control Total de la Calidad en toda la Organización (Company Wide Quality Control o CWQC) y la Administración Total de la Calidad (Total Quality Management TQM) surgen posteriormente, cuando se desea controlar la calidad del producto desde su "concepción" y producción, hasta el servicio al cliente.

En 1979 surge el estándar de Calidad Británico BS-5750. Este estándar es el antecedente del estándar para el Aseguramiento de la Calidad ISO 9000 reconocido a nivel mundial. Tsoukatos (2007)

2.3.6. Procesos de mejora continua (1980-1990).

Durante esta etapa se procura mejorar la calidad en forma continua y optimizar todas las actividades de la empresa hacia el cliente externo. La mejora

continua permite la competitividad de la empresa en los entornos dinámicos en el mundo industrias.

2.3.7. Reingeniería y Calidad Total (1990-ACTUAL).

Se procura rediseñar la empresa con procesos completos de valor agregado hacia el cliente. Lo más importante en esta etapa es el cliente, y satisfacer sus expectativas es lo más importante para la organización.

2.4. Filosofía de la Calidad

La comercialización separada de los pioneros de la calidad ha permitido la falta de comparación entre ellos. La información que está disponible es frecuentemente limitada o confusa. Existe una creencia general de que se deben continuar con las enseñanzas de uno solo de ellos, sin embargo, es imprescindible conocer los enfoques de cada uno de los llamados Gurúes de la Calidad, y utilizar lo que más parezca útil a cada empresa. Lo importante es comprender la filosofía de la calidad y utilizarla en beneficio de la sociedad, el cliente, y la propia empresa.

La Filosofía de la Calidad se desarrolló rápidamente al final de la Segunda Guerra Mundial, debida en gran medida a la respuesta de los mercados japoneses y americanos, y la necesidad de las organizaciones en adaptarse a dichos cambios. Debido a esto, se desarrollaron métodos, y herramientas técnicas para el control del

diseño industrial y producción, así como las llamadas “herramientas administrativas de la calidad”. Donabedian (1988)

2.4.1. Los gurúes de la calidad.

Gurú es un término con el que se les comenzó a desinar a las personas que son considerados personas generosas, sabias y buenos maestros a finales de los años 40's.

2.4.1.1. Control Estadístico de Procesos.

Shewart.

Shewart no es considerado un gurú de la calidad, sin embargo, es Padre del Statical Process Control (Control del Proceso Estadístico o SPC), y sus enseñanzas trascendieron a la Teoría de la Calidad a través de sus discípulos; Deming y Juran.

Aportación:

- Concepto de Mejoramiento de la Calidad en Procesos de Producción.
- El Ciclo del Mejoramiento de la Calidad: Planear, Hacer, Verificar y Tomar Acción (más conocido como Ciclo de Deming). (Shewart, 1931)

2.4.2. Principios de los años 50's. Los gurúes americanos.

2.4.2.1. Deming.

Aportaciones:

- Concepto de Mejoramiento de la Calidad en Procesos no Productivos y de variación humana.
- Estableció que la administración era responsable del 94% de las mejoras potenciales.
- Logro de Reducción de desperdicios y Re-trabajos.
- Introdujo en Japón el Enfoque de Sistemas para la Solución de Problemas a través del Ciclo de Mejoramiento de la Calidad: Planear, Hacer, Verificar y Tomar Acción.
- El Cliente es la parte más importante de la línea de producción.
- Definió las causas comunes de las fallas en producción; diseño, proceso o sistema.
- Estableció que el Cliente debe pagar las fallas administrativas debidas a la planeación y resolución de problemas, llevando a desperdicio de recursos, sin embargo, el cliente no siempre lo deseará pagar.
- El aprendizaje masivo de Métodos Estadísticos para la producción por parte de los trabajadores no es la respuesta a la solución de problemas, ni las ventas rápidas de Círculos de Control de la Calidad.
- Estableció 14 puntos con recomendaciones hacia los administradores, para lograr la calidad en la organización.
- Estableció 7 puntos del Plan de acción para ayudar a la administración a lograr la cooperación de todo el personal.
- A finales de los 80's definió el nuevo clima como; Satisfacción de la gente, innovación y Cooperación.

- Resumió antes de su muerte lo que llamó el Sistema del Profundo Conocimiento: Apreciación por un sistema, Conocimiento de la Teoría Estadística, Conocimiento de la Teoría y Conocimiento de Psicología. (Deming, 1986)

2.4.2.2. Juran.

- Enfatizó que el Control de la Calidad era parte del Control Administrativo.
- Establece que la calidad se planea, no es accidental. Comienza a enfocar la Calidad con un enfoque global.
- Percibe que la calidad es una trilogía: Planeación, Control y Mejoramiento de la Calidad.
- Define el Mapa de la Planeación: Identificar Clientes y Necesidades, transformar en requerimientos, desarrollar el producto que satisfaga las necesidades, desarrollar el proceso para lograr el producto, optimizar el proceso, probarlo en operación y transferir el proceso en operaciones. Posteriormente controlar la Calidad y Mejorarla.
- Identifica los clientes internos y externos, y desarrolla la espiral de la calidad.
- Juran advirtió que no existen atajos a la calidad y es escéptico hacia las compañías que se precipitan en la aplicación de Círculos del Control de la Calidad, duda de su efectividad en el mundo occidental.

- Cree que la mayoría de los problemas de la calidad son debidos a fallas administrativas, y no por operativas. Estimó que los defectos controlables administrativamente son responsables de un 80% del total de problemas de la calidad.
- Critica a la Alta Dirección por negarse a aceptar la capacitación para ellos mismos.
- Afirma que el enfoque de Cero Defectos de Philip Crosby no ayuda al logro de la calidad, porque está erróneamente basado en la idea de que
- los problemas de la calidad se deben a que los trabajadores son negligentes y no se encuentran adecuadamente motivados (Juran, Juran's Quality Control Handbook 4a ed., 1988).

2.4.2.3. Feigenbaum.

- Es el originador del Total Quality Control (Control de la Calidad Total o TQC), bajo la creencia de un enfoque total o sistemático de la Calidad. Es decir, tomando en cuenta todas las funciones y no solamente a producción.
- Establece que es necesario elevar la calidad en la etapa inicial y no en la de inspección y control.
- Define a Calidad como “lo mejor para el uso del cliente y proceso”.
- La palabra Control significa: establecer estándares, evaluar el cumplimiento, establecer acciones correctivas y mejoramiento de los

estándares. La carencia de estándares orientados al cliente, puede significar que la calidad de los productos no posea el uso óptimo.

- Define Sistema de Calidad Total como; Una estructura de trabajo acordada en toda la organización y planta de operaciones, efectivamente documentada, con procedimientos administrativos y técnicos integrados, para guiar las acciones coordinadas de la gente, las máquinas y la información de la compañía y planta en las formas mejores y más prácticas de asegurar la satisfacción del cliente y costos económicos de la calidad.
- Es el proveedor de estructura y herramientas para la Administración de la calidad.
- Enfatizó que para establecer calidad en la organización se requiere del respaldo de la Alta Dirección, ser entendida y aceptada por todo el personal, debe ser consiente y no temporal.
- Definió los costos de calidad de operación: Costos de Prevención y Planeación, Costos de Evaluación e inspección, Costos por fallas internas (desechos y retrabajos), Costos por fallas externas (garantías y quejas). Gastar en costos de prevención puede conducir a reducciones en costos de fallas internas y externas (Feigenbaum, 1951).

2.4.3. Finales de los 50's. Los japoneses. Herramientas simples, educación masiva y equipos de trabajo.

2.4.3.1. Ishikawa.

- Elaboró y desarrollo técnicas para el logro de la calidad, y para ser utilizadas en todos los niveles de la organización, incluyendo el diagrama de causa efecto (espinas de pescado) y los Círculos del Control de la Calidad.
- Estos métodos se utilizan en la solución de problemas de producción, materia prima, diseño del producto y toma de decisiones.
- La finalidad de los Círculos del Control de la Calidad es para contribuir al mejoramiento y desarrollo de la empresa, crear un ambiente agradable y satisfacción por el trabajo, y desplegar las potencialidades humanas.
- Los Círculos del Control de la Calidad solamente funcionan cuando la administración los apoya, toma en cuenta las soluciones y las implementan, y no intervienen en exceso, (Ishikawa, 1986)

2.4.3.2. Taguchi.

- Sus métodos estadísticos se enfocan a la optimización de productos y procesos antes de su fabricación.
- Empuja el concepto de la calidad hacia la etapa de diseño.
- Su enfoque se basa hacia la pérdida de la calidad en lugar de calidad. Esta pérdida la define como la que le imparte a la sociedad desde el momento del embarque del producto.

- Según Taguchi el aumento de la Calidad se logra reduciendo las desviaciones sobre el objetivo. Estos métodos surgieron como desacuerdo con el principio de cero defectos para la obtención de productos de calidad, ya que se deriva de la consistencia y no permite desviaciones dispersas dentro de las especificaciones. Bajo esta concepción, la pérdida ocurrirá aun cuando el producto este dentro de la especificación permitida, pero será mínima cuando este sobre el objetivo.
- Divide el Control de la Calidad en tres etapas: Diseño de Sistema, de Parámetros y de Tolerancia (Producción).
- La ventaja es que esta metodología es para ingenieros, y toma en cuenta las variables de ruido (relación señal a ruido). (Taguchi, 1986)

2.4.3.3. Shingo.

- El enfoque de Shingo se enfatiza en la producción, más que en la administración.
- Sus mejoras reducen costos, mejoran procesos, permiten realizar nuevos productos y reducen defectos.
- Desarrolló el concepto SMED (Cambio de Matriz al Momento). Poka
- Yoke (a prueba de fallos), y la Inspección de fuentes. Estos dos últimos juntos son lo que se conoce como Zero Quality Control (Control de Calidad Cero o ZQC).

- Desecha por completo los métodos estadísticos al identificar los errores antes de que se conviertan en fallas. La detección de errores detiene la producción hasta que el error es corregido. Para llevar a cabo este procedimiento se deben identificar la fuente de errores potenciales y prevenirse.
- Señaló que existe una creencia general a pensar que aumentar la habilidad es la clave para la solución de problemas. (Shingo, 1996)

2.4.4. Los 70's y 80's. La nueva ola. La concientización.

2.4.4.1. Crosby.

- Creador de los conceptos de "Cero defectos" y "Haga lo correcto a la primera vez". Su idea esencial es la prevención y sostiene que la calidad no cuesta.
- Establece que los administradores son los responsables de lograr baja calidad y no los empleados, y son los únicos que pueden establecer los cambios necesarios, mediante capacitación y entrenamiento y modificación de cultura y actitudes.
- Define a la Calidad como: Conformar los requerimientos que la misma empresa ha establecido para sus productos basados en las necesidades del cliente.

