



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN  
NICOLÁS DE HIDALGO

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES  
ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES

Maestría en Políticas Públicas

***El servicio público de salud en Morelia, Michoacán: Una  
evaluación a partir de PLS-SEM para mejorar la política de  
calidad.***

Tesis que para Obtener el Grado de Maestra en Políticas Públicas

Presenta:

Ing. Ma. del Carmen Monserrat Gutierrez Herrera

Director de Tesis:

Dr. Francisco Javier Ayvar Campos

Morelia, Michoacán, Junio 2024

# DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación principalmente a Dios, por darme vida y permitirme concluir con este paso tan importante profesionalmente, acompañada de personas que han sido parte fundamental de mi crecimiento.

A mis padres Elvira y José quienes con su esfuerzo y amor me han apoyado en cada decisión de mi vida, gracias padre, gracias madre.

A mis hermanos del alma José Antonio y Diana Alejandra quienes siempre han estado presentes con su alegría y risas en todo momento, Gracias hermanos.

A mi compañero de vida Rubén que siempre me ha motivado y ha confiado en mí, gracias por estar siempre.

Para ustedes con mi corazón los amo.

# AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Dr. Francisco Javier Ayvar Campos por ser un excelente asesor, por su paciencia, confianza y tiempo dedicado a esta investigación, por la guía que me brindo durante este proceso y sus enseñanzas. A mis sinodales el Dr. Félix Chamú Nicanor y la Dra. Celina López Mateo quienes con profesionalismo me compartieron su conocimiento haciendo posible el resultado final de esta investigación.

Al Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales que me brindó la oportunidad crecer profesionalmente, a cada profesor que formo parte de mi preparación por compartir siempre su tiempo y conocimiento. A cada una de las personas que estuvieron siempre para mí.

A mis amigos y amigas con quienes compartí este proceso y encontré una sincera amistad, por los momentos de diversión, por su presencia.

A todos Gracias.

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO  
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES  
MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Morelia, Michoacán, el día 18 de abril de 2024, los miembros de la mesa sinodal designada por el H. Consejo Técnico del Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, aprobaron para presentar en examen de grado la tesis titulada:

*El servicio público de salud en Morelia, Michoacán: Una evaluación a partir de PLS-SEM para mejorar la política de calidad*

Presentada por la estudiante:

*Ing. Ma. del Carmen Monserrat Gutierrez Herrera*

Aspirante al grado de Maestra en Políticas Públicas. Después de haber efectuado las revisiones necesarias, los miembros de la mesa sinodal manifestaron SU APROBACIÓN DE LA TESIS en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

MESA SINODAL

Director de tesis

Dr. Francisco Javier Ayvar Campos

Primer vocal

Segundo vocal

Dra. Celia López Mateo

Dr. Félix Chamú Nicanor

**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**  
**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES**  
**MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS**  
**CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS**

En la Ciudad de Morelia, Michoacán, el día 16 de abril de 2024, la que suscribe Ing. Ma. del Carmen Monserrat Gutiérrez Herrera, estudiante del programa de Maestría en Políticas Públicas adscrito al Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales (ININEE), manifiesta ser la autora intelectual del presente trabajo de tesis, desarrollado bajo la dirección del Dr. Francisco Javier Ayvar Campos, y cede los derechos del trabajo titulado "El servicio público de salud en Morelia, Michoacán: Una evaluación a partir de PLS-SEM para mejorar la política de calidad" a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo para su difusión con fines estrictamente académicos.

No está permitida la reproducción total o parcial de este trabajo de tesis ni su tratamiento o transmisión por cualquier medio o método sin la autorización escrita de la autora y/o director de este. Cualquier uso académico que se haga de este trabajo, deberá realizarse conforme a las prácticas legales establecidas para este fin.



\_\_\_\_\_  
Ing. Ma. del Carmen Monserrat Gutiérrez Herrera

# ÍNDICE

<b>RELACIÓN DE GRÁFICAS, CUADROS, FIGURAS E ILUSTRACIONES.....</b>	<b>8</b>
<b>GLOSARIO.....</b>	<b>10</b>
<b>SIGLARIO.....</b>	<b>11</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>12</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>13</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO 1. FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>19</b>
1.1 Planteamiento del problema.....	19
1.1.1 Preguntas de investigación.....	20
1.2 Objetivos de investigación.....	21
1.3 Justificación.....	22
1.3.1 Trascendencia.....	22
1.3.2 Horizonte temporal y espacial.....	22
1.3.3 Viabilidad de la investigación.....	22
1.4 Tipo de investigación.....	23
1.5 Marco Teórico.....	23
1.6 Hipótesis.....	24
1.7 Identificación de Variables.....	24
1.8. Metodología e Instrumentos.....	24
1.9 Universo y muestra de estudio.....	26
1.10 Alcances y limitaciones de la investigación.....	26
<b>CAPÍTULO 2. LA CALIDAD COMO PROBLEMA DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD.....</b>	<b>28</b>
2.1 La salud, el sector salud y las políticas de salud en el mundo, 2010-2023.....	28
2.1.1 Políticas públicas de salud en el mundo.....	36
2.2 La salud, el sector salud y las políticas de salud en América Latina, 2010-2023....	39
2.2.1 Políticas públicas de salud en América Latina.....	44
2.3 La salud, el sector salud y las políticas de salud en México, 2010-2023.....	47
2.3.1 Políticas públicas de salud en México.....	53
2.4 La salud, el sector salud y las políticas de salud en Michoacán, 2010-2023.....	63
2.4.1 Políticas públicas de salud en Michoacán.....	66
2.5 La salud, el sector salud y las políticas de salud en Morelia, 2010-2023.....	70
<b>CAPÍTULO 3. POSTULADOS TEÓRICOS SOBRE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS, LA SALUD Y LA CALIDAD.....</b>	<b>74</b>
3.1 Aspectos teóricos de las políticas públicas.....	74
3.1.1 El concepto de las políticas públicas.....	75
3.1.2 Escuelas y autores que abordan el significado de políticas públicas.....	75
3.1.3 El ciclo de las políticas públicas.....	76

3.2 Elementos teóricos de salud.....	78
3.2.1 La concepción de salud.....	78
3.2.2 Escuelas y autores que abordan la noción de salud.....	79
3.2.3 Medición del concepto de salud.....	81
3.3 Fundamentos teóricos de la calidad.....	82
3.3.1 La visión de calidad.....	83
3.3.2 Escuelas y autores que abordan el significado de calidad.....	83
3.3.3 Evaluación del concepto de calidad.....	86
3.4. Elementos teóricos de la relación entre políticas públicas, salud y calidad.....	87
3.4.1 El concepto de políticas públicas, salud y calidad.....	87
3.4.2 Escuelas y autores que abordan el concepto de políticas públicas salud y calidad.....	89
3.4.3 Medición o evaluación de las políticas públicas en salud. Específicamente lo relacionado a la evaluación de calidad del sector salud.....	89
<b>CAPÍTULO 4. ANÁLISIS METODOLÓGICO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN EL SECTOR PÚBLICO DE SALUD.....</b>	<b>91</b>
4.1 Sustento teórico-metodológico de la investigación.....	91
4.1.1 Sustento teórico-metodológico de las unidades de análisis.....	94
4.1.2 Fundamento teórico-metodológico de las variables e indicadores.....	94
4.1.3 Ventaja y desventaja del instrumento.....	95
4.2 Implicaciones empíricas de la aplicación de la metodología de investigación.....	95
4.2.1 Operacionalización de variables.....	96
4.2.2 Universo y muestra de estudio.....	97
4.2.3 Definición y caracterización de las unidades de análisis.....	98
4.2.4 Caracterización de las variables y fuentes donde se obtendrán.....	98
4.2.5 Caracterización del instrumento a aplicar.....	99
4.2.6 Rasgos de la prueba piloto.....	101
4.2.6.1 Resultados de la prueba piloto.....	102
4.2.6.2 Resultados del Alfa de Cronbach.....	103
4.3 Descripción teórica – metodológica de las Ecuaciones Estructurales.....	103
4.3.1 Tipos de variables modelo PLS-SEM.....	104
4.4 Descripción teórico – metodológica de la matriz de Marco Lógico.....	106
<b>CAPÍTULO 5. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD EN MORELIA, MICHOACÁN.....</b>	<b>110</b>
5.1 Análisis de frecuencia.....	110
5.2 Análisis de correlación.....	121
5.3 Modelo PLS-SEM de la percepción de calidad.....	124
5.3.1 Resultados del modelo de medida reflectivo.....	125
5.3.2 Validez discriminante.....	129
5.3.3 Criterio de cargas cruzadas.....	130

5.3.4 Resultados del Modelo Estructural.....	132
5.3.5 Coeficientes path del Modelo Estructural.....	133
5.4 Discusión de resultados.....	134
<b>CAPÍTULO 6. PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA PARA AUMENTAR LA CALIDAD DEL SERVICIO DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD EN MORELIA.....</b>	<b>138</b>
6.1 Situación problemática.....	138
6.2 Análisis de involucrados.....	141
6.3 Acciones e identificación de alternativas.....	142
6.4 Matriz de marco lógico .....	142
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>144</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>147</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>148</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>160</b>

## RELACIÓN DE GRÁFICAS, CUADROS, FIGURAS E ILUSTRACIONES

<b>Gráfica 1</b>	Gasto en salud total gobierno/voluntario en dólares estadounidenses/per cápita 2015-2020.....	30
<b>Gráfica 2</b>	Gastos de bolsillo, dólares estadounidenses per cápita 2015-2020.....	31
<b>Gráfica 3</b>	Médicos totales por cada mil habitantes 2015-2020.....	32
<b>Gráfica 4</b>	Tasa de mortalidad infantil total, defunciones/1 000 nacidos vivos 2015-2020.....	34
<b>Gráfica 5</b>	Camas totales por cada mil habitantes 2015-2020.....	35
<b>Gráfica 6</b>	Esperanza de vida al nacer hombres / total / mujeres 2015-2020.....	36
<b>Gráfica 7</b>	Índice de desarrollo humano en la región de las Américas 2021.....	40
<b>Gráfica 8</b>	Tasa de mortalidad infantil por cada 1000 habitantes 2021.....	42
<b>Gráfica 9</b>	Número de camas por cada 1000 habitantes 2021.....	43
<b>Gráfica 10</b>	Gasto público en salud como porcentaje del producto interno bruto en la región de las Américas, 2019.....	44
<b>Gráfica 11</b>	Carencia por acceso a la seguridad social 2010-2020.....	50
<b>Gráfica 12</b>	Médicos en contacto directo con el paciente por cada 100,000 habitantes 2006-2018.....	51
<b>Gráfica 13</b>	Esperanza de vida al nacer por entidad federativa 2006-2020.....	53
<b>Gráfica 14</b>	Camas censables por cada 100,000 habitantes en Instituciones Públicas 2006-2020.....	54
<b>Gráfica 15</b>	Esperanza de vida al nacer, en Michoacán 2006-2020.....	64
<b>Gráfica 16</b>	Médicos en contacto directo con el paciente por cada 100,000 habitantes 2006-2018.....	65
<b>Gráfica 17</b>	Carencia por acceso a la seguridad social 2010-2020.....	66
<b>Gráfica 18</b>	Camas censables por cada 100,000 habitantes en instituciones públicas 2006-2020.....	69
<b>Gráfica 19</b>	Distribución de personas afiliadas a servicios de salud por sexo (2020)....	71
<b>Gráfica 20</b>	Promedio de camas por unidad año 2020.....	72
<b>Gráfica 21</b>	Análisis de frecuencia por edad.....	112
<b>Gráfica 22</b>	Análisis de frecuencia por ocupación.....	113
<b>Tabla 1</b>	Base de datos de la prueba piloto.....	103
<b>Tabla 2</b>	Análisis de involucrados.....	141
<b>Tabla 3</b>	Matriz de Marco Lógico .....	142
<b>Mapa 1</b>	Mapa de la ciudad de Morelia.....	101
<b>Cuadro 1</b>	Casos Mexicanos.....	93
<b>Cuadro 2</b>	Operacionalización de variables.....	158
<b>Cuadro 3</b>	Datos de muestra estratificada.....	99
<b>Cuadro 4</b>	Escala de equivalencia.....	101