- Considera que el control de Calidad tradicional y los Límites de Calidad aceptables representan fallas y no el éxito. Cree que las empresas manufactureras gastan el 20% de utilidades haciendo las cosas incorrectamente y las de servicios hasta el 40%.
- Lo que significa "cero defectos" no es que la gente no cometa errores, significa que la empresa no cuente con que así suceda.
- Establece que el mejoramiento es un proceso y no un programa.
- Los cuatro principios absolutos son:
 1. La calidad es: conformidad a los requerimientos.
 2. El sistema para lograr la calidad es la prevención y no la evaluación.
 3. La norma de desempeño debe ser cero defectos, no suficientemente cercano.
 4. La medida de la calidad es el precio de la no-conformidad, no los indicadores de desempeño.
- Desarrolla los 14 Pasos de mejoramiento (herramientas administrativas).
- Crea el Grid de madurez de la Administración de la Calidad.
- Estableció los 21 Ingredientes para Ejecutivos.
- Estableció 5 Características para lograr una Organización Eternamente Exitosa. (Crosby, Phillip Crosby's Reflections on Quality, 1995)

2.4.4.2. Peters.

- Peters realizó investigaciones en 43 grandes compañías norteamericanas para descubrir los secretos del éxito en ellas.
- Identificó el liderazgo como el centro del proceso del mejoramiento de la Calidad. Este Liderazgo debe mantenerse en contacto con Clientes, Innovación y Personal.
- Consideraba que los líderes deben aprender a amar los cambios.
- En su libro *Thriving on Chaos*, evoluciona su enfoque y desonce las áreas centrales: Cliente, Innovación, Personal, Liderazgo y Sistemas. El Cliente pasa al primer término.
- Peters es el mejor conocido actualmente en su enfoque hacia el cliente.
- Estableció 12 características de una revolución de la Calidad. Sin embargo, algunas de ellas se contradicen. Se refieren principalmente al comportamiento administrativo hacia la calidad. Algunos autores critican a Peters por incluir a clientes y proveedores en el proceso de la calidad dentro de la organización. (Peters, 1988)

2.4.4.3. Moller.

- El proceso administrativo crea más productividad que el proceso de producción.
- Se enfocó en la calidad de los servicios y relaciones humanas.
- La gente debe estar inspirada a hacer lo mejor y se requiere de un ajuste cultural que solo será llevado a cabo para mejorar el desarrollo personal

de los propios Individuos. Esto lleva a Incrementar la competencia en las áreas de productividad, relaciones y calidad.

- Moller percibe la Calidad del Personal como la base de los otros tipos de Calidad.
- Para lograr el bienestar del personal, el Desempeño ideal (iP) debe ser igual al Desempeño Actual (AP).
- Moller desarrolló doce reglas para ayudar a mejorar el nivel de Desempeño Actual (AP).
- Moller desarrolló dos técnicas simples para aumentar la Calidad del Personal. (Moller, 1988)

Como podemos apreciar, las contribuciones de los Gurús de la Calidad no es algo que se pueda estudiar por separado, ya que cada uno de ellos enfatiza alguna etapa del Ciclo de la Calidad, pudiendo referirse al Producto (definición, diseño, fabricación o soporte), o a la Organización (estrategia, procesos y actividades, percepción individual). Lo importante de conocer sus enseñanzas es entender que estos conceptos y perspectivas han evolucionado desde la mesa de producción o máquina, hasta englobar todos los procesos de la organización y más allá, a su medioambiente organizacional. La filosofía de la calidad es una forma evolucionada de entender el papel de las organizaciones.

Las organizaciones al ser entidades complejas, no pueden generar por sí mismas, los cambios culturales necesarios para adoptar la Calidad Total en las

organizaciones. Es necesario que sea una iniciativa nacional, y adoptar la calidad y mejora continua como un modo de vida, tal como lo han llevado a cabo muchos países industrializados.

2.5. El cliente o usuario

La perspectiva general de la Filosofía de la Calidad se centraliza en el cliente o usuario. Es la razón principal de la existencia de las organizaciones y no viceversa. Para él se diseñan los procesos en torno a sus requerimientos y expectativas y no a la inversa.

Generalmente se diferencia al usuario del cliente, aunque solamente es la forma de entenderlo o estudiarlo, ya que el usuario es quien recibe el servicio o producto, y el cliente es quien lo contrata o lo adquiere, aunque también puede ser al mismo tiempo ambos. En los servicios médicos, el cliente es el derechohabiente o el adquiriente del servicio, y el usuario se puede referir a sus familiares que gozan del servicio.

Lo mismo ocurre con el producto o servicio, ya que el servicio es considerado como un producto. Es todo lo que se le proporciona al cliente o usuario, e incluye la forma en que se le otorga. El proveedor es quien otorga el producto o servicio. Zwarenstein (2002)

En las organizaciones nos podemos referir a los clientes internos o externos, ya que en todos los procesos para generar productos o servicios intervienen ambos.

2.5.1. Clientes externos

Los clientes externos son los que adquieren o consumen los productos o servicios finales que las organizaciones ofrecen. Generalmente nos referimos a este tipo de cliente cuando se utiliza simplemente el término de "cliente o "usuario".

2.5.2. Clientes internos.

Son las personas que laboran dentro de una organización. Son clientes internos, porque son receptores de un proceso dentro de ella. También requieren que se les proporcione servicios y productos cumplan con los requerimientos y especificaciones necesarias. El proveedor es quien lo otorga y el cliente es quien lo recibe.

Desde el enfoque sistémico, las organizaciones son entidades complejas, en donde la calidad se genera en todos los procesos en una organización. Todos intervienen de una forma u otra en el resultado final de los procesos de elaboración de los productos o servicios:

- Los Directivos son los responsables de la Calidad en toda la organización, y deben de asegurar que los clientes internos comprendan las estrategias,

políticas, y cuenten con los recursos necesarios para que todos los procesos dentro de la organización se lleven a cabo en la forma planeada, con eficiencia y eficacia. El resultado final de estos procesos debe cumplir con los requerimientos y expectativas establecidos por los clientes/usuarios.

- Los Administradores, son los responsables de la formación y concientización del personal, del uso de los recursos y en general de todas las operaciones que se llevan a cabo en las organizaciones.
- El Personal son aquellos que directamente elaboran el producto o servicio que llega al cliente externo y también son responsables por su propio desempeño. Priporas (2008)

2.5.3. Necesidades, requerimientos y expectativas.

Es indispensable conocer al cliente, ya que para que se produzcan productos o servicios es necesario conocer sus necesidades y expectativas, para transformarlas adecuadamente en requerimientos.

- Las necesidades deben ser traducidas a características con criterios específicos llamados requerimientos y/o expectativas:
- Los requerimientos se refieren a productos o servicios. Es lo que recibe en forma tangible.

- Las expectativas se refieren a la forma como se desea recibir ese producto y/o servicio. **Es intangible y es una percepción.**
- Cuando se cumplen ambas, se dice que se “deleita” al cliente.

2.5.4. Calidad Objetiva y Calidad Percibida.

El producto o servicio generado posee una parte tangible y otra intangible. Es necesario tomarlas en cuenta ambas porque es precisamente lo que genera la satisfacción del usuario, y lo que determina su percepción. Generalmente no se considera la parte intangible al diseñar el servicio o producto, y precisamente lo que causa una percepción negativa en el cliente. La calidad percibida, en ocasiones tiene mayor peso que la objetiva. Porto (2001)

2.5.4.1. Calidad Objetiva.

Es una característica palpable de un producto o servicio, ligada inherentemente a su producción. Esta considera atributos técnicos, y es manejada generalmente en mayor grado por el que la produce o encuentra los requerimientos. Como esta característica no es perceptible o entendible desde la perspectiva del usuario, muchas veces no es apreciada o valorada.

2.5.4.2. Calidad Percibida.

Se refiere a la forma en como el consumidor considera la calidad de dicho objeto o servicio. La forma en como le satisface y es precisamente el **cumplimiento de sus expectativas**. Es la que provoca la percepción negativa o positiva del producto o servicio recibido.

2.6. Sistemas de gestión de la calidad.

La Calidad es tal vez uno de los más importantes elementos en la Planeación Estratégica, que puede generar la tan necesaria Ventaja Competitiva y al mismo tiempo lograr la supervivencia de las organizaciones.

Sin embargo, la Filosofía y Tecnologías de la Calidad no son útiles en forma aislada, ya que necesitan de un sistema que permita su correcta implementación, y funcionamiento. Estos sistemas son conocidos como Sistemas de la Calidad (Quality Systems o QS). Dentro de esta categoría tenemos los Sistemas de Gestión de la Calidad (Quality Management Systems o QMS) y los de Aseguramiento de la Calidad (Quality Assurance o QA).

Tanto el Control de la Calidad Total (Total Quality Control o TQC en Japón) y la Administración de la Calidad Total (TQM en E.U.) son Sistemas de Administración/ Gestión de la Calidad o QMS). Se utilizan los nombres y siglas en inglés, para evitar errores por traducción y son empleados para lograr el desarrollo y mejoramiento continuo de los productos, y de los sistemas productivos en las organizaciones. Estos sistemas no están enfocados a comprobar o certificar en el

mercado la calidad de sus procesos, productos o servicios, Para eso se utilizan estándares de Sistemas de Aseguramiento de la Calidad que permiten certificar los procesos productivos conforme a sus propios requerimientos, y que permiten adaptar tales productos, procesos y servicios a los fines a los que se destinan. La serie de estándares ISO 9000 de la International Organization for Standardization es el más empleado y aceptado a escala internacional como Modelo para Aseguramiento de la Calidad que permite a las diversas organizaciones integrarse al mercado global. En algunas áreas de aplicación como es el área de la salud, se le conoce con el nombre de Garantía de la Calidad.