<b>Cuadro 5</b>	Análisis de frecuencia por institución.....	111
<b>Cuadro 6</b>	Análisis estadístico de edad.....	112
<b>Cuadro 7</b>	Análisis de frecuencia por género.....	114
<b>Cuadro 8</b>	En su opinión considera que la calidad del servicio del hospital que visitó es buena .....	115
<b>Cuadro 9</b>	Como calificarías las instalaciones físicas del hospital.....	115
<b>Cuadro 10</b>	Considera que el equipamiento del hospital como camas, equipo de monitoreo, ultrasonidos, respiradores etc. es el adecuado.....	116
<b>Cuadro 11</b>	Considera que las instalaciones del área de espera son cómodas.....	117
<b>Cuadro 12</b>	Considera que es efectiva la comunicación del personal del hospital con el paciente o sus familiares.....	117
<b>Cuadro 13</b>	La coordinación que existe entre los departamentos del hospital le brinda a usted credibilidad.....	118
<b>Cuadro 14</b>	Considera que el personal ofrece un servicio rápido.....	118
<b>Cuadro 15</b>	En su opinión considera que el personal es suficiente para atender con calidad a los pacientes.....	119
<b>Cuadro 16</b>	Usted percibió que el personal de salud del hospital cumplió siempre con medida que garantizan la seguridad como paciente.....	119
<b>Cuadro 17</b>	En su opinión considera que el personal de salud fue empático con sus necesidades.....	120
<b>Cuadro 18</b>	Considera que el personal del hospital siempre está dispuesto a ayudar...	120
<b>Cuadro 19</b>	Correlación de Spearman.....	122
<b>Cuadro 20</b>	Correlación de Pearson.....	123
<b>Cuadro 21</b>	Cargas externas.....	126
<b>Cuadro 22</b>	Coefficientes Path.....	128
<b>Cuadro 23</b>	Fiabilidad de consistencia interna.....	129
<b>Cuadro 24</b>	Validez discriminante Criterio HTMT.....	130
<b>Cuadro 25</b>	Validez discriminante Criterio Fornell Larcker.....	130
<b>Cuadro 26</b>	Validez discriminante de Cargas Cruzadas.....	131
<b>Cuadro 27</b>	Resultados colinealidad (VIF).....	132
<b>Cuadro 28</b>	R- Cuadrada Coeficiente de determinación .....	133
<b>Cuadro 29</b>	Coefficientes Path modelo estructural.....	133
<b>Figura 1</b>	Modelo de medida .....	125
<b>Figura 2</b>	Modelo de medida final.....	128
<b>Figura 3</b>	Árbol de problemas.....	139
<b>Figura 4</b>	Árbol de objetivos.....	140

## GLOSARIO

**Salud.** La salud es más que una responsabilidad del ámbito personal, la salud es un derecho social y un hecho político que se soporta en la equidad, la justicia y la solidaridad (Cardona & Franco, 2005).

**Políticas públicas.** Las políticas se entienden como una declaración de intenciones, una declaración de metas y objetivos (Aguilar, 2017).

**Objetivos Desarrollo Sostenible.** También conocidos como objetivos mundiales, los cuales son un llamado universal a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)], 2023).

**Tangibilidad.** Apariencia de las instalaciones físicas, el equipo, el personal y los materiales escritos (Parasuraman et al., 1988).

**Confianza.** Capacidad para desempeñar el servicio que se promete, de manera segura y precisa (Parasuraman et al., 1988).

**Capacidad de Respuesta.** Disponibilidad para ayudar a los clientes y para promover el servicio con prontitud (Parasuraman et al., 1988).

**Empatía.** Brindar a los clientes una atención individualizada y cuidadosa (Parasuraman et al., 1988).

**Secretaria de Salud.** Dependencia del Poder Ejecutivo que se encarga primordialmente de la prevención de enfermedades y promoción de la salud de la población. Misión: Establecer las políticas de Estado para que la población ejerza su derecho a la protección a la salud (Secretaria de Salud (SS), 2021a).

**Seguridad.** Conocimiento y cortesía de los empleados y su habilidad para inspirar buena fe y confianza (Parasuraman et al., 1988).

**EBCO.** El Estudio Básico de Comunidad Objetivo (EBCO) constituye un diagnóstico situacional con perspectiva de salud pública, que incorpora tres dominios: contexto sociodemográfico, proceso de salud enfermedad (consumo de drogas y factores asociados) y respuesta social organizada. Sobre la base del análisis de estos tres dominios se integra un componente de planeación que da lugar a la elaboración de recomendaciones y líneas de acción que orientan a las actividades del CIJ Benito Juárez en el periodo 2018-2024 (EBCO, 2018).

## SIGLARIO

<b>EIS</b>	Evaluación de Impacto en Salud
<b>GBS</b>	Gasto de bolsillo en salud
<b>IMSS</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>INDICAS</b>	Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud
<b>INEGI</b>	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
<b>INSABI</b>	Instituto de salud para el bienestar
<b>ISSSTE</b>	Instituto de Seguridad Sociales de los Trabajadores del Estado
<b>OCDE</b>	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONU</b>	Organización de las Naciones Unidas
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>SMP</b>	Seguro médico privado
<b>PLADIEM</b>	Plan de Desarrollo Estatal del Estado de Michoacán
<b>IEPDS</b>	Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
<b>PNUD</b>	Programas de las Naciones Unidas
<b>SS</b>	Secretaría de Salud

## RESUMEN

La salud es una prioridad en todo el mundo, distintas organizaciones en conjunto con cada gobierno de cada país han enfocado sus esfuerzos por lograr reducir la tasa de mortalidad. La baja calidad que se ofrece en el servicio del sector salud contribuye al incremento de muertes por ausencia de confiabilidad, poca capacidad de respuesta, incumplimiento de medidas que aseguren la higiene, falta de empatía o baja sensibilización lo que se traduce en malos tratos y poca disposición para ayudar, además la falta de tangibles como lo es, el equipamiento en los hospitales y la funcionalidad que estos tienen. La presente investigación tiene como objetivo determinar de qué manera los factores incidieron en la percepción de calidad del servicio público de salud en Morelia, Michoacán. Se realizó una investigación no experimental, de corte transversal. De acuerdo con la literatura, se diseñó el instrumento que es un cuestionario, con una escala Likert, donde se evaluó la percepción que se tiene de la calidad del servicio en sus cinco dimensiones, siendo estas; tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía. Una vez que se procesaron las respuestas se procedió a realizar un modelo de ecuaciones estructurales con mínimos cuadrados parciales, un análisis de frecuencia y un análisis de correlación, donde se determinó en qué medida estos factores incidieron en la calidad percibida en la ciudad de Morelia. Los resultados confirmaron que la confiabilidad y la tangibilidad, son las variables que tuvieron mayor impacto, en este sentido se realizó la metodología de marco lógico para exponer una propuesta de política pública que atienda el problema que existe de calidad en los hospitales públicos de Morelia y reducir los porcentajes de muertes por factores internos.

**Palabras Clave:** Salud, Calidad, Servicio, Mejora, Políticas Públicas.

## ABSTRACT

Health is a priority throughout the world, different organizations together with each government of each country have focused their efforts on reducing the mortality rate. The low quality offered in the health sector service contributes to the increase in deaths due to lack of reliability, poor response capacity, non-compliance with measures that ensure hygiene, lack of empathy or low awareness, which translates into mistreatment and poor treatment. willingness to help, in addition to the lack of tangible things such as equipment in hospitals and the functionality they have. The objective of this research is to determine how the factors influenced the perception of quality of the public health service in Morelia, Michoacán. A non-experimental, cross-sectional investigation was carried out. According to the literature, the instrument was designed, which is a questionnaire, with a Likert scale, where the perception of the quality of the service was evaluated in its five dimensions, these being; tangibility, reliability, responsiveness, security, and empathy. Once the responses were processed, a structural equation model was carried out with minimal partial tables, a frequency analysis, and a correlation analysis, where it was determined to what extent these factors influenced the perception of quality in the city of Morelia. The results confirmed that reliability and tangibility are the variables that had the greatest impact. In this sense, the logical framework methodology was carried out to present a public policy proposal that addresses the problem that exists of quality in the public hospitals of Morelia and reduce the percentages of deaths due to internal factors.

**Key words:** Health, Quality, Service, Improvement, Public Politics

## INTRODUCCIÓN

La calidad es el resultado de un esfuerzo conjunto y eficaz en el que se encuentran involucrados todos los integrantes de una organización para satisfacer las demandas del cliente o paciente y de la misma organización. La falta de calidad en los servicios de salud se puede apreciar de diversas maneras: servicios inefectivos e ineficientes, acceso limitado a los servicios, incremento de costos, quejas, insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de la salud, deterioro de la confianza de los servicios y lo peor, pérdidas humanas (SS,2012d).

En todo el mundo la salud ha permanecido como uno de los temas de la más alta prioridad para los gobiernos, buscando dar pasos certeros hacia la universalización de la cobertura de los sistemas de salud, que además aseguren servicios médicos de calidad, que estén al alcance de todo ser humano, de forma que su condición económica deje de ser una limitante, como sucede hoy día. En ello, los gobiernos nacionales han buscado fortalecer su actuación a través de estrategias de coordinación y cooperación con organizaciones como el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, para delinear programas conjuntos que puedan mejorar de manera sustancial estos servicios, pero al mismo tiempo resulta indispensable trabajar en la disminución de las brechas de desigualdad y el combate a la pobreza extrema en la que se encuentran millones de personas, que difícilmente pueden costear el gasto que demanda atender los problemas de salud que además resultan frecuentes.

Es innegable que la calidad reviste de un valor crucial, pues según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), la cifra de muertes atribuidas a la mala calidad de los servicios de salud es de entre 5.7 y 8.4 millones cada año para los países de bajos y medianos ingresos, lo que además representa hasta el 15% del total de muertes. Lo anterior implica que una gran cantidad de muertes podría prevenirse garantizando servicios médicos de calidad. Para llegar a ello, el sistema de salud enfrenta distintos retos, siendo primordial mejorar la eficiencia y la equidad en materia de salud, principalmente para proteger a la población que no tiene seguridad social, buscando, como un primer paso, el rediseño institucional. Un paso beneficioso es que se está empleando un nuevo sistema de evaluación del desempeño de salud pública, lo que permitirá ver el impacto real de cada programa para con ello tomar mejores decisiones. En ese sentido, la política actual de salud busca respetar los derechos, la igualdad de género y la no discriminación, centrándose en las personas (OMS, 2023).

Con la estrategia nacional, México en el año 2021, pretende reducir las brechas de desigualdad y de acceso a la atención médica, por lo tanto, se desarrollaron dos modelos

de atención, el primer modelo de atención a la salud para el bienestar, en la atención médica basado en atención primaria, es decir, promoción de la salud, prevención y detección oportuna de enfermedades su propósito es proteger el bienestar social sobre todo de los más vulnerables. El siguiente modelo de atención a la salud para el bienestar en la atención colectiva se inclina al fortalecimiento de la rectoría y gobernanza de todo el sector de la salud, impulsados por la secretaría de salud y las políticas públicas para poder ofrecer una atención digna y de calidad Organización Panamericana de Salud (OPS, 2021b). Derivado de la problemática en atención del sistema de salud se planteó la siguiente pregunta ¿De qué manera la tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y la empatía incidieron en la percepción de calidad del servicio público de salud en Morelia, Michoacán? Con el siguiente objetivo, determinar de qué manera la tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y la empatía incidió en la percepción de calidad del sector salud en Morelia, Michoacán.

Para fundamentar la investigación existen autores que hablan acerca del servicio de calidad en el sector salud y que sustentan esta investigación. El principal autor y considerado como el padre de la calidad para el sector salud es el autor Avedis Donabedian (1966). Siendo el autor que creó la primera herramienta en 1980 para la medición de la calidad en el servicio de salud. Explica que existen una multitud de dimensiones y criterios que pueden definir la calidad, donde los estándares empíricos se basan en niveles de atención demostrablemente alcanzables y, por esa razón, gozan de cierto grado de credibilidad y capacidad de aceptación (Donabedian, 1996). Introdujo conceptos como estructura, proceso y resultado. Se entiende por estructura los medios materiales y sociales empleados para proporcionar la atención, entre ellos el número, la combinación y las aptitudes del personal, así como su forma de organización y control; el espacio, el equipo y otros medios físicos. Al evaluar la estructura se juzga si la atención se proporciona en condiciones que permiten u obstaculizan la prestación adecuada de los servicios (García-Fabila, 2018). Siendo los resultados los cambios en el estado de salud en el paciente.

Los modelos de calidad surgieron en la década de 1970, la calidad-servicio puede considerarse como la relación entre el nivel de servicio, eficacia y expectativas del usuario. Por lo tanto, promover la calidad del servicio significa satisfacer las necesidades y expectativas de un usuario de manera eficaz (Morais et al., 2013). Con la herramienta de medición del servicio de calidad en el sector salud se pueden analizar los resultados estadísticos que van a determinar las relaciones entre las variables o dimensiones. Las dimensiones que se evalúan según Zeithmal et al. (1990) son; Tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía.

Existen variadas contribuciones al modelo principal plateado por Donabedian el cual tuvo numerosas investigaciones que se han realizado a lo largo de los años, autores como Cronin y Taylor (1992) y Parasuraman et al. (1985), estos autores, basados en la

investigación cualitativa, formularon una medida para la calidad de los servicios, derivada de datos sobre un número de servicios otorgados. Entender la calidad del servicio es involucrarse a reconocer las características del servicio que son intangibilidad, heterogeneidad e inseparabilidad (Parasuraman et al., 1985). De esa manera, la calidad del servicio se puede medir fácilmente (Ibarra-Morales et al., 2014). Hoy en día aspectos como los emocionales se han ido incorporando al análisis de la calidad y se han agregado variables como expectativas y percepciones donde algunos autores como Albacete et al. (2007) y Grönroos (1984) mencionan que el cliente es la figura central, el juez y eje de la calidad. Por ello, la calidad en los servicios puede ser medida como la diferencia entre el valor esperado y el valor percibido por el cliente (Kotler et al., 1998).

La falta de capacidad de respuesta, seguridad, tangibilidad, empatía y confiabilidad incidieron en la percepción de calidad del servicio público de salud en Morelia, Michoacán. Para poder comprobar dicha hipótesis se realizó una revisión de literatura que permitió observar, analizar, compilar y sintetizar fundamentos teóricos de metodologías utilizadas por diversas investigaciones, en las cuales nos pudimos dar cuenta que la más utilizada y repetida es la propuesta por Parasuraman et al. (1985) donde elaboraron un modelo teórico de calidad de servicio.

Donabedian (1996), Parasuraman (1985), Zeithmal (1985) y Berry (1985) los máximos representantes de la medición en el servicio del sector salud denominan 5 variables, de las cuales en la encuesta se denominaron de la siguiente forma: Tangibilidad; los indicadores que se consideraron son estructura y equipamiento. Confiabilidad; con los siguientes indicadores se cumple lo prometido, sincero interés por resolver los problemas. Capacidad de respuesta; teniendo como indicadores, tiempo de espera, rapidez de respuesta y disponibilidad. Seguridad; la cual se evalúa la amabilidad del personal, conocimiento del personal y seguridad del paciente. Empatía; que cuenta con los siguientes indicadores, comprensión de las necesidades del paciente, atención individualizada, horarios de atención pertinentes y como fue el primer contacto.

Fue un estudio transversal analítico que se realizó en el 2023, aplicando 384 encuestas en la ciudad de Morelia, dividiendo este espacio territorial en sus dos distritos 08 y 10. Los agentes que se tomaron en cuenta para la muestra son personas con edad mayor o igual a 18 años que sean derechohabientes y que hayan acudido a atenderse o hayan acompañado a otra persona a atenderse en los servicios públicos de salud.

Para el análisis de resultados de las encuestas se optó por utilizar el modelo de ecuaciones estructurales con mínimos cuadrados parciales (PLS-SEM). EL modelo PLS-SEM busca incrementar la capacidad explicativa de la comprobación empírica de la teoría, o bien, de incrementar el conocimiento teórico en los casos en que este sea escaso (Martínez & Fierro, 2018). Los modelos de ecuaciones estructurales son una técnica de análisis de datos

multivariante de segunda generación que dan mayor nivel de confianza a la investigación por su eficiencia estadística (Martínez y Fierro, 2018). Este estudio pretende explorar que dimensión tiene más impacto sobre la calidad del servicio por lo que una técnica de segunda generación como es el PLS-SEM es la más adecuada para poder lograrlo. Con los resultados obtenidos se utilizó la metodología de marco lógico para poder realizar la propuesta de política pública que ayude a aumentar la calidad del servicio del sector público de salud.

La investigación se encuentra estructurada en seis capítulos. En el primer capítulo se tiene como objetivo explicar el problema por el que atraviesa el sector público de salud en cuestión de la calidad que se ofrece. Este capítulo se encuentra estructurado por el planteamiento del problema, las preguntas de investigación, objetivos, justificación, trascendencia, horizonte temporal y espacial, la viabilidad de la investigación, tipo de investigación, resumen del marco teórico, hipótesis planteadas, identificación de variables, además por la metodología e instrumentos que se utilizaron, universo y muestra de estudio, por último los alcances y limitaciones de la investigación. A fin de que en el siguiente capítulo se pueda abordar desde los distintos niveles escalares y profundizar en la situación.

En el segundo capítulo se contextualiza los principales problemas en tema de salud que se atraviesan a nivel mundial, América Latina y el Caribe, México, Michoacán y Morelia, donde se muestran estadísticas de las tasas de mortalidad, número de médicos, índices de desarrollo en cada zona, incluyendo las políticas aplicadas que permiten manejar la problemática de salud.

El tercer capítulo tiene por objetivo abordar las teorías que se tienen en salud, políticas públicas y calidad derivado del diagnóstico del sector salud del capítulo anterior. De esta forma en el primer apartado se aborda el concepto de políticas públicas y su ciclo. En el segundo apartado se estudia el concepto de salud, las teorías que nacen de autores antiguos hasta llegar a los más actuales y su medición. En el tercer apartado se analiza la definición de calidad, en sus distintos aspectos como el administrativo, en lo industrial y en el servicio. Por último, se expone la relación que existe entre políticas públicas, salud y calidad.

En el cuarto capítulo se expone el fundamento teórico metodológico de la calidad en el servicio y del análisis de las ecuaciones estructurales. En el primer subapartado se estudia el sustento teórico metodológico de la investigación que incluye una tabla de casos mexicanos que fortalecen la utilización de la metodología, se estudia también el sustento de las unidades de análisis, variables e indicadores. Se aborda las ventajas y desventajas del instrumento, así como sus características, el universo y muestra de estudio con sus respectivos cálculos, finalmente se muestran los resultados de la prueba piloto y el Alfa de

Cronbach. Además, se explica la metodología de las ecuaciones estructurales y la metodología del marco lógico.

El capítulo quinto presenta los resultados de la percepción de calidad del servicio del sector salud en Morelia, para determinar cuál fue la variable de mayor impacto y en qué medida la tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta y la empatía afectó dicha percepción de la sociedad. De esta forma el presente capítulo está organizado por un análisis de frecuencia y de correlación, seguido de los resultados de las ecuaciones estructurales derivadas del programa SmartPLS 4, por último, se realizó una discusión de resultados donde se analiza la situación que se presenta en la ciudad de Morelia.

El sexto capítulo se presenta propuestas de política pública para aumentar la calidad en los servicios de salud pública en Morelia, en la cual se deriva del análisis de los resultados expuestos en el capítulo anterior. Este capítulo se estructura en primer lugar por el planteamiento de la situación problemática, en el segundo subapartado se presenta el árbol de problemas y la solución a estos problemas con el árbol de objetivos, se incluyó el análisis de involucrados. Con ello se expusieron las alternativas de solución y se continuó con la matriz de marco lógico donde se presentan propuestas para la mejora de calidad del servicio público de salud. Se finalizó con las conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación.

# CAPÍTULO 1. FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente capítulo tiene como objetivo describir el problema por el que atraviesa el sector público de salud principalmente en la cuestión de calidad. Este capítulo se encuentra estructurado por el planteamiento del problema, las preguntas de investigación, objetivos, justificación, trascendencia, horizonte temporal y espacial, la viabilidad de la investigación, tipo de investigación, resumen del marco teórico, hipótesis planteadas, identificación de variables, además por la metodología e instrumentos que se utilizaron, universo y muestra de estudio, por último, los alcances y limitaciones de la investigación. A fin de que en el siguiente capítulo se pueda abordar desde los distintos niveles escalares y profundizar en la situación.

## 1.1 Planteamiento del problema

A nivel mundial la salud es una prioridad, es por ello que se requiere el desarrollo de estrategias para la mejora del servicio de salud de los ciudadanos. En ese sentido el Banco Mundial con su estrategia global de salud apoya los esfuerzos de los países para que se pueda lograr una cobertura sanitaria universal (CSU) además de proveer servicios médicos de calidad que sean accesibles para todos. Lo que amerita un mayor gasto del gobierno en el sector salud (Banco Mundial, 2023). Por otro lado, se busca fortalecer la atención primaria independientemente de los rasgos económicos de la población y la desigualdad que se asocia con la pobreza extrema. Es necesario que se tenga personal bien capacitado, que cuente con las habilidades y conocimientos necesarios para que se pueda atacar de manera eficiente las causas más importantes de mortalidad y morbilidad (OPS, 2021b).

Con relación a lo anterior para la OMS (2024) la calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la esperanza de vida y la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados. La zona de las Américas señala que para esta región la cobertura sanitaria universal es importante, pero que también existen otras barreras a las cuales se les debe hacer frente como son las económicas, geográficas y socioculturales. Por otro lado, Guerrero (2020) señala que la fuerza de trabajo se encuentra atravesando una crisis mundial, que se caracteriza por un marcado déficit de profesionales de la salud y una distribución desigual, principalmente en los países en vías de desarrollo, lo que resulta uno de los obstáculos más grandes para lograr un mejor rendimiento y un mayor acceso a los servicios de salud en dicha región.

En México se tiene un programa estratégico en salud para el bienestar, el cual en coordinación con las dependencias de este sector buscarán alcanzar dichos objetivos, teniendo siempre el enfoque de derechos humanos, apoyado de programas y políticas públicas que den el seguimiento a lograr una vida digna a cada individuo y reducir las

brechas de desigualdad (OPS, 2021a). En la actualidad, el tema de la salud se ha convertido en uno de los ejes más importantes dentro de las políticas públicas de los países desarrollados y en vías de desarrollo. En México, la agenda de salud pública es muy compleja y representa un gran reto para el gobierno federal, por un lado, se enfrentan a enfermedades propias del subdesarrollo como la desnutrición y las infecciones gastrointestinales, y por el otro, se cuenta con padecimientos típicos de los países desarrollados como la hipertensión, cáncer y obesidad (Barroso, 2012).

La cruzada fue la política con visión a tener un mejor sistema de salud, el objetivo de esta política es elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país, que sean claramente percibidos por la población (SS, 2012b). A nivel estatal en Michoacán existe el plan estatal de desarrollo Integral del Estado de Michoacán, es un documento del gobierno del estado, donde se encuentran escritas las estrategias que serán sumadas al actual gobierno, plan que se formó principalmente para identificar problemáticas y demandas que tiene la sociedad michoacana, atacando los problemas de diversos sectores entre ellos, el sector sanitario. Se pretende mejorar las condiciones y por ende la calidad que se otorga en el servicio del sector salud.

En Michoacán, el 64% de los habitantes carecen de seguridad social (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), 2020), a lo que se añade un sistema de salud público que en los últimos años ha sido ineficiente e insuficiente para satisfacer las demandas de la población. Miles de michoacanos carecen de acceso real a los servicios de salud y no pueden recibir los tratamientos o terapias que requieren, ya que no están afiliados a ninguna de las instituciones de seguridad social o enfrentan padecimientos para los cuales no hay cobertura. Por eso, la meta que se planteó es promover y garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito a los servicios de salud, con calidad, calidez, humanismo, empatía, pertinencia cultural, trato no discriminatorio y con perspectiva de género (PLADIEM, 2021). Por ello es fundamental incrementar la calidad que se ofrece en el sector salud.

### ***1.1.1 Preguntas de investigación***

- **Pregunta general**
  1. ¿De qué manera los factores como la tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía incidieron en la percepción de calidad del servicio público de salud en Morelia, Michoacán?

- Preguntas específicas
  1. ¿En qué medida la falta de capacidad de respuesta afectó la percepción de calidad del sector público de salud en Morelia, Michoacán?
  2. ¿De qué modo la falta de seguridad repercutió en la percepción de calidad del sector público de salud en Morelia, Michoacán?
  3. ¿Hasta qué punto la escasez tangible afectó la percepción de calidad del sector público de salud en Morelia, Michoacán?
  4. ¿De qué manera la ausencia de empatía dañó la percepción de calidad del sector público de salud en Morelia, Michoacán?
  5. ¿Hasta qué punto la incapacidad para generar confiabilidad influyó en la percepción de calidad del sector público de salud en Morelia, Michoacán?
  6. ¿De qué forma la consideración de los factores contribuye a una mejor política de calidad en el sector público de salud en Morelia, Michoacán?