La Administración de la Calidad hace posible lograr adecuadamente el Ciclo de la Calidad, y controlar adecuadamente los procesos. Cuando los elementos de entrada a los procesos no son los adecuados, no se pueden lograr resultados que posean la calidad requerida por el cliente; ya sea por error en la interpretación de requerimientos, error en la inducción y selección del personal (incluyendo el gerencial), errores estratégicos, proveedores incumplidos, materia prima defectuosa o recursos faltantes, etc.

2.7. Análisis y discusión.

Como hemos visto, resulta necesario precisar y reflexionar acerca de los conceptos tratados con anterioridad y sus implicaciones:

1. La calidad son el conjunto de características que se encuentran en el producto o servicio final que se le entrega al cliente o usuario, **siempre y cuando cumpla con sus requerimientos y expectativas.**
2. La calidad se encuentra también en forma intrínseca en las actividades, procesos, materias primas, organización, sistema o personal que se utiliza para la elaboración de productos o servicios que se entregan al cliente, **siempre y cuando cumpla los requerimientos de la organización, y sean aptos para lograr la calidad de los productos o servicios finales ofrecidos al cliente o usuario.**
3. **Cumplir con los requerimientos de estándares no necesariamente conlleva a satisfacer las necesidades del cliente.** La **percepción del cliente es crucial en el resultado** de los procesos hacia la calidad.
4. El **objetivo principal de la Calidad Total es satisfacer al cliente, y esto se traduce como no solamente “cumplir sus requerimientos y expectativas”, sino sobrepasarlas (valor agregado).**
5. La **Calidad es filosofía y un compromiso, que debe comenzar desde la parte más alta de la organización y formar parte de su cultura organizacional.**
6. El **desempeño ideal de la organización, debe ser igual al desempeño actual. Se requiere de un ajuste para mejorar el desarrollo del personal.**

7. Para que exista Calidad Total en la organización, se requiere del completo **compromiso de la Alta Dirección. Debe ser una filosofía y un proceso continuo (no un programa temporal o de certificación).**
8. **Para que los miembros de una organización puedan trabajar conjuntamente hacia el logro de la calidad, es necesario que para todos tenga el mismo significado, y que los objetivos para lograrla sean conocidos y entendidos en todos los niveles.** Es decir, el **concepto de la calidad debe ser establecido con claridad y debe estar integrado en la Misión, Visión y Política de Calidad.** Debe ser la guía de la cultura organizacional, de sus actividades y toma de decisiones hacia dentro y fuera de la organización.
9. La Administración **es responsable de las mejoras potenciales**, la calidad se planea y **los problemas de la calidad son fallas administrativas y no operativas.** El proceso de Control de Gestión, no significa controlamiento, ni Control de la Calidad. Las desviaciones de los objetivos o estándares no deben ser permitidos.
10. Las evaluaciones se utilizan como indicadores del desempeño actual, y resultados finales de un proceso que se otorga al usuario. Deben ser utilizados como **guía en el mejoramiento continuo de los procesos** que inciden en la calidad y llevar a todo el sistema de gestión de la organización a un estado óptimo.

En este análisis conceptual, hemos adoptado lo que generalmente se conoce como “perspectiva industrial”, aunque el concepto por su propia evolución, más bien se ha convertido en una “perspectiva administrativa”, ya que engloba a toda la organización, tal como ocurre en el concepto de la Calidad Total. El desarrollo lógico evolutivo de la calidad, dejó de ser un asunto de las áreas de producción o servicio, pasando a ser un asunto de toda la organización, principalmente de la alta dirección.

También hemos observado que la calidad del servicio o producto no la establece quien la otorga, sino el usuario. La organización que genera los servicios o productos debe entender las necesidades, transformarla a requerimientos y, satisfacer los requerimientos y expectativas del cliente o usuario. Si el cliente no está satisfecho, no importa el esfuerzo realizado por la organización, su producto o servicio simplemente no posee la calidad demandada, lo cual denota una falla en el diseño y una falla estratégica de la organización en su conjunto. La calidad (características implícitas y explícitas) percibidas por el cliente están directamente vinculadas a su satisfacción.

Ahora, debemos contrastar los conceptos desarrollados en este capítulo, cuando se introducen y se desarrollan en el área de la salud.

CAPÍTULO III

CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA (CAM)

3.1. Introducción.

En este capítulo se contrastará el concepto de la calidad desde el enfoque técnico-administrativo, y el que se adopta en el área de la salud (CAM). También se establecerá su relación con la Percepción del Usuario y su grado de satisfacción.

3.2. Atención Médica.

La OMS define la Atención Médica, como: “el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y **la máxima satisfacción del paciente con el proceso**” (OMS, 2000).

En esta definición, la OMS establece que es un servicio, y que se obtiene a partir de un proceso enfocado a cumplir los requerimientos sanitarios, generando máxima satisfacción del paciente. Intrínsecamente la satisfacción incluye la forma en como se le otorga la prestación del servicio, es decir con calidad objetiva y percibida. Ladhari (2009)

Como se mencionó anteriormente en el Capítulo II, el concepto de la calidad en el área de la salud, en ocasiones adopta matices coloquiales, lo cual lo hace confuso. Constantemente los autores lo intentan diferenciar del concepto industrial, cambiando los nombres como ocurre con la Garantía de la Calidad, que es en realidad Aseguramiento de la Calidad.

Aunque también existen los llamados gurúes de la CAM. parten básicamente de los mismos principios y conceptos industrial-administrativos, realizan sus propias adaptaciones para ser aplicables en el sector de la salud. Sin embargo, al igual que en otras áreas, los conceptos, modelos y sistemas han evolucionado, llevando a la necesidad de establecer sistemas de gestión de la calidad o adoptar la filosofía de la calidad tal como ocurre en otras industrias.

3.3. Calidad de la Atención Médica.

El concepto de la Calidad de la Atención Médica (CAM) por lo dicho anteriormente es amplio y muchas veces disperso. También es referida como Calidad en Salud, Calidad de los Servicios de la Salud, Calidad de los Servicios Médicos, Calidad Asistencial Sanitaria o posee algún nombre equivalente. Para nuestros propósitos empleamos el primer nombre (CAM), por ser el más generalizado en el Sector Salud en nuestro país. Alrubaiee (2011)

3.3.1. Definición de la CAM

La OMS (organización Mundial de la Salud) define a la calidad de la atención, como “el conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario de dicho bien o servicio”. (OPS/OMS, 1999)

En esta definición podemos observar que el concepto de calidad en el sector de la salud al igual que en el sector industrial, se **refiere a cumplir los requerimientos y expectativas del usuario**. Proveer calidad es **otorgar un servicio/bien acordes a las necesidades y expectativas del usuario**.

Si bien los conceptos difieren en la terminología, el concepto de calidad presente en el área de la Salud es coincidente con el concepto empleado en la industria-administración. Sin embargo, en el ámbito de la aplicación, la satisfacción de las expectativas del diente no se percibe como primordial en el diseño de los sistemas ni en su forma de gestionarlos, más bien es como una obligación que cumplir. Para el sector de la salud, la calidad se enfoca principalmente a lo que se denomina calidad técnica, y que está relacionado con prestar el servicio en forma competente, eficaz y segura que contribuya en el bienestar del usuario.

La calidad percibida por el usuario, y que nosotros conocemos como expectativa, está relacionada con las condiciones materiales, relacionales, administrativas y éticas en las cuales se proveen los productos o servicios.

“Para que un producto o servicio sea de calidad, es necesario que quien lo provea conozca cuáles son las necesidades y expectativa de los usuarios y sea capaz de proveer el bien o servicio de acuerdo a esas necesidades y expectativas” (Acuña, C., 2013)

La pregunta obligada en este momento sería: ¿Existe CAM en los procesos resultantes de las instituciones de salud en nuestro país? Ya que acorde a la definición, resultaría improbable, ya que la atención brindada es resultante de la perspectiva institucional y no la del usuario del servicio, al igual que las evaluaciones relacionadas a la calidad.

Para responder a este cuestionamiento, necesitamos primero adentrarnos en el desarrollo histórico de los conceptos, y la aplicación en los sistemas de este sector en nuestro país. Aunque anticipamos que, desde la perspectiva de su concepto y definición, no importa que se trate del sector salud, **si no existe satisfacción del usuario, no existe calidad, si no se cumplen sus expectativas, su percepción siempre resultará negativa.**

3.3.2. Antecedentes de la CAM.

La calidad en el campo de la salud ha sido una preocupación que ha ido evolucionando desde la antigüedad. Aguirre-Gas (2007) establece que sus antecedentes modernos se remontan a 1951, cuando en los Estados Unidos, la American College of Physicians, la American Hospital Association y la American

Medical Association, crearon la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, una instancia externa destinada a la evaluación de los estándares de calidad en hospitales, en forma voluntaria, con el propósito de autorregularse.

En nuestro país, los primeros trabajos sistematizados en favor de la calidad, se remontan a 1956 en el Hospital La Raza del IMSS, cuando un grupo médico se dio a la tarea de estudiar la calidad brindada, a través de la revisión de los expedientes clínicos. Esta iniciativa, fue replicada inmediatamente en otras instituciones de salud en nuestro país, y se dio comienzo a lo que se denominaría posteriormente como Auditorias Médicas. A manera de analogía podemos decir que este proceso se refiere al Control de la Calidad.

A partir de 1980, adquiere gran relevancia a nivel internacional el doctor Avedis Donabedian en los Estados Unidos de América, con sus trabajos sobre Calidad de la Atención Médica, al aplicar principios de la Teoría de Sistemas. Más no fue hasta que en 1990, cuando en el Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca, Morelos, invitó a Donabedian a México, desarrollándose las primeras Jornadas Académicas sobre la CAM en México. En estas jornadas se presentaron los trabajos acerca de la calidad que se habían venido desarrollando en nuestro país desde os 60's.