## **1.2. Objetivos de investigación**

- Objetivo general
  1. Determinar de qué manera los factores como la tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía incidieron en la percepción de calidad del servicio público de salud en Morelia, Michoacán.
- Objetivos específicos
  1. Establecer en qué medida la falta de capacidad de respuesta afectó la percepción de calidad del sector público de salud en Morelia, Michoacán.
  2. Explorar en qué modo la falta de seguridad repercutió en la percepción de calidad del sector público de salud en Morelia, Michoacán.
  3. Investigar hasta qué punto la escasez tangible afectó la percepción de calidad del sector público de salud en Morelia, Michoacán.
  4. Analizar de qué manera la ausencia de empatía dañó la percepción de calidad del sector público de salud en Morelia, Michoacán.
  5. Identificar hasta qué punto la incapacidad para generar confiabilidad influyó en la percepción de calidad del sector público de salud en Morelia, Michoacán.
  6. Explicar de qué forma la consideración de los factores contribuye a una mejor política de calidad en el sector público de salud en Morelia, Michoacán

### **1.3. Justificación**

#### **1.3.1. Trascendencia**

La investigación parte del análisis escalar, los cuales incluyen un nivel mundial, América Latina y el Caribe, México, Michoacán y Morelia. El análisis de los factores de la calidad es clave para lograr la satisfacción de cualquier servicio que se brinde, en este caso es el bienestar de la sociedad, la salud es un pilar fundamental para tener una vida digna. Se pretende que el estudio de la percepción de calidad del sistema de salud y sus deficiencias tendrá un aporte importante para determinar cuáles son las variables que están afectando al servicio público que se ofrece en los hospitales, además de que muestre los puntos de partida para comenzar a trabajar, desde donde se puede actuar y como se puede modificar estos bloqueos, que por mucho tiempo han caracterizado a la burocracia del sistema.

#### **1.3.2. Horizonte temporal y espacial**

La línea de investigación se realizó en el año 2023. La cual permitió conocer la opinión de los agentes únicamente de este año, sobre la calidad del servicio del sector salud, en la ciudad de Morelia.

#### **1.3.3. Viabilidad de la investigación**

A lo largo de los años la salud se ha vuelto un sector con mayor interés para los investigadores y muy desafiante, algunos de los autores que sustentan la viabilidad de los estudios de la calidad en el sector salud son los siguientes. Avedis Donabedian en 1966, fue el primer autor en diseñar un cuestionario que pudiera medir la calidad del servicio del sector salud, posteriormente autores como Parasuraman, Zeithaml, Gronroos en el año 1985. También el autor Deming en 1989 aportó con sus 14 puntos que pretenden desarrollar productividad y competitividad basada en la alta dirección, Joseph con su teoría de la planificación y su enfoque administrativo pretende planear, controlar y mejorar la calidad diseñando un mapa de la planeación de la calidad entre otros autores los cuales se van a mencionar a lo largo de la investigación coinciden en que la calidad es sustancial para el crecimiento tanto económico como social.

A pesar de que son pocos los estudios que se centran en la problemática de calidad del servicio del sector salud a nivel municipal, se tendría gran aporte para conocer la percepción de calidad que actualmente tiene la ciudadanía del sistema de salud y cómo se podría mejorar.

#### **1.4. Tipo de investigación**

La investigación de esta tesis se enfoca en el alcance correlacional, ya que se pretende determinar si existe una relación positiva, negativa o nula entre la variable dependiente que es la calidad del sector salud del entorno público y las variables independientes que son tangibilidad, confiabilidad, empatía, seguridad y capacidad de respuesta. Se utilizaron herramientas estadísticas que permiten llegar al segundo alcance que es el explicativo, donde se investiga un fenómeno que ha sido poco explicado y estudiado en la zona de Morelia. En este sentido se pudo obtener información relevante para futuros estudios.

#### **1.5. Marco Teórico**

Existen autores que hablan acerca del servicio de calidad en el sector salud y que sustentan esta investigación. El principal autor y considerado como el padre de la calidad para el sector salud es Avedis Donabedian (1966), introdujo conceptos como estructura, proceso y resultado. Se entiende por estructura los medios materiales y sociales empleados para proporcionar la atención, entre ellos el número, la combinación y las aptitudes del personal, así como su forma de organización y control; el espacio, el equipo y otros medios físicos. Al evaluar la estructura se juzga si la atención se proporciona en condiciones que permiten u obstaculizan la prestación adecuada de los servicios (García-Fabila, 2018). Siendo los resultados los cambios en el estado de salud en el paciente.

Los modelos de calidad surgieron en la década de 1970, la calidad-servicio puede considerarse como la relación entre el nivel de servicio, eficacia y expectativas del usuario. Por lo tanto, promover la calidad del servicio significa satisfacer las necesidades y expectativas de un usuario de manera eficaz (Morais et al., 2013). Al llevar a cabo la herramienta de medición del servicio de calidad en el sector salud se pueden analizar los resultados estadísticos que van a determinar las relaciones entre las variables o dimensiones. Las dimensiones que se evalúan según Zeithmal et al. (1990) son; Tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía.

En términos de la configuración de las políticas públicas, Gómez et al. (2008) sostienen que la investigación va de la mano de la gestión de políticas, de forma que estas se enfoquen en la resolución de problemáticas concretas, al tiempo que los resultados de la investigación funcionen como orientadoras de la toma de decisiones en beneficio del bienestar social. No obstante, al momento, también puntualizan que no existe un cuerpo teórico que explique con claridad las relaciones complejas entre ambos campos, sin que ello suponga que toda política en materia de salud requiere de un proceso de investigación, cuando existan elementos suficientes para guiar y justificar la decisión. En el mismo sentido, tanto en el proceso de investigación como en los procesos decisorios existen valores que inciden en sus respectivos resultados y en la forma en la que ambos elementos interactúan.

## 1.6. Hipótesis

- Hipótesis general
  1. La falta de capacidad de respuesta, seguridad, tangibilidad, empatía y confiabilidad incidieron en la percepción de calidad del servicio público de salud en Morelia, Michoacán.
  
- Hipótesis específicas
  1. La falta de capacidad de respuesta afectó negativamente la percepción de calidad del sector público de salud en Morelia, Michoacán.
  2. La deficiencia en seguridad impactó negativamente la percepción de calidad del sector público de salud en Morelia, Michoacán.
  3. La escasez tangible perjudicó la percepción calidad del sector público de salud en Morelia, Michoacán.
  4. Debido a la ausencia de empatía, la percepción de calidad del sector público de salud en Morelia, Michoacán se vio afectada.
  5. Los centros de salud pública que generan mayor confianza mejoran sus niveles de percepción de calidad del sector público de salud en Morelia, Michoacán.
  6. La consideración y mejora de los factores de tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía contribuirán directamente a la formulación de políticas públicas destinadas a mejorar la calidad del servicio en el sector de salud pública en Morelia, Michoacán.

## 1.7 Identificación de Variables

Percepción de calidad en el sector público de salud = f (Tangibilidad, Confiabilidad, Capacidad de respuesta, Seguridad y Empatía)

## 1.8. Metodología e Instrumentos

Se realizó una revisión de literatura que permite observar, analizar, compilar y sintetizar fundamentos teóricos de metodologías utilizadas por diversas investigaciones, en las

cuales, la más utilizada y repetida es la propuesta por Parasuraman et al. (1985) donde elaboraron un modelo teórico de calidad de servicio. Este modelo contiene diez dimensiones y también se conoce como el modelo de gaps o modelo de brechas, ya que el modelo describe la calidad como la diferencia entre la expectativa y la percepción real del servicio dado. Posteriormente, estas diez dimensiones fueron reducidas a cinco. Las dimensiones simplificadas del modelo de Parasuraman et al. (1985) que respaldan la calidad de los servicios, los factores descritos se sintetizaron en factores que se agruparon en cinco dimensiones claramente diferenciadas que contienen ítems convergentes (Parasuraman et al., 1988). Estas dimensiones se fundamentan en un método denominado Modelo SERVQUAL cuyos descriptores son los siguientes:

- Confianza: Capacidad de ofrecer un servicio que se promete, de forma segura y precisa.
- Responsabilidad: Disponibilidad para brindar apoyo a los clientes y para impulsar el servicio con rapidez.
- Seguridad: Conocimiento y cortesía de los empleados y su capacidad para inspirar buena fe y confianza.
- Empatía: Proporcionar a los clientes una atención individual y cuidadosa.
- Tangibles: Apariencia de las instalaciones físicas, el equipo, el personal y los materiales escritos.

A partir de este modelo teórico surgen una variedad de adaptaciones propuestas por autores en diferentes contextos (Valencia et al., 2018; Teshnizi et al., 2018; Numpaque y Rocha, 2016 como se citó en Bustamante et al., 2018). Las adaptaciones al modelo SERVQUAL para medir la satisfacción de usuario, en el caso particular de los servicios de salud, tienen más de 20 años de registro, que, desde una perspectiva más bien empírica, se puede observar que en los últimos cinco años, diversos trabajos y en diferentes países, se busca confirmar si este modelo es una medida de calidad válida en el contexto de sus instituciones de salud.

El instrumento que se utilizó es un cuestionario que contiene las cinco dimensiones donde se tendrá distintos ítems que permitan medir las dimensiones con una escala Likert para posteriormente hacer la recolección de datos y su análisis. Se persigue las perspectivas y percepciones de calidad en el sector sanitario, con el fin de evaluar y presentar los resultados, para determinar de qué manera los factores como la tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía inciden en la percepción de calidad del servicio del sector público de salud en Morelia.

Para hacer la modelización de los resultados se tomó la decisión de utilizar el modelo de ecuaciones estructurales con mínimos cuadrados parciales (PLS-SEM), con el software SmartPLS 4. Se utilizó un modelo de ecuaciones estructurales ya que permiten abordar

preguntas complejas y tomar en cuenta múltiples variables, con esto se realizó el estudio con las cinco dimensiones que se contemplan en la evaluación de la percepción de calidad. SEM es un método estadístico multivariado que permite modelar relaciones de correlación y causalidad entre constructos latentes. Es por ello que, para trabajar con este tipo de constructos (factores latentes), es necesario conocer o al menos vislumbrar de antemano las relaciones entre estos y entre los constructos y sus indicadores (Vargas y Mora, 2017). Es un modelo muy completo que permite analizar de manera interna y externa todas las variables que decida el investigador.

La modelización de ecuaciones estructurales (PLS-SEM), es una técnica de análisis estadístico multivariante utilizada para contrastar modelos que proponen relaciones causales entre las variables (Ruiz et al., 2010). Al finalizar las pruebas y obtener los resultados se podrá realizar un análisis a través de la metodología de marco lógico, el marco lógico nos permitirá analizar desde una perspectiva política y social los resultados a continuación se menciona una pequeña definición.

La Metodología de Marco Lógico es una herramienta para facilitar el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyectos. Su énfasis está centrado en la orientación por objetivos, la orientación hacia grupos beneficiarios y el facilitar la participación y la comunicación entre las partes interesadas (Ortegón et al., 2005). La Metodología contempla análisis del problema, análisis de los involucrados, jerarquía de objetivos y selección de una estrategia de implementación óptima (Ortegón et al., 2005). En ciencias sociales ha sido más común el empleo de métodos estadísticos para describir datos y realizar inferencias a partir de un conjunto incompleto de ellos (muestra), por lo tanto, no determinístico, sino basado en la teoría de las probabilidades y el riesgo. Sin embargo, la estadística también tiene sus limitaciones: sólo permite asociar variables (Cardozo, 2013).

### **1.9. Universo y muestra de estudios**

La investigación se llevó a cabo en Morelia Michoacán, donde se segmentó la ciudad en 2 cuadrantes que son los distritos 8 y 10 donde se realizarán cuestionarios a los ciudadanos que utilizan o utilizaron el servicio público de salud, para poder saber cuál es la percepción de la calidad de este servicio. Se contemplaron únicamente los dos distritos ya que la muestra que se utilizó fue estratificada y en las plataformas disponibles fue la más adecuada.