Durante las Jornadas Académicas, se expusieron diversos trabajos en referencia a la calidad:

- “Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud” de Ruiz de Chávez, Martínez Narváez, Calvo Ríos, Aguirre Gas y colaboradores, en representación del Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación.
- “Transiciones indispensables: de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía”, “Calidad, productividad y Costos”, de Ruelas Barajas y colaboradores.
- “Unidad de Garantía de Calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica” con Vidal Pineda
- “Círculos de Calidad como estrategia de un Programa de Garantía de Calidad en la Atención Médica” con Reyes Zapata, Zurita Garza y Vidal Pineda.
- “Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Expectativas de los Pacientes y Trabajadores de las Unidades Médicas”. De Aguirre Gas
- “Evaluación y Garantía de la Calidad en la Atención Médica” De Aguirre Gas. Aguirre-Gas (2004)

En los años siguientes, como resultado de la aplicación del Sistema de Evaluación Integral de la Unidades Médicas, Aguirre Gas publicó tres trabajos adicionales con los resultados de la aplicación de la evaluación de Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención:

- “Problemas que Afectan la Calidad de la Atención en Hospitales. Seguimiento a un año en el avance de su solución”
- “Programa de Mejora Continua. Resultados en 42 Unidades Médicas de Tercer Nivel” y “Proyecto UMAE*, Desarrollo y avances 2004-2006”: haciendo evidente la utilidad de esta herramienta para la integración y actualización del diagnóstico situacional de las unidades de atención médica, así como para la evaluación y mejora continua de la calidad de la atención médica.

Como podemos observar en estos títulos, también en el área de la salud la CAM también evolucionó a la par del concepto industrial, e inicia con la revisión de expedientes, hasta la certificación y mejora continua. Sin embargo, la Calidad Total y los Sistemas de Gestión de la Calidad, aún no se han podido implementar en las instituciones del sector salud. Aguirre-Gas (2006)

Con estas publicaciones, el tema de la calidad comenzó a tomar un verdadero auge que se conserva hasta nuestros días. El desarrollo de la calidad se resume en la tabla número 1:

Tabla número 1: Antecedentes de la Calidad en Salud en México

Inicios	1. Auditorías médicas	IMSS (1950-1960)
	2. Círculos de Calidad	INPER (1985)
Institucional	3. Evaluación de la Calidad Médica	IMSS (1987)

	4. Financiamiento de proyectos de mejora continua	PASPA (1994)
	5. Programa Integrado de Calidad	IMSS (1997)
Sectorial	6. Programa de Mejora Continua de la Calidad en la Atención Médica	SS (1997-2000)
	7. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS)	SS (2001-2006)
	8. INTRAGOB	2000-2006
	9. Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD	SS (2007-2012)

Fuente: Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES)

Secretaría de Salud Federal (SS)

En México durante 1996, el tema de la evaluación y mejora continua de la CAM tuvo un giro inesperado, con la aparición de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), creada por decreto presidencial del 3 de junio de 1996. La CONAMED enfoca a la calidad de la atención médica, desde el punto de vista de las presuntas faltas de calidad, identificadas a partir de las quejas presentadas por los pacientes, como consecuencia de su insatisfacción con los servicios recibidos.

El IMSS en 1999 implantó el “Premio IMSS de Calidad”, mismo que se ha venido desarrollando desde entonces, con base en los preceptos de la calidad total, al tiempo que el nivel gubernamental a través del Instituto para el fomento de la Calidad Total, inauguró el Premio Nacional de Calidad.

En el 2000 se llevaron a cabo las primeras certificaciones de hospitales en nuestro país, y se intenta actualmente llegar a los estándares de calidad internacional homologada de la Joint Commission International (JCI).

Cabe comentar que, no obstante, aunque en México ya se han realizado certificaciones nacionales en muchas unidades médicas, según los datos mostrados de la JCI, solamente 7 hospitales privados han optado y logrado obtener algún tipo de acreditación o certificación internacional con esta organización hasta la fecha:

- Asisteco México S.A. de C.V.
- Clínica Cumbres Chihuahua
- Hospital CIMA Chihuahua
- Hospital CIMA Monterrey
- Hospital Galenia
- The American British Cowdray Medical Center IAP-Observatorio Campus
- The American British Cowdray Medical Center IAP-Santa Fe Campus

Hernández Torres nos narra en la introducción de la recopilación “La Calidad de la Atención a la Salud en México a través de sus Instituciones: 12 años de experiencia”, que en 2001 se lanzó el Programa de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, en los esfuerzos por crear una institucionalización programática hacia la Calidad Total, y estuvo vigente hasta el 2006 durante el

sexenio del entonces presidente Vicente Fox. En este documento la Secretaría de Salud integran las experiencias de los diferentes investigadores en pro de la calidad. Hernández (2012)

En el 2007, durante la presidencia de Felipe Calderón se creó el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICAUDAD) que, aunque marca su finalización en el cambio sexenal (2012), aún se conserva vigente hasta la fecha.

Ya habiendo contrastado el concepto de la CAM desde dos perspectivas, y visto el desarrollo o evolución de la calidad en el sector de la salud, podemos entender, porque cuando se habla de CAM, puede tener diferentes significados. Y al igual que en la perspectiva administrativa, también resulta necesario saber a cuál etapa evolutiva de la calidad nos referimos.

Desde la perspectiva institucional, la CAM está más relacionada con la Calidad Técnica y Normatividad que con la Calidad de la Atención que se presta al usuario. En su etapa evolutiva, se trata del cumplimiento de normatividad o lo que se denomina Aseguramiento de la Calidad, o Garantía de la Calidad, como se le conoce en el área médica.

Es decir que la CAM, está subordinada a la “Calidad Institucional”, aunque sabemos por definición que esta no es la calidad requerida, que satisface las expectativas del usuario. Ruelas (2009)

CAPÍTULO IV

LA CAM EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS, Y ANÁLISIS DE SUS EVALUACIONES.

4.1. Introducción.

A nivel institucional, la evaluación de la CAM es indispensable para medir el logro de los resultados institucionales, y en cierta medida como retroalimentación para las coordinaciones o comisiones, en cuanto al logro de objetivos de los programas relativos a la calidad. Es un indicador de fallas, aunque como veremos adelante, si no se sabe que es lo que se mide, cualquier resultado será satisfactorio.

4.2. Evaluación de la Calidad de la Atención Médica.

Como ya se ha establecido en los capítulos anteriores, el enfoque institucional en nuestro país no se ha centralizado en el desarrollo de sus sistemas de gestión de la calidad en torno a sus usuarios, ni en satisfacer sus requerimientos y expectativas.

Aunque se realizan esfuerzos en implementar herramientas y tecnologías de la calidad en las diversas instituciones públicas del sector salud, no han podido centralizarse en beneficio de sus usuarios. Contrariamente a esto, el sector privado ha sabido entender y aplicar sus esfuerzos en torno a los requerimientos y expectativas de los usuarios, y por esta razón en las encuestas de satisfacción, las

instituciones privadas en general han obtenido mejores resultados que las grandes instituciones gubernamentales.

Sabemos que la satisfacción del usuario es lo que determina si existe calidad o no, pero desde la perspectiva institucional, la opinión del usuario no es tan importante, como lo es el cumplimiento de estándares. Aquí nos referimos a lo que se denomina Calidad Técnica, y el logro de objetivos institucionales.

Aunque por definición las evaluaciones de la CAM intentan medir la satisfacción de los usuarios, que es una percepción, sería muy difícil obtener resultados positivos, si el concepto se entiende como el diseño de un producto que intenta satisfacer a un cliente, sin saber cuáles son sus requerimientos y expectativas.

Un producto o servicio así diseñado y construido, puede o no satisfacer a un cliente, pero es una cuestión de azar. Realizar un producto así, solo podría tener justificación si lo que se entiende por calidad es en una forma coloquial, tal como se verá más adelante. De esta forma, sí se justifica su utilización para decir “instituciones de Calidad”, “Educación de Calidad”, “Programas de Calidad” o “Sistemas de Calidad”.

En todo caso, desde la perspectiva Estratégica Institucional, la calidad es algo muy bueno, excelente, o controlable. Y por esa razón, la perspectiva de un servicio o producto con estas características, se genera en el interior de las

instituciones. La institución en todo caso es quien define las características, pudiendo o no ser las requeridas por el usuario.

4.3. Encuesta Nacional de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos del IMSS.

A continuación, se mencionan los principales aspectos metodológicos empleados para realizar las encuestas en el período comprendido entre 2009 y 2013 en las unidades del IMSS en todo el país.

Aspectos metodológicos comunes para todas las encuestas:

- Población Objetivo: Derechohabientes mayores de 18 años
- Diseño del Muestreo: Bietápico estratificado (tamaño de muestreo grande, y dividido en estratos y conglomerados) en los niveles de atención.
- Acompañamiento de control: Transparencia Mexicana, A.C.

(* los informes de control para estas encuestas no han sido entregados o divulgados por esta organización para el periodo 2010-2013)

4.4. Análisis y discusión

Como habíamos comentado anteriormente, al analizar los instrumentos empleados en estas encuestas, notamos que al parecer no se sabe que es lo que se desea medir, o se desea obtener otro tipo de información para diferente propósito.

4.4.1. Objeciones al instrumento “Encuesta Nacional de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención del IMSS”.

1. La primera objeción a este cuestionario, es que es realmente extenso. Once páginas llenas de preguntas que no solamente cuestionan acerca de la satisfacción del entrevistado.
2. La encuesta se aplicó a una muestra representativa que acude a las instalaciones médicas y no a la totalidad de usuarios que tienen deseos o no de utilizar sus servicios. Esto representa un sesgo, ya que el usuario que no “disfruta de sus servicios” no acudirá a las citas en las instalaciones, y por lo tanto no acudirá a las citas cuando se lleven a cabo las encuestas.
3. La encuesta se les aplicó a los usuarios sin considerar si son derechohabientes o son beneficiarios del servicio.
4. Se solicita el número de seguridad social, debiendo obligatoriamente de ser respondido en forma anónima, ya que se coacciona al usuario

limitando su capacidad de respuesta, por la posibilidad de represalias o mal servicio en su estancia.

5. Las preguntas son de tipo personal son irrelevantes, tal es el caso de sus ingresos totales familiares, y especialmente si no se está entrevistando al derechohabiente. La protección a la información es un derecho y la institución muestra una falta total de respeto al usuario de los servicios. Si se desea obtener información personal, se deben seguir los lineamientos del Instituto Federal de Acceso a la información (IFAI) respecto a la obtención de datos, y consentimiento escrito.
6. Los encuestadores trabajan o son elegidos por la institución, aunque posteriormente se permitió el aval ciudadano.
7. Las preguntas son de tipo personal y no están dirigidas realmente a determinar la satisfacción por el servicio prestado.
8. Las respuestas que se proporcionaron no son empleadas para generar información, al menos para el fin que se establece, ni se encuentran integradas en los reportes.
9. Las respuestas son múltiples, confusas, el tiempo es extenso y en general no se captura realmente lo que se desea obtener.
10. Se manipula la información, ya que en los resultados se acumulan dos posibilidades de respuesta.
11. Al usuario del IMSS se le realizan preguntas de valoración de otros servicios, o de enfermedades que en muchos casos desconocen.

12. En general, más que una encuesta de satisfacción, es un estudio mercadológico, sin permiso expreso del entrevistado. Una actitud común hacia los usuarios en las instituciones.

4.4.2. Instrumento para medir la satisfacción de los usuarios de servicios de salud.

Con fines de contrastación, a continuación, se muestra un instrumento empleado específicamente para medir la satisfacción del usuario, empleado en los Estados Unidos por el U.S. Department of Health & Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos).

En este instrumento podemos observar que es lo que se está midiendo, ya que es en un cuestionario compacto, con respuestas de simple o múltiple elección (tipo Likert), Los resultados solo reportaran, la percepción del usuario que está vinculada directamente con su satisfacción (expectativas y requerimientos específicos).

Gráfico 1: Cuestionario de la CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) para evaluación de Planes de Salud

Domain	Survey Item	Response Scale
--------	-------------	----------------

Doctor Communication- Positive Behaviors	1. In the last 12 months, how often did this doctor explain things in a way that was easy to understand?	Never-Sometimes- Usually-Always
	2. In the last 12 months, how often did this doctor listen carefully to you?	Never-Sometimes- Usually-Always
	3. In the last 12 months, how often did this doctor spend enough time with you?	Never-Sometimes- Usually-Always
	4. In the last 12 months, how often did this doctor show respect for what you had to say?	Never-Sometimes- Usually-Always
	5. In the last 12 months, how often did this doctor give you easy to understand instructions about taking care of these health problems or concerns?	Never-Sometimes- Usually-Always
Doctor Communication- Negative Behaviors	6. In the last 12 months, how often did this doctor interrupt you when you were talking?	Never-Sometimes- Usually-Always
	7. In the last 12 months, how often did this doctor talk too fast when talking with you?	Never-Sometimes- Usually-Always

	8. In the last 12 months, did this doctor ever use a condescending, sarcastic, or rude tone or manner with you?	Yes, Definitely Yes, Somewhat No
Doctor Communication- Health Promotion	9. In the last 12 months, did you and this doctor talk about a healthy diet and healthy eating habits?	Yes, Definitely Yes, Somewhat No
	10. In the last 12 months, did you and this doctor talk about the exercise or physical activity you get?	Yes, Definitely Yes, Somewhat No
	11. In the last 12 months, did you and this doctor talk about things in your life that worry you or cause you stress?	Yes, Definitely Yes, Somewhat No
	12. In the last 12 months, did this doctor ever ask you whether there was a period of time when you felt sad, empty or depressed?	Yes No
Doctor Communication- Alternative Medicine	13. In the last 12 months, has this doctor ever asked you if you have used these other people to help with an illness or to stay healthy	Yes No

	(for example, acupuncturist or herbalist)?	
	14. In the last 12 months, has this doctor ever asked you if you used natural herbs?	Yes No
Shared Decision Making	15. In the last 12 months, did this doctor talk with you about the pros and cons of each choice for your treatment or health care?	Yes No
	16. In the last 12 months, when there was more than one choice for your treatment or health care, did this doctor ask which choice you thought was best for you?	Yes No
Equitable treatment	17. In the last 12 months, how often have you been treated unfairly at this doctor's office because of your race or ethnicity?	Never-Sometimes- Usually-Always
	18. In the last 12 months, how often have you been treated unfairly at this doctor's office because of the type of health insurance you have	Never-Sometimes- Usually-Always

	or because you don't have health insurance?	
Trust	19. Do you feel you can tell this doctor anything, even things that you might not tell anyone else?	Yes No
	20. Do you trust this doctor with your medical care?	Yes No
	21. Do you feel this doctor always tells you the truth about your health, even if there is bad news?	Yes No
	22. Do you feel this doctor cares as much as you do about your health?	Yes No
	23. In the last 12 months, how often did you feel this doctor really cared about you as a person?	Never-Sometimes- Usually-Always
Access to Interpreter Services	24. In the last 12 months, did you use friends or family members as interpreters because there was no other interpreter available at this doctor's office?	Yes No
	25. In the last 12 months, how often did your visit with this doctor start late because you had to wait for an	Never-Sometimes- Usually-Always

	interpreter? Do not include friends or family members	
	26. In the last 12 months, was there any time when you needed an interpreter and did not get one at this doctor's office? Do not include friends or family members	Yes No

Fuente: U.S. Department of Health & Human Services (CAHPS, 2007)

También existen diferentes formatos de la CAHPS que son utilizados para conocer el estado de salud del usuario, y diseñar programas de salud. No es correcto usar a los usuarios como fuente de información para otros propósitos.

4.5. Análisis de la Evaluación.

Los resultados de esta evaluación se presentan en forma individual y solo muestran los resultados del período y no se contrastan oficialmente con otros años. Al no existir un concentrado oficial, se integraron para conocer su evolución en el tiempo, y realizar un análisis de los resultados obtenidos por la encuesta.

Se observó que no existen cambios sustanciales en la satisfacción del usuario respecto a los servicios médicos ofrecidos por el IMSS al menos en el período de 2009 al 2012.

Cabe destacar que los resultados esperados por la Cruzada por la Salud (2001) para el 2006 eran de un 80% en la satisfacción general del usuario. Los resultados obtenidos en el 2013 aun no logran acercarse a lo planeado.

Estos resultados de las encuestas y de su metodología, nos da una perspectiva más clara de la perspectiva institucional respecto a la calidad y su trato hacia sus usuarios, y nos contesta algunos cuestionamientos iniciales de esta investigación.

Podemos decir que, los resultados de insatisfacción son contundentes y desafortunadamente repetitivos.

Se tiene una percepción negativa de la institución, por los malos tratos del personal médico y administrativo, instalaciones deficientes, baños antihigiénicos, falta de medicamentos, etc. Es una situación sistémica, y las medidas correctivas para evitarlo si es que existen, no han sido eficaces.

Cuando estos resultados de evaluación (requerimientos y expectativas) se comparan contra los servicios prestados (características implícitas y explícitas) es fácil entender porque no se cumplen, y no se pueden aplicar medidas correctivas para resolver esta falta de calidad, ya que no se refieren a lo mismo.

Cuando la calidad la define el proveedor (institución) y determina las características del servicio, de poco sirve conocer la percepción del usuario, ya que su diseño no contempla su satisfacción. No se diseñó para ese propósito.

La evaluación tal como se realiza, solo compara en forma continua lo que no se puede cumplir, ya que compara por un lado la satisfacción (requerimientos y expectativas) del cliente, contra la CAM recibida (características y estándares organizacionales definidos por el proveedor, y que tampoco son cumplidos en forma eficaz). Si los resultados hubieran sido utilizados para generar mejora continua o tomar medidas correctivas, ya debería de reflejarse año tras año en las evaluaciones.

Por eso, podemos observar que, en este bucle, solo se tendrán resultados positivos o mejores, cuando el usuario logre bajar sus expectativas y requerimientos, lográndose en todo caso mejorar los resultados en las encuestas de satisfacción, o que la perspectiva institucional logre diseñar y poner en práctica estrategias pensadas en lograr la satisfacción del cliente, cumpliendo al menos sus expectativas.

Por esta razón es difícil afirmar en este momento que existan fallas estratégicas sistemáticas en su implementación sectorial, pero si en su concepción e implementación institucional.

Desafortunadamente, aunque año tras año los indicadores de satisfacción no arrojan los resultados esperados, y los servicios no cumplen las expectativas de sus usuarios, la perspectiva institucional insiste en implementar y administrar las unidades médicas mediante programas orientados hacia la calidad, que tal vez ha servido para incrementar su calidad técnica, pero no en pro de la satisfacción del usuario. Por eso, podemos concluir lo siguiente:

- Existe calidad o no existe, si se habla de necesidades.
- Existe satisfacción o no existe, si se habla de expectativas,
- Puede existir buena o mala calidad, si se habla de requerimientos.
- Lo que sí es difícil de entender, es que existan instituciones que no cumplen con los requerimientos, que mucho menos cumplen con las expectativas, y les den más importancia y valor a sus indicadores de desempeño, que realmente cumplir con los usuarios a los que deben servir.

CAPÍTULO V

PLANEACIÓN ESTRATÉGICA E IMPLEMENTACIÓN DE LA CAM EN LAS INSTITUCIONES.

5.1. Introducción.

En el capítulo anterior se observaron los resultados obtenidos en las Encuestas de Satisfacción generados por el IMSS.

Esos resultados son el destino final de un gran proceso estratégico que empieza más allá de las instituciones de salud y que son implementados por sus directivos en las instituciones intentando dar seguimiento a la Estrategia Nacional de Salud contenida en el Plan Nacional de Desarrollo.

Si como hemos observado, el concepto de calidad no es entendido ni en las mismas instituciones, o cada miembro del personal tiene su propio concepto de la calidad, es más difícil aún entonces implementar sistemas de gestión de la calidad o diseñar procesos para lograr satisfacer a los usuarios.

5.2. Planeación estratégica.

5.2.1. Definición.

“La Planeación Estratégica es el proceso de desarrollo e implementación de planes para alcanzar propósitos u objetivos” (Wikipedia, 2014).

"Algunos escritores distinguen entre propósitos (que están formulados inexactamente y con poca especificación) y objetivos (que están formulados exacta y cuantitativamente como marco de tiempo y magnitud de efecto)" (Wikipedia, 2014).

Nuestra perspectiva de Planeación Estratégica, es el **proceso formal de definir los objetivos organizacionales, es decir, el establecimiento de la Misión y la Visión.**

- Definir se refiere a generar un conjunto de decisiones a partir de la elección de alternativas bajo un patrón o perspectiva organizacional.
- Objetivos organizacionales se refiere a las necesidades organizacionales, y no a sus requerimientos.

Un problema en la definición de "Planeación Estratégica", es que el término es empleado como un sinónimo de Estrategia Administrativa, de Formulación Estratégica, o como la totalidad de los Procesos Estratégicos, Sin embargo, es simplemente el proceso de definir la Estrategia Organizacional (Corporativa).

5.2.2. Dinámica de la Planeación Estratégica.

A diferencia de lo que generalmente se señala por algunos autores como Montanari, Morgan y Bracker (1990), Mintzberg (1994) la Estrategia Organizacional

(Corporativa) es cuasi-estática. En ella se definen los objetivos o fines que la organización persigue, el conjunto de principios y valores que definen la cultura e identidad corporativa.