### **1.10. Alcances y limitaciones de la investigación**

El alcance de la investigación consiste en analizar, desde una perspectiva descriptiva y exploratoria, todas las variables como tangibilidad, confiabilidad, seguridad, capacidad de

respuesta y empatía para observar cómo han influido sobre la percepción de calidad del servicio del sector salud en Morelia, Michoacán.

Sobre las limitaciones que podría tener dicha investigación es la poca información delimitada a la zona.

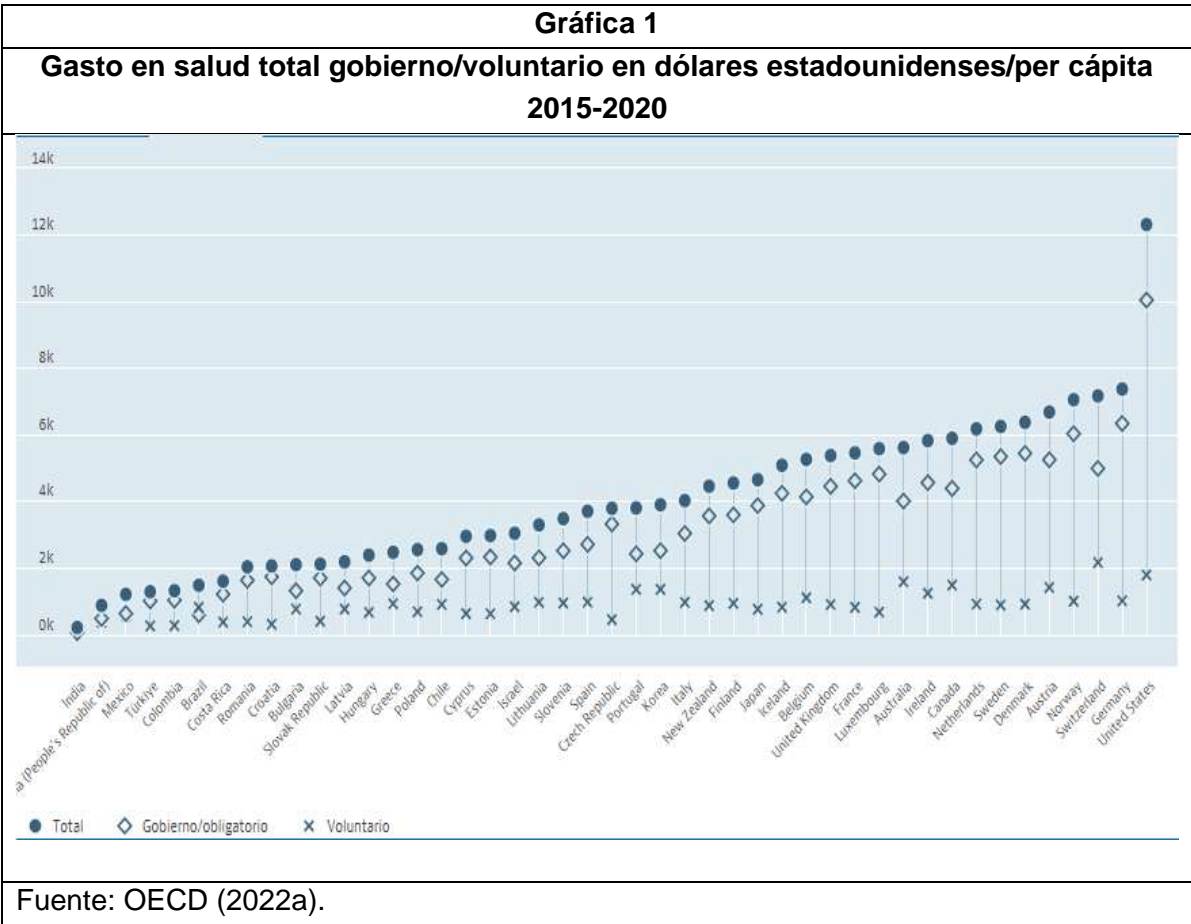
## **CAPÍTULO 2. LA CALIDAD COMO PROBLEMA DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD**

El capítulo planteado a continuación tiene por objetivo plantear el diagnóstico del sistema público de salud. De esta forma, el capítulo está conformado por cinco subapartados los cuales contienen la situación de salud y políticas públicas a nivel mundial, América Latina y el Caribe, México, Michoacán y Morelia, donde se muestran estadísticas de las tasas de mortalidad, del número de médicos, índices de desarrollo en cada zona, incluyendo las políticas aplicadas que permiten manejar la problemática de salud. A fin de poder continuar con el capítulo de los postulados teóricos que sustentan la importancia de la calidad en el servicio de salud

### **2.1. La salud, el sector salud y las políticas de salud en el mundo, 2010-2020**

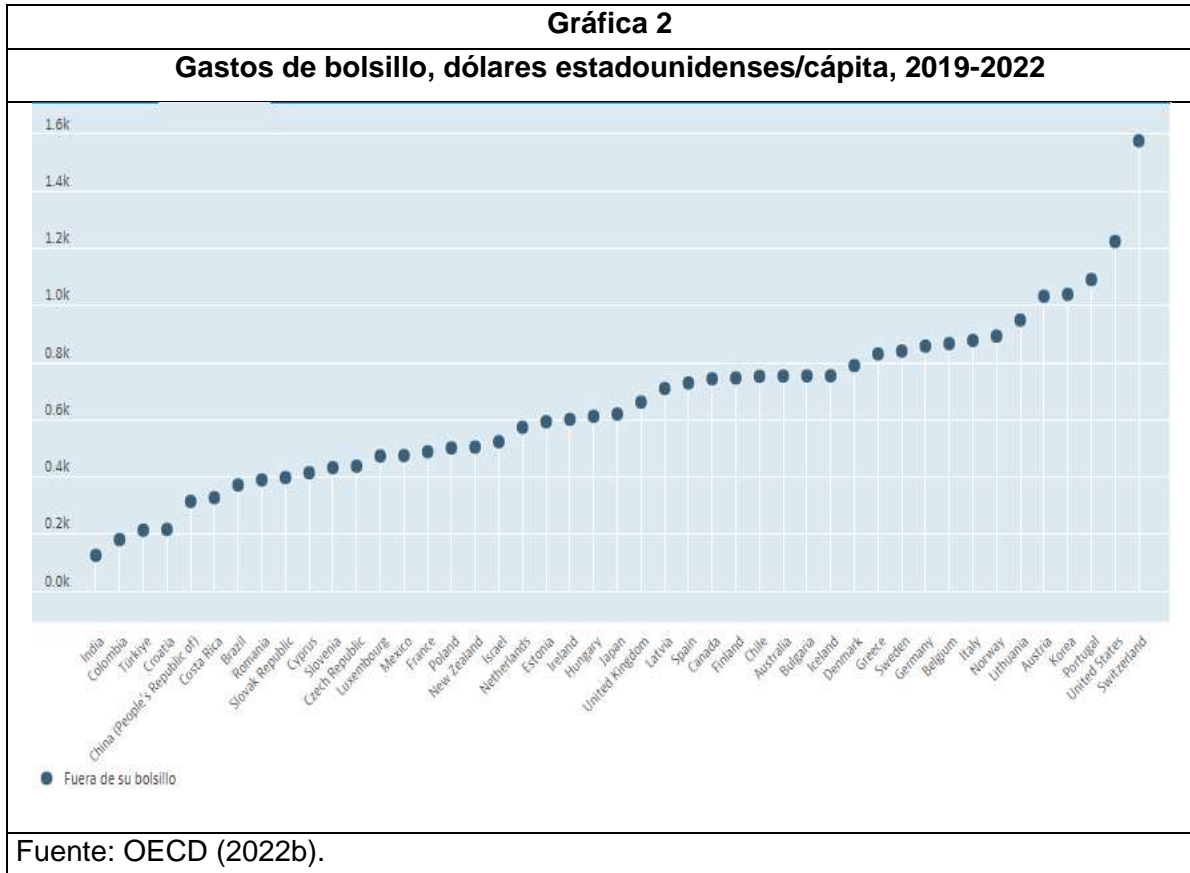
La salud es uno de los pilares más importantes para el desarrollo de todo país, como se observó en la pandemia del COVID-19 y las grandes dificultades que se tuvieron para hacerle frente a la pandemia donde las tasas de mortalidad se dispararon. Este hecho trágico en la historia del mundo dicta que es de vital importancia tener un sistema de salud más robusto, dotado y capacitado, que pueda mantener los servicios de salud esenciales tanto en momentos de crisis como en la cotidianidad. Según la información de OPS (2022a) la mayor parte del exceso de muertes (84%) se concentran en el sudeste asiático, Europa y las Américas. Alrededor del 68% del exceso de muertes se concentran en solo diez países a nivel mundial. Los países de renta media representan el 81% de los 14.9 millones de muertes en exceso durante el periodo de 24 meses, mientras que los países de renta alta y baja representan cada uno el 15% y 4%, respectivamente.

El Banco Mundial con su estrategia global de salud apoya los esfuerzos de los países para que se pueda lograr una cobertura sanitaria universal (CSU) además de proveer servicios médicos de calidad que sean accesibles para todos. Lo que amerita un mayor gasto del gobierno en el sector salud (BM, 2023). De acuerdo con la Gráfica 1 los países con mayor gasto total en salud son Estados Unidos, Alemania, Suiza, Noruega y Austria. Los países con menor gasto en salud son India, China, México, Turquía y Colombia.



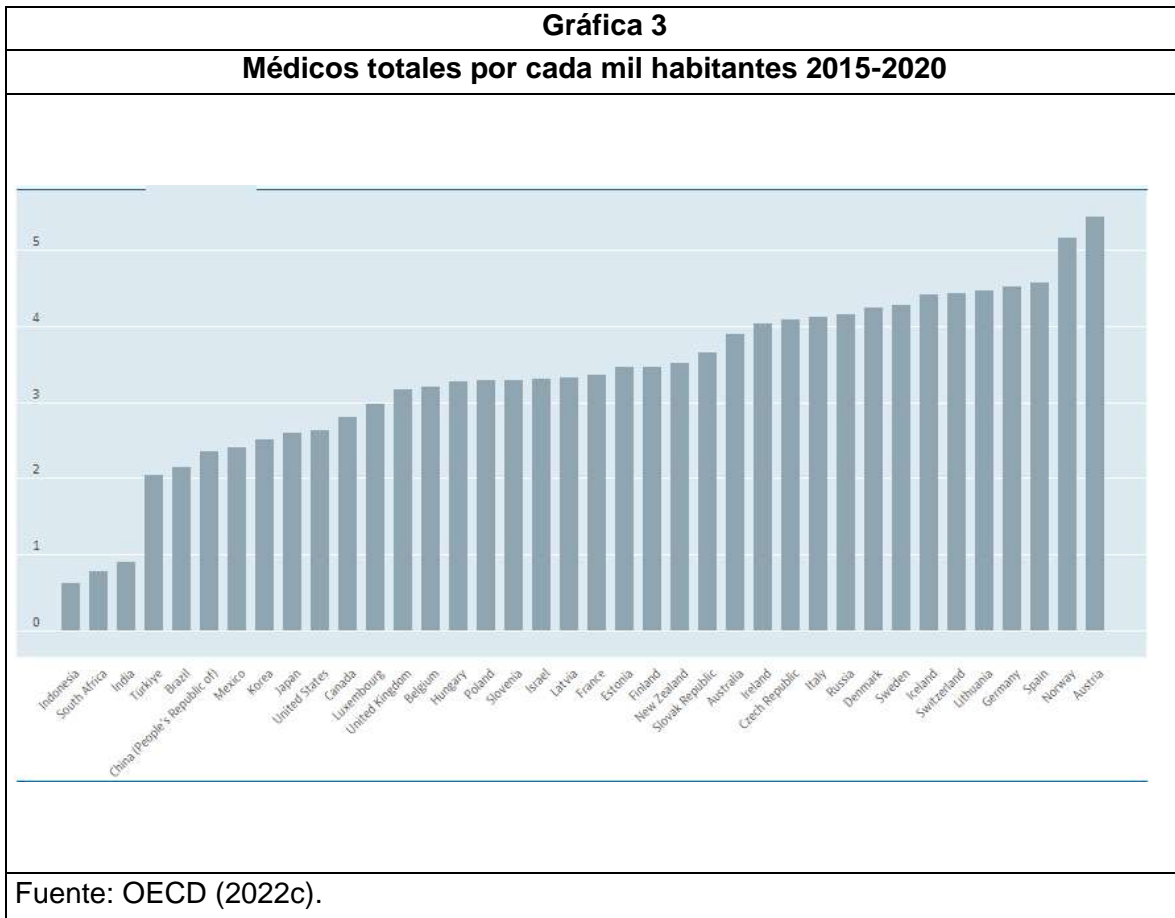
Se busca fortalecer la atención primaria independientemente de los rasgos económicos de la población y la desigualdad que se asocia con la pobreza extrema. Según OMS (s.f) cerca de la mitad de la población mundial no tiene acceso a los servicios básicos de salud. Además, más de 100 millones de personas tienen que pagar los servicios de salud de su propio bolsillo. También cifras del año 2022 más de 930 millones de personas es decir alrededor del 12% de la población mundial gastan al menos el 10% de su presupuesto familiar para pagar servicios de salud.