Estos conceptos no varían en el tiempo, como ocurre en el caso de la estrategia competitiva:

- Definición de Misión (producto / servicio, cliente, necesidad).
- Definición de Visión (principios, valores, identidad organizacional).

5.3. Cultura Organizacional.

5.3.1. Definición.

“Cultura organizacional o cultura institucional son expresiones utilizadas para designar un determinado concepto de cultura (el que la entiende como el conjunto de experiencias, hábitos, costumbres, creencias, y valores, que caracteriza a un grupo humano) aplicado al ámbito restringido de una organización” (Wikipedia, 2014).

La cultura organizacional son los Modelos compartidos o el pensar y sentir de la organización. También se le conoce como “Weltanschauung” como lo describe Dilthey (1914).

Estos elementos simbólicos se manifiestan en todos los niveles y departamentos de la organización, desde las relaciones personales y sociales hasta las normas de actuación. Mediante los elementos simbólicos de la cultura, la organización y sus miembros establecen procesos de identidad y exclusión.

Los supuestos implícitos y explícitos que los miembros tienen respecto de cuál es el comportamiento "legítimo dentro de la organización", le permiten hallar diversos grupos de trabajo dentro de la organización que manifiestan su propia cultura (subcultura) que traduce en uso de maneras de interactuar, tipo de procedimientos que se pueden omitir, etc. Dichas subculturas afectan, hasta cierto punto, a todo el sistema y pueden competir por imponerse a otras como parte de los juegos de poder tradicionales que se manifiestan al interior de las organizaciones.

La cultura organizacional tiene varios efectos sobre el comportamiento de sus miembros. En primer lugar, en los procesos de atracción y selección, lo que perpetua aún más la cultura existente. También tendrá efectos sobre los procesos de retención y rotación voluntaria, de manera que en la medida que haya una mayor correspondencia entre los valores de los trabajadores y la cultura organizacional, mayor será el compromiso del trabajador hacia la organización, y menor la tasa de rotación o abandono voluntario.

Los estilos de liderazgo y toma de decisiones se verán también afectados por las contingencias culturales, así como las conductas emprendedoras.

La cultura de una empresa no es permanente, ni rígida, sino que va cambiando constantemente. Si no hay cambios y se convierte en rígida, mayor trabajo le costará adaptarse a su medio ambiente cambiante, es decir, más difícil se será cambiar su status-quo.

Aunque en las organizaciones todos sus miembros posean **capacidad para aprender o cambiar su comportamiento, si no existe una estrategia y una infraestructura** que le dé soporte al desarrollo y aprendizaje, no se convertirá en parte de su cultura organizacional.

Muchas instituciones, aunque estratégicamente intentan adoptar cultura hacia la calidad, al mismo tiempo impiden estructuralmente cualquier tipo de cambio individual, no pudiendo realizar cambios permanentes. Muchas otras desean implementar programas para certificación y tampoco les sirve de mucho si su personal no cambia su cultura enfocada en la calidad. Las estrategias pueden ser una guía de conducta siempre y cuando la cultura del personal establezca esa actitud.

La cultura organizacional y no su estrategia es quien define realmente la conducta global de la institución e impacta directamente en su desempeño.

De acuerdo a Stephen P. Robbins (2011) la cultura desempeña numerosas funciones dentro de la organización:

- Tiene un papel de definición de fronteras o límites; esto es, crea distinciones entre una organización y las demás.
- Transmite un sentido de identidad a los miembros de la organización.
- Facilita la generación de un compromiso con algo más grande que el interés individual
- Incrementa la estabilidad del sistema social.

Sin embargo, también la cultura crea organizaciones que reaccionan ante los cambios o no se adaptan a su entorno. Las instituciones verticales son muy difíciles de cambiar ya que precisamente son niveles que se crean para acortar los tramos de control y a la vez generar barreras culturales alejándose del cliente o usuario. Por eso es muy difícil que las instituciones burocráticas puedan ser tan eficientes o dinámicas en su adaptación a los cambios. También, generalmente los niveles directivos defienden su posición y se oponen a culturas emprendedoras que les permita desarrollarse rápidamente con su entorno.

5.4. Desarrollo Organizacional.

5.4.1. Definición.

Se define el desarrollo organizacional como “el esfuerzo libre e incesante de la administración y todos los miembros de la organización en hacer creíble, sostenible y funcional a la organización en el tiempo, poniéndole énfasis en el capital

humano, dinamizando los procesos, creando un estilo y señalando una guía desde la institucionalidad" (Wikipedia, 2014).

También se define como "herramienta que, por medio del análisis interno de la organización y del entorno que le rodea, le permita obtener información que lo guíe en adoptar un camino o estrategia hacia el cambio, hacia una evolución, conforme a las exigencias o demandas del medio en el que se encuentre, logrando la eficiencia de todos los elementos que la constituyen para obtener el éxito de organización" (Wikipedia, 2014).

Según la Dra. Alies, el término Desarrollo Organizacional es el conjunto de acciones organizacionales que se realizan para modificar, usualmente aspectos culturales o de comportamiento organizacional (Alies, 2012).

Sin embargo, para que el Desarrollo Organizacional progrese en una organización, debe ser respaldado por la alta dirección, perfectamente implantado en un proceso claro, y comunicado a todos los niveles dentro de la organización.

5.5. Plan Nacional de Desarrollo (PND).

5.5.1. Definición.

“El Plan Nacional de Desarrollo es el documento rector elaborado por el Poder Ejecutivo Federal en el que precisan los objetivos nacionales, estrategias y prioridades del desarrollo integral y sustentable del país.” (Wikipedia, 2014)

El marco legal del PND se encuentra principalmente en el artículo 26 de la Constitución Política, la Ley de Planeación y los artículos 9 y del 27 al 42 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Se elabora dentro del primer semestre del sexenio del período de cada gobierno federal y su validez finaliza con el período constitucional que corresponda

En el Artículo 26 de la Constitución se establece que:

“El Estado organizara un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, competitividad, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la nación”.

Los fines del proyecto nacional contenidos en esta Constitución determinaran los objetivos de la planeación. La planeación será democrática y deliberativa. Mediante los mecanismos de participación que establezca la ley, recogerá las aspiraciones y demandas de la sociedad para incorporarlas al plan y los programas de desarrollo. Habrá un Plan Nacional de Desarrollo al que se sujetaran obligatoriamente los programas de la Administración Pública Federal.

Por su parte, la Ley de Planeación en su Artículo 21 establece el contenido de dicho pían de la siguiente manera:

El Plan Nacional de Desarrollo precisará los objetivos nacionales, estrategia y prioridades del desarrollo integral y sustentadle del país, contendrá provisiones sobre los recursos que serán asignados a tales fines; determinará los instrumentos y responsables de su ejecución, establecerá los lineamientos de política de carácter global, sectorial y regional.

5.5.2. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.

El 29 de mayo de 2001, el Presidente Vicente Fox presentó, en la Residencia Oficial de Los Pinos, el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, siendo publicado al día siguiente en el Diario Oficial de la Federación.

La referencia al tema de la Salud se encuentra integrada en el objetivo 1 de 19 del Gobierno de Vicente Fox: Mejorar los niveles de educación y bienestar de los mexicanos.

A continuación, se presentan algunos fragmentos, en relación al tema de la salud y CAM de importancia para nuestro análisis:

3. MÉXICO: HACIA UN DESPEGUE ACELERADO

3.1. Las transiciones del México contemporáneo Para cumplir eficientemente con las tareas de este gobierno, hemos creado tres comisiones que agrupan a dependencias y entidades de la administración pública federal: la Comisión para el Desarrollo Social y Humano, la Comisión para el Crecimiento con Calidad y la Comisión de Orden y Respeto. (Wikipedia, 2014)

3.6. Las transiciones y el Plan Nacional de Desarrollo México tienen ante sí la oportunidad de despegar a partir del cambio. Las transiciones demográfica, social, económica y política serán la plataforma de lanzamiento para orientarnos hacia el país que deseamos construir. Para lograrlo debemos respetar tres prioridades; fortalecer un desarrollo social y humano con énfasis en educación de vanguardia y **en un sistema integral de salud**; lograr un desarrollo económico dinámico, con calidad, incluyente y sustentable, que promueva la competitividad nacional, y transformarnos en una sociedad que crezca con orden y respeto, con gobernabilidad democrática y seguridad pública. (Wikipedia, 2014)

4.5 La política social

El reto de la salud

La educación y el desarrollo de los mexicanos dependen de la salud que posean. **La salud ha sido uno de los pilares en el desarrollo de México.** Los progresos en este sector han sido determinantes para conformar las características demográficas actuales en nuestro país, y las instituciones de salud han sido

fundamentales en el desarrollo de México en muy diversos campos, como la investigación, la educación y la organización administrativa y financiera.

Para enfrentar cada uno de los retos antes señalados, la presente administración se ha planteado cuatro objetivos principales:

1. Elevar el nivel de salud de la población y reducir las desigualdades.
2. **Garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud.**
3. Ofrecer protección financiera en materia de salud a todos los mexicanos, apoyando de manera prioritaria el financiamiento público.
4. Fortalecer el sistema de salud.

5.5.3. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012,

El 30 de mayo de 2007, el Presidente Felipe Calderón presentó, en la Residencia Oficial de Los Pinos, el Plan Nacional de Desarrollo 2007 - 2012. siendo publicado al día siguiente en el Diario Oficial de la Federación.

El documento se encuentra dividido en diez apartados, cinco de ellos son los ejes rectores del Plan. La referencia al tema de la Salud se encuentra integrada en el Eje 3. Igualdad de Oportunidades.

Eje 3. igualdad de Oportunidades

OBJETIVO 5

Reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida y tengan garantizados la alimentación, salud, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo tal y como lo establece la Constitución. (Wikipedia, 2014)

Junto con el mayor alcance de los servicios de salud y el mejoramiento de su infraestructura y equipamiento, es fundamental la **superación profesional y la sensibilización de quienes atienden al público usuario. Lograr que los mexicanos cuenten con servicios de salud eficiente y de alta calidad, ofrecidos con calidez y profesionalismo.**

5.5.4. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

El objetivo general establecido en el PND 2013-2018 es llevar a nuestro país a su máximo potencial.

El Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018 proyecta, en síntesis, hacer de México una sociedad de derechos, en donde todos tengan acceso efectivo a los derechos que otorga la Constitución.

El Artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el **derecho de toda persona a la protección de la salud**. En respuesta a dicho artículo se ha construido un amplio Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, éste **se caracteriza por estar fragmentado en múltiples subsistemas, donde diversos grupos de la población cuentan con derechos distintos**. En 2012, aproximadamente uno de cada cuatro mexicanos no contaba con acceso en algún esquema de salud.

En 2004, el Seguro Popular inició con la finalidad de brindar protección financiera a la población no afiliada a las instituciones de seguridad social. Este programa representa un avance en términos de igualdad y protección social de la salud. Sin embargo, su paquete de servicios es limitado en comparación con la cobertura que ofrecen actualmente el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a sus derechohabientes. Adicionalmente, el Seguro Popular representa un reto para promover la formalidad del empleo con el tiempo. (Wikipedia, 2014)

El IMSS es la institución de seguridad social más grande de Latinoamérica: cuenta con más de 16 millones de trabajadores asegurados, que se traducen en casi 58 millones de derechohabientes. Además, brinda servicios médicos a la población que no cuenta con seguridad social a través del Programa IMSS-Oportunidades.

El IMSS presenta un panorama financiero complicado, ocasionado por una combinación de factores internos y externos. Por una parte, enfrenta la transición demográfica y epidemiológica que ha tenido como consecuencia una mayor prevalencia de padecimientos crónico-degenerativos, cuya atención requiere de mayores recursos económicos. Por otra parte, dicho instituto observa retos financieros derivados de su régimen de jubilaciones y pensiones y de una **contratación acelerada de personal** en los últimos años. (Wikipedia, 2014)

El ISSSTE es la segunda institución de seguridad social más importante del país y representa el 11% del gasto operativo del sector público federal. Este organismo requiere ser fortalecido para garantizar su viabilidad. Mientras que las reformas a la Ley del ISSSTE, aprobadas en 2007, contribuyeron a sanear la situación financiera del mismo, la composición poblacional de sus derechohabientes del segmento de servicios médicos tiene implicaciones en la duración, costo y recurrencia de los tratamientos.

Los problemas que enfrenta el Sistema de Seguridad Social representan un gran reto **que hace necesario llevar a cabo políticas que fortalezcan la situación financiera de estas instituciones, en virtud de que sus necesidades y costos presentan una tendencia de crecimiento mayor a la de sus ingresos.** De esta forma, es importante **implementar acciones enfocadas en hacer más eficiente su operación, con énfasis en aquellas que les permitan contener su gasto.** El gasto administrativo en los sistemas de Seguridad Social es elevado, ya que

representa **11.4% del gasto total, que es significativamente mayor en comparación con el promedio de 3.9% en países miembros de la OCDE.**

Líneas de Acción PND 2013 - 2018

1. Preparar el sistema para que el usuario seleccione a su prestador de servicios de salud.
2. Consolidar la regulación efectiva de los procesos y establecimientos de atención médica, mediante la distribución y coordinación de competencias entre la Federación y las entidades federativas.
3. Instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud.
4. Mejorar la calidad en la formación de los recursos humanos y alinearla con las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población.
5. Garantizar medicamentos de calidad, eficaces y seguros.
6. **Implementar programas orientados a elevar la satisfacción de los usuarios en las unidades operativas públicas, y**
7. Desarrollar y fortalecer la infraestructura de los sistemas de salud y seguridad social públicos.

Se emitieron las Reglas de Operación para el Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) para el 2013 con el objetivo de Implementar el Sistema Integral de Calidad en Salud que contribuya a la calidad técnica y percibida en los servicios públicos de salud. Sus ejes de acción son los siguientes:

- Acciones para mejorar la Calidad Percibida
- Acciones para mejorar la Calidad Técnica y la Seguridad del paciente
- Acciones para la Institucionalización y Gestión de la Calidad (Wikipedia, 2014) (Wikipedia, 2014)

5.6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

En el llamado Plan Nacional de Desarrollo, se establecen los objetivos nacionales, estrategias y prioridades del gobierno en funciones.

La ley prevé que se realicen las siguientes acciones:

- Se establecerá un Plan
- Se determinarán los objetivos de la planeación.
- Se recogerán las aspiraciones y demandas de la sociedad y se incorporarán en el Plan
- Los programas de la Administración Pública Federal se sujetarán en forma obligatoria a dicho plan.

Es el Plan Estratégico Nacional que impactará en forma global a todo el Estado Mexicano, y es responsabilidad del Gobierno Federal analizar las

condiciones del país, establecer estrategias y objetivos, darle cumplimiento y evaluarlo.

En nuestra investigación podemos percibir que en los últimos Planes Nacionales de Desarrollo existen intentos por elevar la Calidad de la Atención Médica, así como para la generación de la infraestructura necesaria. Sin embargo, también se puede establecer que los esfuerzos no han sido suficientes, ni las instituciones operan sus programas en la forma que fueron planeadas.

Los resultados han sido poco alentadores desde la perspectiva de cambio hacia la Calidad Total en el gobierno y las Instituciones públicas, propuesto por el ex presidente Vicente Fox, en su periodo de gobierno de 2001-2007.

Durante este sexenio, se entregó un PND con una perspectiva diferente a las anteriores administraciones. Se estableció por primera vez, que toda la APF funcionaría bajo Sistemas de Calidad para satisfacer las necesidades de la población a la que servían. También se diseñaron Modelos, Programas y Políticas para obligar a las dependencias gubernamentales a comprometerse a operar bajo esta perspectiva de cambio y Mejora Continua.

Muchos esfuerzos se realizaron, se cumplieron metas a medias y desafortunadamente para los ciudadanos, la visión de ese cambio para el país no llegó a verse plasmada en la realidad. En el fondo de toda esta iniciativa hacia la Calidad Total, la cultura institucional fue el freno que no permitió que se llevara a

cabo esa gran iniciativa, y fue precisamente la defensa del status-quo existente en cualquier organización, por la incertidumbre ante la falta de entendimiento hacia la cultura de la calidad. La cultura de la calidad y los esfuerzos de innovación no se establecen por decreto, y no pueden emerger, si no existen las condiciones necesarias para que así suceda.

En el sector relacionado a la CAM, efectivamente fue creado el Programa Sistema integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) establecido en el PND (2001-2006) y que aún está vigente en la administración actual.

En este PND se logra identificar la iniciativa y compromiso de responder con servicios con calidad y respeto (trato adecuado o digno) a las necesidades y expectativas de los usuarios, así como de extender los servicios médicos a toda la población. De haberse cumplido la expectativa, podríamos decir en la actualidad, que se contaría con Calidad en la Atención Médica.

La perspectiva de la Calidad en este PND era de generar servicios de calidad a través de implementar Sistemas de Gestión y Aseguramiento de la Calidad.

En las guías de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, del Programa Nacional de Salud (2001-2006), podemos observar el esfuerzo de llevar un trato digno a los usuarios de los servicios médicos y antepone esas características entendiendo la importancia de su satisfacción.

CONCLUSIONES

A lo largo de esta investigación se ha analizado y contrastado en forma secuencial los elementos centrales que le dieron origen a nuestra hipótesis.

Existe un problema en la definición conceptual de la calidad, que ha trascendido desde el Plan de Desarrollo hasta los programas de Evaluación ya en su forma institucional como es la ENSAT.

El concepto de la calidad ha tomado matices coloquiales, y por eso es tan escuchado en los últimos sexenios el uso de los términos “escuelas de calidad”, “educación de calidad”, “instituciones de calidad” a diferencia de la perspectiva cuando se dio auge a ese concepto.

Desde la perspectiva administrativa y técnica, el uso de ese concepto es inadecuado, ya que no es un sinónimo de excelencia, lo cual nos lleva a entender que la definición de calidad en el PND debe de referirse a alta calidad. Es decir, su uso actual es coloquial y no administrativo.

Las estrategias derivadas de conceptos no entendidos, permite que cada directivo establezca su propia definición de conceptos, estándares, e indicadores de desempeño. Por eso los términos como CAM no son del todo entendidos o, aunque existen definiciones como la que encontramos en la Cruzada Nacional por la Calidad, aunque por lo general no fue entendida ni utilizada por los autores médicos.

La perspectiva médica generalmente se refiere a la Calidad Técnica y no es prioridad la satisfacción del cliente, por lo que no encuentran razón en la definición mencionada con anterioridad.

¿Entonces al pasar de la estrategia nacional, a la implementación en las instituciones, a los planes, políticas y procesos, a que calidad nos estamos refiriendo?

Pues precisamente a una realidad de falta de desarrollo e instituciones ineficientes. Esto nos lleva a pensar que si con la misma estrategia año tras año, con la misma perspectiva cultural, con los rascacielos burocráticos en su estructura, se pretende lograr implementar sistemas de gestión de calidad total o competitividad internacional. Y sin duda, cuando no cumplen sus propias metas, la excusa más gastada y repetitiva, es que no se puede lograr...por falta de recursos.

Las estrategias hacia la calidad, los resultados de evaluación de los sistemas, las certificaciones y todas las tecnologías para aumentar la eficacia y la eficiencia en las instituciones son empleados cuando el desempeño no es el esperado, sin embargo, con el tiempo se entiende que no es posible cumplir con las grandes metas esperadas, por falta de visión estratégica.

Dar un verdadero salto y lograrlo en la realidad no es algo que una sola organización haya logrado por sí misma, es necesario ser parte de un gran sistema que establezca estrategias coordinadas para darle el apoyo y empuje necesario

para lograrlo. Ninguna empresa u organización por sí misma es capaz de crear todo ese desarrollo tecnológico y conocimiento para dar ese gran salto hacia la modernidad que actualmente se requiere.

Resulta necesario que las estrategias de desarrollo nacional posean esa visión de evolución y desarrollo continuo, que permita que todas las organizaciones e instituciones dentro de ese gran entorno encuentren las condiciones y oportunidades propicias para su desarrollo.

La Estrategia Nacional o Plan Nacional de Desarrollo (PND) debería ser la guía institucional y empresarial, para lograr que sus ciudadanos pudieran alcanzar el bienestar que, por derecho, la constitución establece. Sin embargo, sin una estrategia bien definida, objetivos claros y comunes, cualquier plan que se establezca nunca logrará los objetivos establecidos.