En la Gráfica 2, se puede observar que los países que ostentan mayor gasto de bolsillo en el ámbito sanitario son Suiza, Estados Unidos, Portugal y Corea. Siendo los países con menor gasto de bolsillo en salud los siguientes: India, Colombia, Turquía, Croacia y China.



La cobertura universal de salud requiere que toda persona pueda tener servicios de salud necesarios, sin discriminación, adecuados, oportunos y de calidad, de acuerdo a las necesidades de cada paciente, así como medicamentos, que sean seguros, eficientes y asequibles, sin que se vean afectados financieramente. Teniendo personal sanitario bien capacitado, los cuales tengan las habilidades y conocimientos necesarios para que se pueda atacar de manera eficiente las causas más importantes de mortalidad y morbilidad (OPS, 2022b).

Los países que tuvieron un avance en la cobertura sanitaria también progresaron en todas sus metas en materia de salud (OMS, 2024). Para la OMS (2024) la mejora de la cobertura de los servicios de salud y de los resultados de salud depende de la disponibilidad, accesibilidad y capacidad de los trabajadores sanitarios y asistenciales de proporcionar una atención integrada de calidad centrada en las personas.



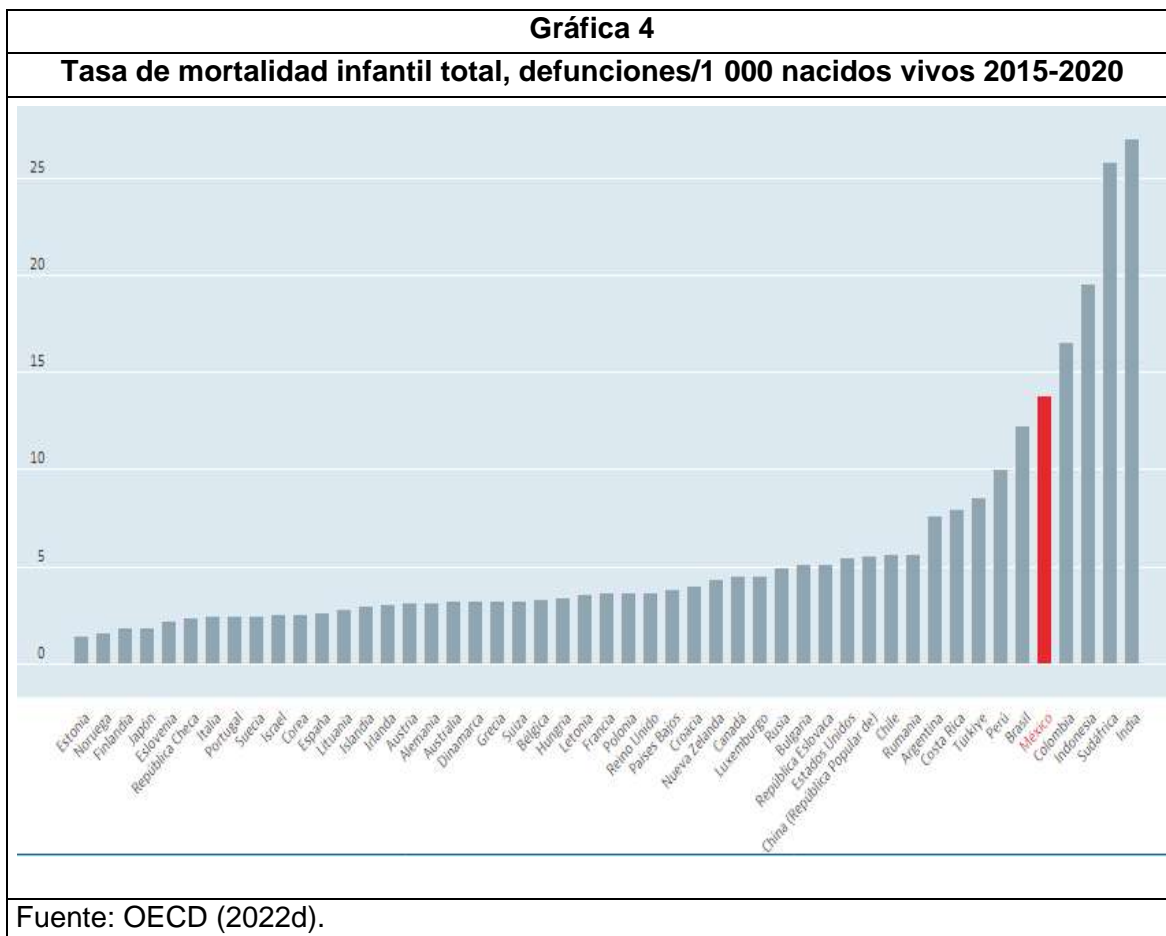
Según la Gráfica 3, Austria es el primer país del ranking con 5.5 médicos por cada 1000 habitantes seguidos de Noruega, España y Alemania con un promedio de 4.5 médicos por cada 1000 habitantes. Los países que cuentan con el menor número de médicos de acuerdo con la Gráfica son Indonesia siendo el más bajo con 0.6 seguido de Sudáfrica con 0.8, India con 0.9, Turquía con 2, Brasil con 2.1 y alcanzando a México con 2.4 médicos por cada 1000 habitantes encontrándose por debajo de la media de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

De aquí a 2030 se necesitarán más de 18 millones de trabajadores sanitarios para satisfacer las necesidades de personal sanitario y alcanzar los objetivos de protección de la salud y los relacionados con la cobertura sanitaria universal. Se espera que la creciente demanda de trabajadores sanitarios cree 40 millones de puestos de trabajo en el sector para 2030. Inicialmente, la pandemia de COVID-19 afectó de manera desproporcionada a los trabajadores de la salud, lo que puso de relieve la necesidad de proteger a los trabajadores de la salud y los cuidados, priorizar las inversiones en su educación y empleo, y fomentar coaliciones destinadas a brindarles condiciones de trabajo decentes (OMS, 2024).

A nivel global, junto con la cobertura sanitaria universal, se presta atención a mejorar el funcionamiento de la atención primaria de salud, que según la Organización Mundial de la Salud (2024) consta de tres componentes: materias primas y actúan como elementos básicos que tienen como objetivo resolver los problemas. Una variedad de políticas y acciones multisectoriales sobre los determinantes generales más amplios de la salud. Es necesario la elaboración de políticas públicas basadas en datos empíricos, la comunicación de riesgos y la sensibilización de la comunidad para que las personas y familias puedan gestionar de una mejor forma su salud, el análisis de datos y la vigilancia, la capacidad de los laboratorios para realizar pruebas, la regulación de productos de calidad y comportamientos saludables, así como las subvenciones a los institutos y programas de salud pública.

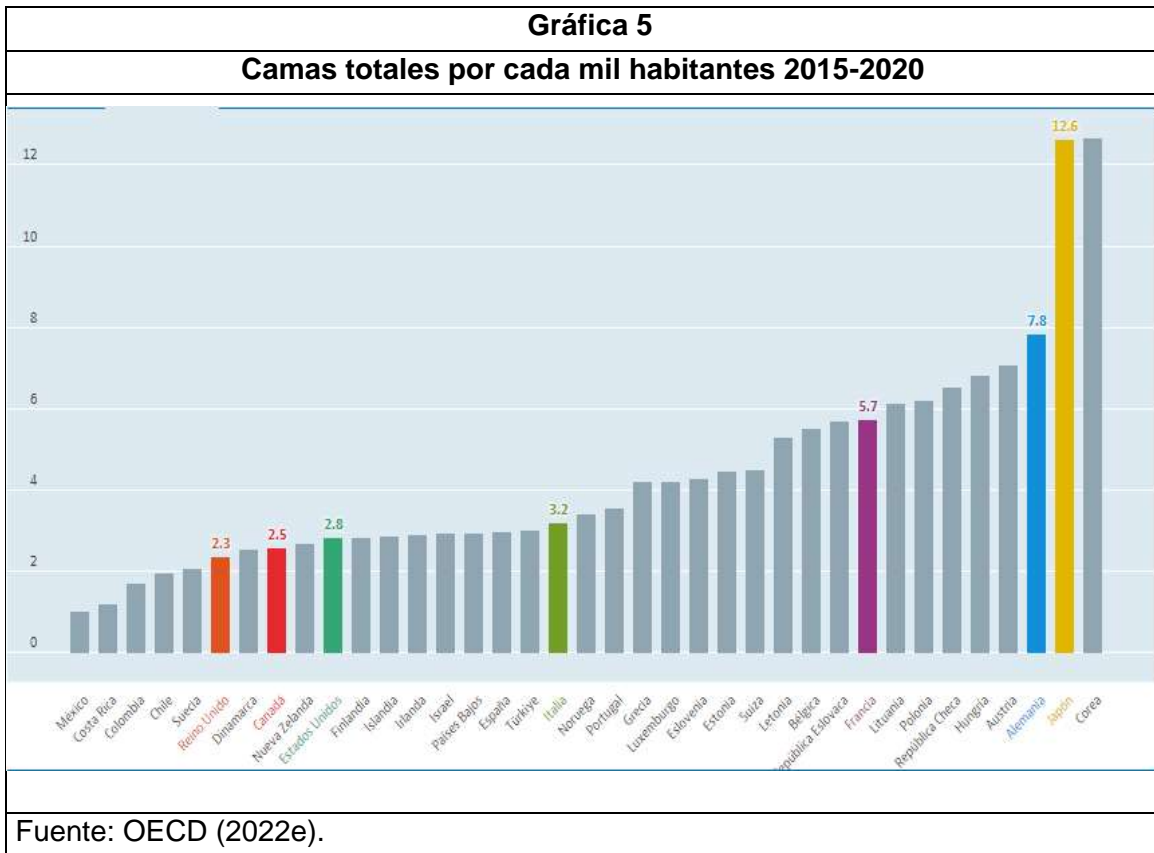
Las enfermedades no transmisibles como el cáncer, las patologías cardiovasculares y la diabetes provocan el 70% de las muertes a nivel mundial (OMS, 2024). La mala nutrición, los servicios de salud sexual y reproductiva aún no son suficientes para contrarrestar la mortalidad materna. Los objetivos del desarrollo sostenible destacan la calidad como pieza fundamental de la cobertura sanitaria, según informes de la OMS (2020) entre 5.7 y 8.4 millones de muertes se atribuyen a la mala calidad de la atención en los países de ingresos bajos y medianos, lo cual representa hasta el 15% del total de muertes en estos países. Resulta interesante el marco global que da la Organización Mundial de la Salud, el cual indica que se podría prevenir gran cantidad de muertes y malos diagnósticos si se da un servicio de calidad. Los sistemas de salud de alta calidad podrían prevenir 2.5 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares, 900 000 muertes por tuberculosis, 1 millón de muertes de recién nacidos y la mitad de todas las muertes maternas en un año (OMS, 2020).

En la Gráfica 4 se puede observar que los países con mayores tasas de mortalidad infantil son India, Sudáfrica, Indonesia, Colombia y México. Los países con menores tasas de mortalidad infantil son Estonia, Noruega, Finlandia, Japón y Eslovenia.

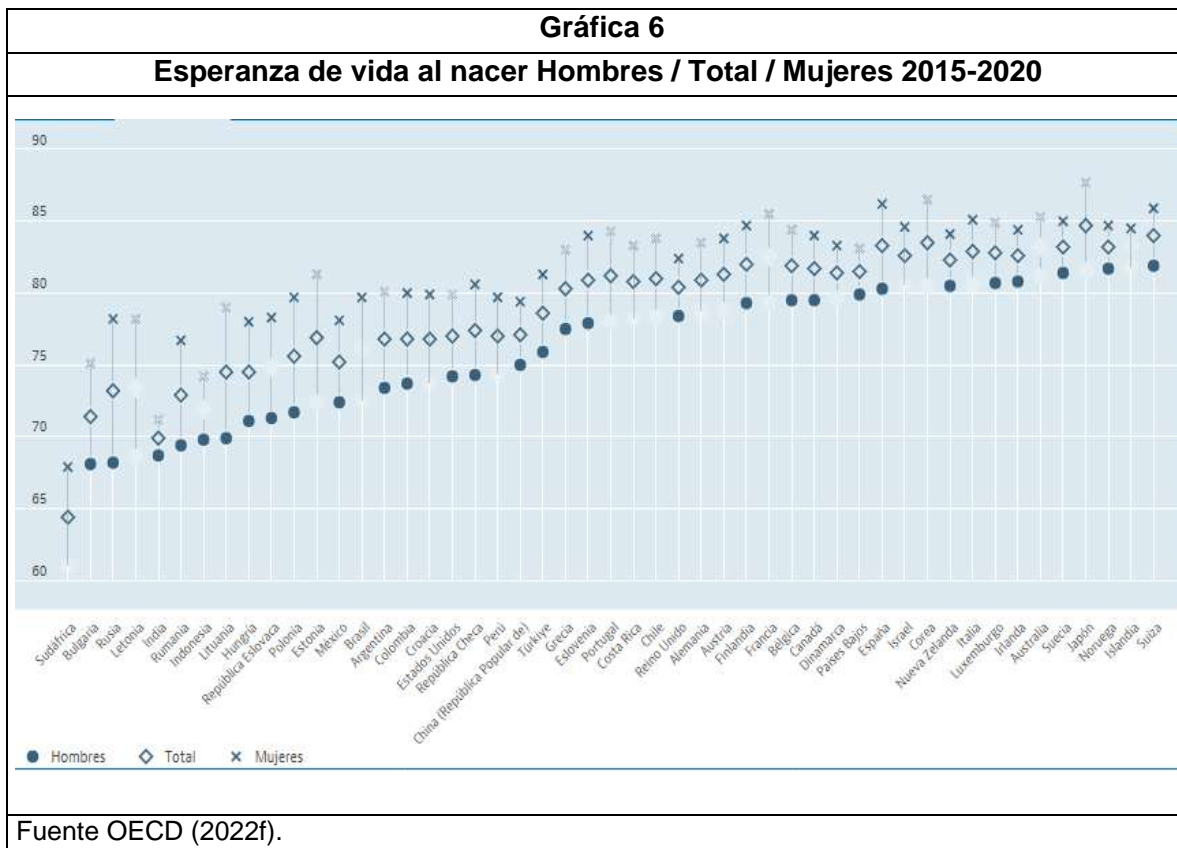


Ante esta situación para poder lograr un servicio de calidad se debe comenzar por tener las instalaciones adecuadas y los insumos suficientes. A nivel mundial, las estructuras esenciales para lograr una atención de calidad son insuficientes. Por ejemplo, el número de camas son insuficientes, además de que uno de cada ocho establecimientos de salud no cuenta con servicio de agua, uno de cada cinco no tiene servicio de saneamiento y uno de cada seis no tiene instalaciones para la higiene de manos en puntos de atención (OMS, 2020).

Visualizando la gráfica 5, los países Corea, Japón, Alemania, Austria y Hungría, se encuentran en el top cinco con mayor número de camas, mientras que los países que están rezagados son México, siendo el último lugar del ranking con 1 cama, seguido de Costa Rica, Colombia y Chile.



Para la OMS (2020) la calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la esperanza de vida y la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados. Los países con mayor esperanza de vida al nacer según la gráfica 6. Son Suiza, Islandia, Noruega, Suecia, Australia liderando el ranking, mientras que los países con una menor esperanza de vida son Sudáfrica, Bulgaria, Rusia, Letonia, India y Rumania (OECD, 2022f).



La calidad de la atención se define para incluir promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos y significa que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente brindando atención basada en evidencia, teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios del servicio, familias y de la comunidad (OMS, 2020).

Desde el nivel global se ha trabajado para poder aterrizar los elementos más importantes que se debe tener para otorgar calidad en los servicios de salud, donde se destacan la eficacia referente a dar el servicio a quienes lo necesiten, seguridad evitando daños a quienes lo reciben, centrado en las personas basado en las necesidades individuales, oportuno reduciendo tiempos de espera, equitativo al dar la misma calidad a toda persona sin importar situación económica, social o cultural, también debe ser integral abarcando todos los niveles del sector y eficiente que busca maximizar los beneficios con los recursos que se tengan en ese momento evitando desperdicios (OMS, 2020).

La OMS, la OCDE y el Banco Mundial en el 2019 propusieron acciones en conjunto con gobiernos, sistemas de salud, pacientes y trabajadores de la salud para que se logren los objetivos de calidad en salud y en los cuales destacan los siguientes puntos (OMS, 2020).

- Calidad en todo el sistema de salud; en la cual se requiere un apoyo del gobierno, personal de salud con el suficiente conocimiento y capacidad para dar respuesta a los retos, financiamiento, sistemas de información para monitorear la atención, una dotación suficiente de insumos como medicamentos, tecnologías, dispositivos e instalaciones sanitarias adecuadas y accesibles.
- Dirección estratégica nacional sobre calidad; es necesario las políticas y estrategias que garanticen en incremento de la calidad en la atención, deben estar estrechamente alineadas con una política y planificación de salud nacional.
- Monitoreo y evaluación; la calidad debe medirse y monitorearse para impulsar las mejoras. Integrar las mediciones globales y nacionales para garantizar que los países reúnan información importante y la utilicen para mejorar sus servicios de salud.
- Compartir y aprender; si se comparte las experiencias entre países se podrá mejorar de una forma más rápida.
- Sistemas de salud resilientes y de calidad; los servicios de salud de calidad son clave en las emergencias sanitarias, se reforzarán para hacerle frente a estas crisis.

La OMS (2020) respalda la calidad que debe existir en la atención en el sistema de salud, la cual apoya a los países en el desarrollo, perfeccionamiento e implementación de políticas y estrategias nacionales de calidad para un enfoque de servicios de calidad en salud. Trabajar juntos como una red de apoyo para aprender cómo mejorar la calidad de la atención materna, neonatal e infantil, desarrollar tecnologías para mejorar la calidad de los entornos frágiles, fortalecer la capacidad de prevenir y controlar enfermedades infecciosas y garantizar los niveles necesarios de saneamiento e higiene para construir sistemas de salud de alta calidad, impulsar iniciativas para garantizar que los pacientes no sufran daños en la prestación de servicios de salud y desarrollar un marco para medir la calidad de la atención, los indicadores e informar sobre todos los avances. Apoyar a las comunidades de diferentes países para que participen en servicios de salud centrados en las personas de alta calidad.

### ***2.1.1 Políticas públicas de salud en el mundo***

La creciente disparidad en torno al estado de salud en los países alrededor del mundo propició la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), como un organismo creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2005, con la finalidad de promover, fortalecer e impulsar la equidad en la salud, desde la evidencia científica, mismo que para el año 2008 emitió su informe final, en el que propuso de manera general tres acciones para cumplir estos objetivos: atender grupos etarios en lo específico, dirigiendo acciones enfocadas a mejorar sus condiciones de vida, como es el caso de las mujeres y la primera infancia; impulsar una auténtica redistribución de los recursos, tanto económicos como políticos, poniendo la equidad como eje central del que hacer público; y

por último, dedicar esfuerzos determinantes a la medición del problema, evaluando las intervenciones y sus efectos (OMS, 2008).

En esta última se incluyen los determinantes sociales de la salud (DSS), que refiere a las circunstancias en las que toda persona nace, se desarrolla, trabaja, y llega a las últimas etapas de vida, o dicho de otra forma, cumplen su ciclo de vida, estando todas determinadas por la distribución de elementos como el poder y los recursos, no solo a nivel local, sino a nivel nacional, e incluso a nivel mundial, lo que además depende de las políticas adoptadas. Por este motivo, los organismos internacionales que se avocan a la salud, y los propios gobiernos nacionales, han buscado que estos elementos se incorporen en la formulación de sus políticas públicas de manera estratégica (García-Ramírez y Vélez-Álvarez, 2013).

La OMS genero un compromiso para actuar sobre los DSS invitando a todos los países a que lucharan contra las inequidades de la salud promoviendo políticas que brinden protección social e instrumentos de evaluación que permitieran analizar el impacto de dichas intervenciones (OMS, 2009). El objetivo de la EIS (Evaluación de Impacto en la Salud) es mejorar el conocimiento sobre el efecto de las políticas o programas en la salud de las poblaciones, informar a los responsables políticos y a las poblaciones afectadas y facilitar los cambios en las políticas evaluadas para mitigar los efectos negativos y maximizar los impactos positivos (Parry y Kemm, 2004).

La EIS se desarrolla en Europa desde 1999, sobre todo en Reino Unido, Holanda y Suecia (Kemm y Parry, 2004). Si bien las EIS son una herramienta de evaluación, estas examinan los efectos indirectos en la salud de políticas de otros sectores (Mindell et al., 2004). Además de esta evaluación, existen modelos que analizan la calidad en los sectores sanitarios, el modelo de certificación ISO 9000 y el modelo europeo de excelencia (EFQM) (Guix, 2005).

La certificación ISO 9006 da fe de que una empresa, producto o servicio cumple con los requisitos de una norma o especificación técnica concreta, tiene validez temporal y es emitida por un organismo certificador reconocido internacionalmente. Está encaminada a dar soluciones a situaciones repetitivas y sistemáticas, y consiste en la elaboración, difusión y aplicación de normas estandarizadas. No garantiza de manera ineludible la adecuación técnica ni tiene especialmente en cuenta el carácter de servicio que tiene la salud pública. El modelo ISO está enfocado hacia la garantía de la calidad y toma como punto de partida, para el diseño y la elaboración del servicio, las demandas del consumidor. Tal como ya se mencionó, en salud pública no solo es necesaria la satisfacción del usuario (calidad percibida), sino que hay que garantizar que el conocimiento científico se aplica de manera correcta (calidad científico-técnica). Ciertamente, muchas de las actividades propias de los servicios de salud pública, como las inspecciones o la actividad de laboratorio, son estandarizables y, por tanto, ISO puede ser, y es, una muy buena alternativa para su

garantía de calidad. ISO 9001-2000 se basa en un modelo de organización por procesos y se sustenta en la documentación de todas las acciones realizadas en el seno de la organización dirigida hacia la elaboración de un producto o servicio determinado, y está construido por una estructura en la que se incluyen 4 requisitos: responsabilidad de la dirección, gestión de los recursos, realización del producto o servicio, y medida, análisis y mejora (Guix, 2005).

Un segundo modelo, el de la European Foundation for Quality Management (EFQM), nace en 1988 de la mano de 14 de las más importantes empresas europeas, industriales y de servicios, para potenciar la obtención de ventajas competitivas para Europa a partir de la aplicación de la gestión total de la calidad (TQM). De aquí surge el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad y en 1991 se convoca el Premio Europeo a la Calidad, inspirado en los premios Deming (Japón) o Baldrige (Estados Unidos), como herramienta de reconocimiento de la gestión basada en la calidad total y enfocada hacia la excelencia. El Modelo Europeo se basa en un principio del tipo que es el siguiente, si hacen las cosas correctamente y de forma inspirada en la filosofía de la calidad total se obtendrán resultados satisfactorios, tanto desde un punto de vista empresarial como social (Guix, 2005). Para ello articulan 9 criterios, 5 considerados como agentes y 4 como resultados, formulan una premisa basada en dicha estructura: La satisfacción del cliente, la satisfacción de los empleados y el impacto en la sociedad se consiguen mediante el liderazgo en política y estrategia, gestión del personal, recursos y procesos, que llevan finalmente a la excelencia en los resultados empresariales (Clemente et al., 2003).

En este contexto, el Parlamento español aprobó la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la cual aporta notables progresos en el ámbito de la calidad y la salud pública. La Ley de Cohesión y Calidad establece las características de los servicios de salud pública, comparables a las funciones anteriormente mencionadas: a) información y vigilancia epidemiológica; b) protección de la salud; c) promoción de la salud; d) prevención de las enfermedades; e) atención y control de los posibles obstáculos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros; f) evaluación, prevención y control de los efectos de los factores ambientales sobre la salud humana; g) promoción y protección de la salud laboral, y promoción de la seguridad alimentaria. También, establece un marco particular para la evaluación y la mejora de la calidad del sistema de salud basado en normas de calidad y seguridad e indicadores, entre otros (Guix, 2005).