Esta falla estratégica se replica una y otra vez en la creación de leyes, planes estratégicos y operativos, programas sectoriales y en todos los proyectos y procesos que se derivan de él. El PND es un conjunto de buenas intenciones, si no existe una cultura que la entienda, que la interprete y la lleve a la práctica.

El mejor Plan Estratégico no logrará sus objetivos si su cultura no lo impulsa. Y ese es el verdadero problema en las instituciones, donde la calidad es un programa solamente, en lugar de ser una forma de entender el trabajo diario. La

calidad no es certificación o gráficas de desempeño ni siquiera hacerlo bien, calidad es satisfacer a su cliente o usuario.

Es posible acabar con esa percepción negativa en las instituciones de salud, pero el primer paso es entender que no es posible satisfacer las expectativas de los usuarios, cuando no se entiende que ellos son la razón de ser de las instituciones. Que la calidad no son medidas de desempeño ni justificación de resultados. Las evaluaciones son para mejorar los procesos, no para esconder lo que se hace mal o para justificarse.

Las instituciones cumplirán cuando la Estrategia Nacional contemple el desarrollo y la satisfacción de sus ciudadanos en forma integral. Cuando el Estado lo exija, y el gobierno cumpla con su obligación.

Mas, sin embargo, esta labor no será posible si desde la recolección de la satisfacción con la calidad de los pacientes el instrumento utilizado presenta carencias tan grandes como las analizadas en su momento, no es posible partir de una información tan poco confiable para tratar de construir una atención de excelencia; no mientras la base del sistema de salud, los pacientes, sigan sin ser tomados realmente en cuenta y sean ellos quienes decidan el rumbo de las instituciones.

Es una tarea titánica el establecer una política adecuada en cuestión de calidad y satisfacción con los servicios de salud, mas es imperativo contar con tales

políticas e instrumentos; es injustificable que no exista al menos un instrumento válido y adecuado para coleccionar ese sentir del usuario.

Porque **si no sabemos para donde vamos, no importa el camino que tomemos, seguro llegamos ahí.**

BIBLIOGRAFÍA

Acuña, D. C. (2013). La reforma del sistema de salud, la calidad de la atención, la seguridad del paciente y los principios de la bioética, (págs. 2,13,14). ECUADOR: WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS).

Aguirre-Gas H, Vázquez-Estupiñán F. (2006) Error médico. Eventos adversos. Cir Cir;74:495-503

Aguirre-Gas H. (2004) Principios éticos de la práctica médica. Cir Cir;72:503-510.

Aguirre-Gas, H. (1990) Evaluación de la calidad de la atención médica. Salud Publica Mex, 170-180.

Aguirre-Gas, H. (2007). "Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. ¿Una tarea para médicos?". Cir Ciruj, 75:149-50.

Alrubaiee L, Alkaa'ida F. (2011) The mediating effect of patient satisfaction in the patients' perceptions of healthcare quality - patient trust relationship. Intern J Marketing Studies;3:103-27.

Cantú H. (1997) Desarrollo de una cultura de calidad. México: McGraw-Hill. Pp. 3-28 y 32-61

Dierssen-Soto T, Rodríguez P, Robles M, y Colaboradores, (2009) Factores que Determinan la Alta Satisfacción del Usuario con la Asistencia Hospitalaria.

Donabedian A. (1988) Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Fondo de Cultura Económica. Pp. 71-83.

Hernández F (2012) La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones. 12 años de experiencia Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud diciembre de 2012.

Kosnik L. (2002) The New Paradigm of Crew Resource Management: Just What Is Needed to reengage the Stalled Collaborative Movement? Journal on Quality Improvement;28: 235-241.

Ladhari R. (2009) A review of twenty years of SERVQUAL research. Intern J Quality Service Sciences;1:172-98.

Loeb J. (2000) To Err is Human: An Interview with the Institute of Medicine's Linda Kohn. Journal on Quality Improvement.;26: 227-234.

Malagón L, Galán M, Ponto L. (2001) Garantía de calidad en salud. Colombia: Médica Panamericana. Pp. 102-107

Martínez A, Chávez S, Cambero E. (2007) Gestión de la calidad en los servicios de salud. México: Universidad de Guadalajara. Pp. 19-107, 204-208

Miquel S, Moliner M, (2008) Análisis de la Relación entre Calidad y Satisfacción del Ámbito hospitalario en Función del Modelo de Gestión Establecido, facultad de Ciencias Jurídicas y Económicas, Universidad Jaume.

Mira J, & Colaboradores, (2006) Universidad Miguel Hernández, Escuela Universitaria de Salud, Universidad Cádiz, INSALUD, ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi.

Mira JJ, (2006) Universidad Miguel Hernández de Elche, La Satisfacción del Pacientes: Teorías, Medidas y Resultados.

Mira JJ, Buil J, Rodríguez J y Aranaz A, (2005) La Medida de la Calidad Percibida del Cuidado Hospitalario: Adaptación del SERVQUAL al Hospital Público.

Monteagudo O, Navarro C, Alonso P Casa R, Rodríguez L, Gracia J, García J y Herruzo R, (2003) Aplicación Hospitalaria del SERVQHOS: Factores Asociados a la Satisfacción e Insatisfacción.

Porto G. (2001) Safety By Design: Ten Lessons Form Human Factors Research. American Society for Healthcare Risk Management.

Priporas C, Laspa C, Kamenidou I. (2008) Patient satisfaction measurement for inhospital services: A pilot study in greece. J Med Marketing;8:325-40.

Ruelas-Barajas E. (2009) El camino hacia la certificación internacional de hospitales en México. Rev Conamed;14:5-10

Schiff G, Rucker T. (2001) Beyond Structure-Process-Outcome: Donabedian's Seven Pillars and Eleven Buttresses of Quality. Journal on Quality Improvement;27: 169-174.

Tsoukatos E, Rand G. (2007) Cultural influences on service quality and customer satisfaction: Evidence from greek insurance. Managing Service Quality;17:467-85.

Zwarenstein M, Reeves S. (2002) Working Together but Apart: Barriers and Routes to Nurse-Physician Collaboration. Journal on Quality Improvement;28: 242-247.

Cuestionario de la CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems)(Evaluación del Consumidor de los Proveedores y Sistemas de Cuidado de la Salud) para evaluación de Planes de Salud

Dominio	Ítem de la encuesta	Escala de respuesta
Comunicación con el médico - Comportamientos positivos	1. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia este profesional médico le explicó las cosas de una manera fácil de entender?	Nunca-Algunas veces-Usualmente-Siempre
	2. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia este profesional médico le escuchó con atención?	Nunca-Algunas veces-Usualmente-Siempre
	3. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia este profesional médico pasó suficiente tiempo con usted?	Nunca-Algunas veces-Usualmente-Siempre
	4. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia este profesional médico demostró respeto por lo que usted tenía que decir?	Nunca-Algunas veces-Usualmente-Siempre
	5. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia este profesional médico le dio información fácil de	Nunca-Algunas veces-Usualmente-Siempre

	entender sobre esas preguntas o inquietudes médicas?	
Comunicación con el médico - Comportamientos negativos	6. En los últimos 12 meses, que tan frecuente este profesional médico lo interrumpió cuando usted hablaba?	Nunca-Algunas veces-Usualmente-Siempre
	7. En los últimos 12 meses, que tan frecuentemente este profesional médico habló muy rápido cuando hablaba con usted?	Nunca-Algunas veces-Usualmente-Siempre
	8. En los últimos 12 meses, este profesional médico uso un tono o manera sarcástico o rudo con usted?	Sí, Definitivamente Sí, Algo No
Comunicación con el médico - Promoción de la salud	9. En los últimos 12 meses, ¿hablaron usted y su doctor personal sobre una dieta saludable y sobre hábitos alimenticios sanos?	Sí, Definitivamente Sí, Algo No
	10. En los últimos 12 meses, ¿hablaron usted y su doctor	Sí, Definitivamente Sí, Algo No

	personal sobre el ejercicio o la actividad física que hace?	
	11. En los últimos 12 meses, ¿hablaron usted y su doctor personal sobre las cosas de su vida que le preocupan o le causan estrés?	Sí, Definitivamente Sí, Algo No
	12. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez le preguntó su doctor personal si hubo un período de tiempo durante el cual usted se sintió triste, vacío o deprimido?	Sí No
Comunicación con el médico - Medicina alternativa	13. En los últimos 12 meses, su médico la ha preguntado si ha acudido con otras personas para ayudarle con su enfermedad o para estar saludable (por ejemplo, acupunturista o herbalista)?	Sí No
	14. En los últimos 12 meses, su médico le ha preguntado si ha usado hierbas naturales?	Sí No
	15. En los últimos 12 meses su médico habló con usted acerca de	Sí No

Toma de Decisiones Compartida	los pros y contras de cada opción para su tratamiento o cuidado de salud?	
	16. En los últimos 12 meses, cuando había más de una opción para su tratamiento o cuidado de salud, su médico le preguntó cuál opción era para usted la mejor?	Sí No
Trato equitativo	17. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue usted tratado injustamente en el consultorio de su médico debido a su raza o etnicidad?	Nunca-Algunas veces-Usualmente-Siempre
	18. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha sido tratado injustamente en el consultorio del médico debido al tipo de seguro médico que tiene o porque no tiene seguro de salud?	Nunca-Algunas veces-Usualmente-Siempre
Confianza	19. ¿Siente que usted puede decir al médico cualquier cosa, incluso cosas que tal vez no le cuentes a nadie?	Sí No

	20. ¿Confía en el médico para su atención médica?	Sí No
	21. ¿Siente que el médico siempre dice la verdad sobre su salud, incluso si hay malas noticias?	Sí No
	22. ¿Siente que al doctor le importa tanto como usted su salud?	Sí No
	23. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia sintió que el médico realmente se preocupaba por usted como persona?	Nunca-Algunas veces- Usualmente-Siempre
Acceso a servicio de interprete	24. En los últimos 12 meses, ¿usó amigos o familiares como intérpretes porque no había ningún otro intérprete disponible en el consultorio del doctor?	Sí No
	25. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia su visita con el doctor comienza tarde porque había que esperar a un intérprete?	Nunca-Algunas veces- Usualmente-Siempre

	No incluya los amigos o miembros de la familia	
	26. En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento que necesita un intérprete y no lo obtuvo en el consultorio del médico? No incluya los amigos o miembros de la familia	Sí No