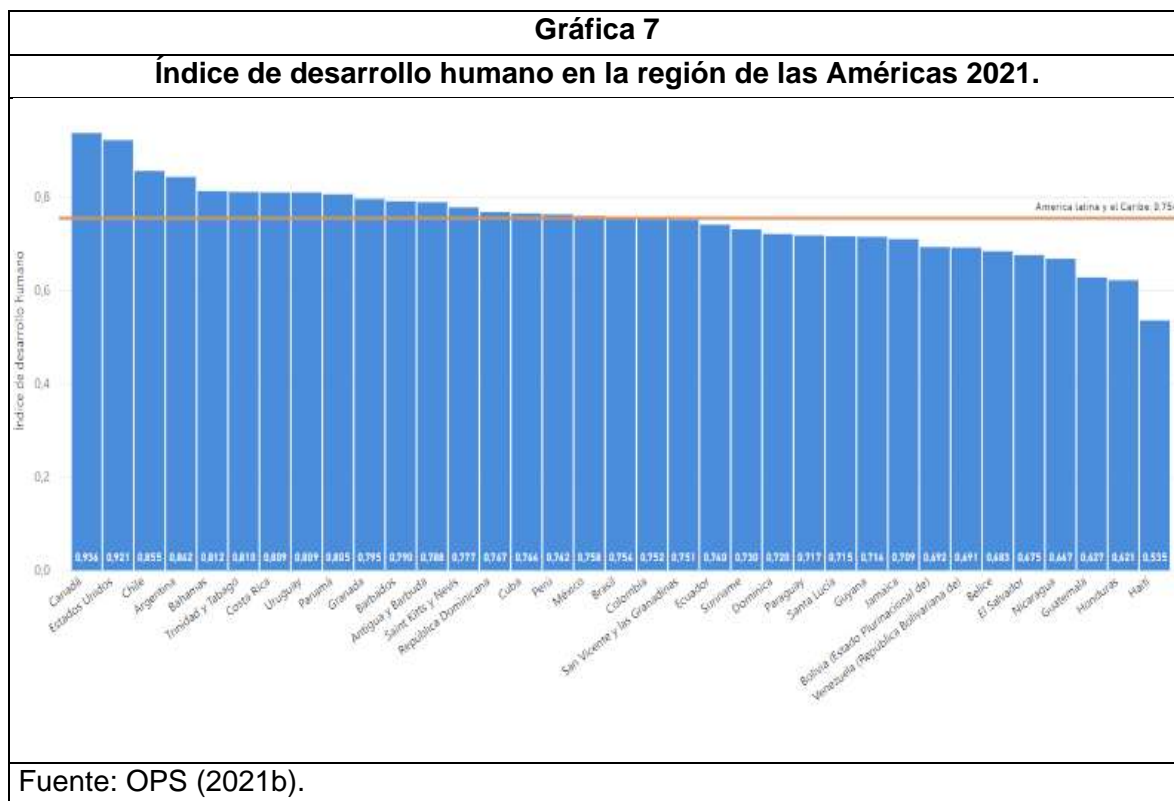
Existe, además de este parlamento español, el Proyecto Nacional de Medición de Estándares y Desempeño de la Salud Pública en Estados Unidos (NPHPSP), define 6 objetivos en salud pública: a) prevención de epidemias y propagación de enfermedades; b) protección frente a los daños ambientales; c) prevención de daños; d) promoción y fomento de conductas saludables; e) respuesta a desastres y asistencia a comunidades

damnificadas, y f) garantía de calidad y accesibilidad a los servicios de salud, por tanto, objetivar y dimensionar hasta qué punto nuestra organización está próxima o alejada de los estándares establecidos. Obviamente, la aplicación de esta herramienta en una realidad concreta que permite detectar y ponderar fortalezas y debilidades de nuestro sistema u organización de salud pública (Guix, 2005).

Se puede entonces observar que a nivel mundial existen distintas herramientas, modelos o métodos que pretenden evaluar o medir a los sectores de salud en los diferentes países. Cada país ha creado su propia forma de medición de acuerdo con lo que más les funcione basado en los principales estudios de Avedis Donobedian (1966), donde no solamente toman en cuenta la calidad sino la prevención, accesibilidad, promoción, entre otras y vuelve más integral dichos modelos.

## 2.2. La salud, el sector salud y las políticas de salud en América Latina, 2010-2020

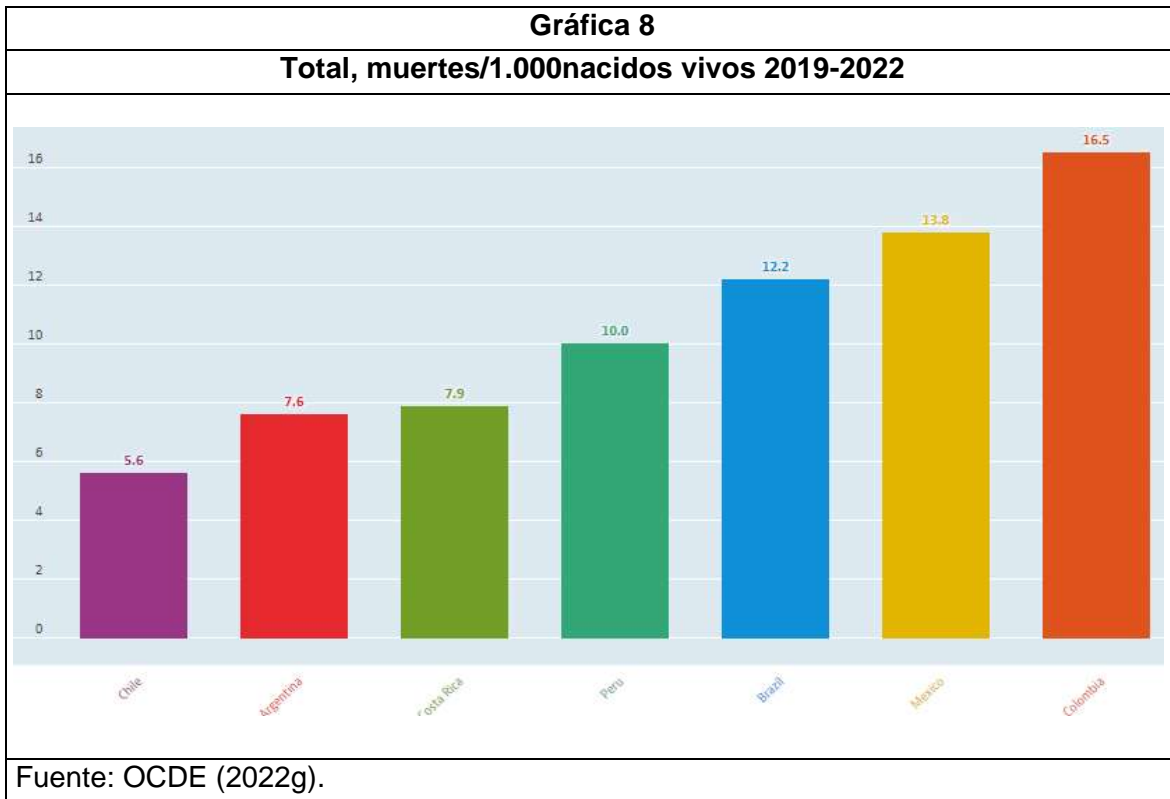
La salud es un factor decisivo para el bienestar de las personas y a la vez, un requisito para el desarrollo social. Más aún, las personas tienen derecho a un cuidado equitativo, eficiente y atento de su salud y la sociedad en su conjunto debe garantizar que nadie quede excluido del acceso a los servicios de salud y que estos proporcionen una atención de calidad para todos los usuarios (ONU, 2005).



La región de las Américas mencionó que la cobertura sanitaria universal es importante, pero que también existen otras barreras a las cuales se les debía hacer frente como son las económicas, geográficas y socioculturales. La Estrategia Nacional de Salud es un marco para mejorar la salud apoyado en políticas que ayuden las necesidades de salud de la población. La equidad es parte de una estrategia de salud universal que lamentablemente no se ha logrado en las Américas y el Caribe, y es un componente esencial de las acciones que deben tomarse para alcanzar el objetivo global de garantizar derechos dignos y justos para todos (OPS, 2022b).

De acuerdo con la Gráfica 7, los países que son superiores a la media son Canadá, Estados Unidos, Chile y Argentina. Los países con un menor índice de desarrollo son Nicaragua, Guatemala, Honduras y Haití.

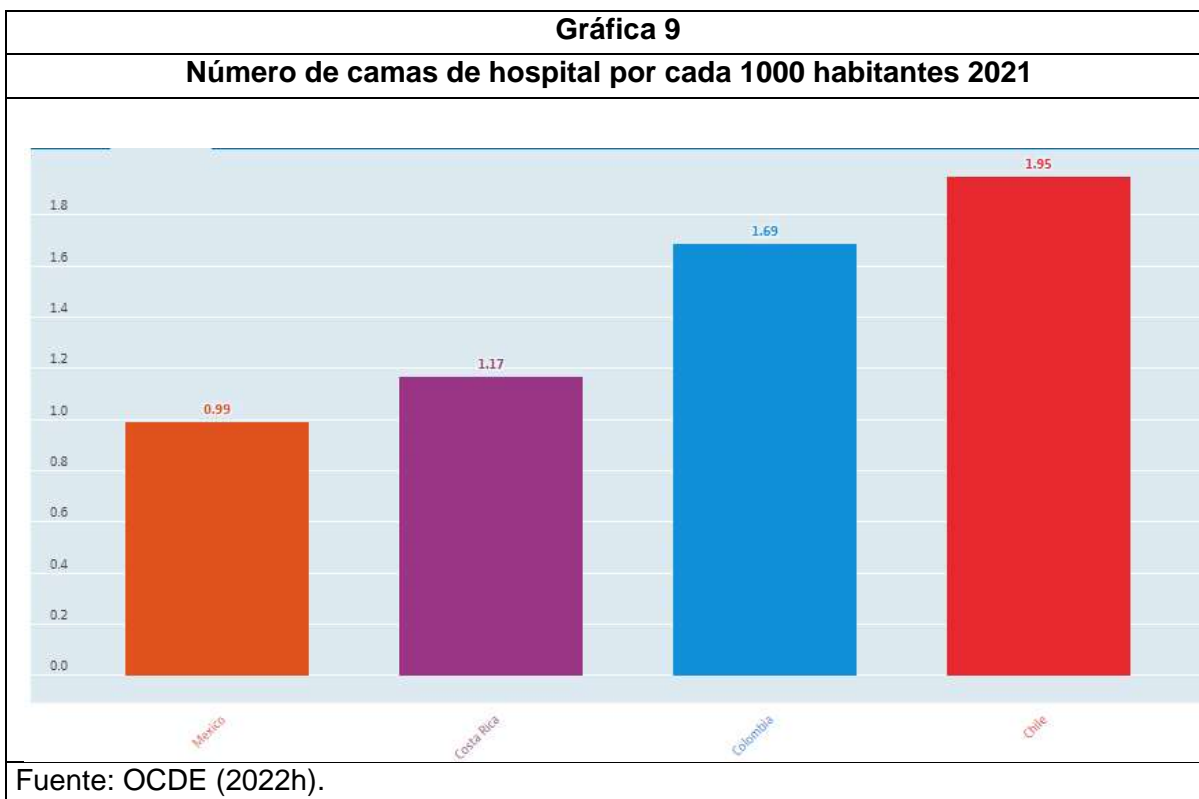
Si bien existe un camino claro para buscar mejorar las condiciones de vida de los millones de personas que viven en situación de pobreza, a través de una orientación del crecimiento económico hacia la inversión en salud, y políticas públicas encaminadas a impulsar la equidad, en los sistemas de salud de la región persisten condiciones en extremo desiguales que desembocan en un financiamiento inequitativo, y con ello, en sistemas de salud insostenibles, ineficientes e ineficaces en la atención de la población, estériles ante los desafíos que se presentan en un contexto que se caracteriza por una aguda naturaleza cambiante (OPS y OMS, 2017). La Organización Panamericana de Salud (2014) sostiene que pudieron evitarse más de 1'200,000 de muertes en la región de las Américas, si se hubiera contado con servicios de salud de calidad, accesibles y oportunos.



En la Gráfica 8 se observa que Colombia y México son los que tienen las tasas de mortalidad infantil más altas. América Latina tiene las tasas más bajas de mortalidad infantil.

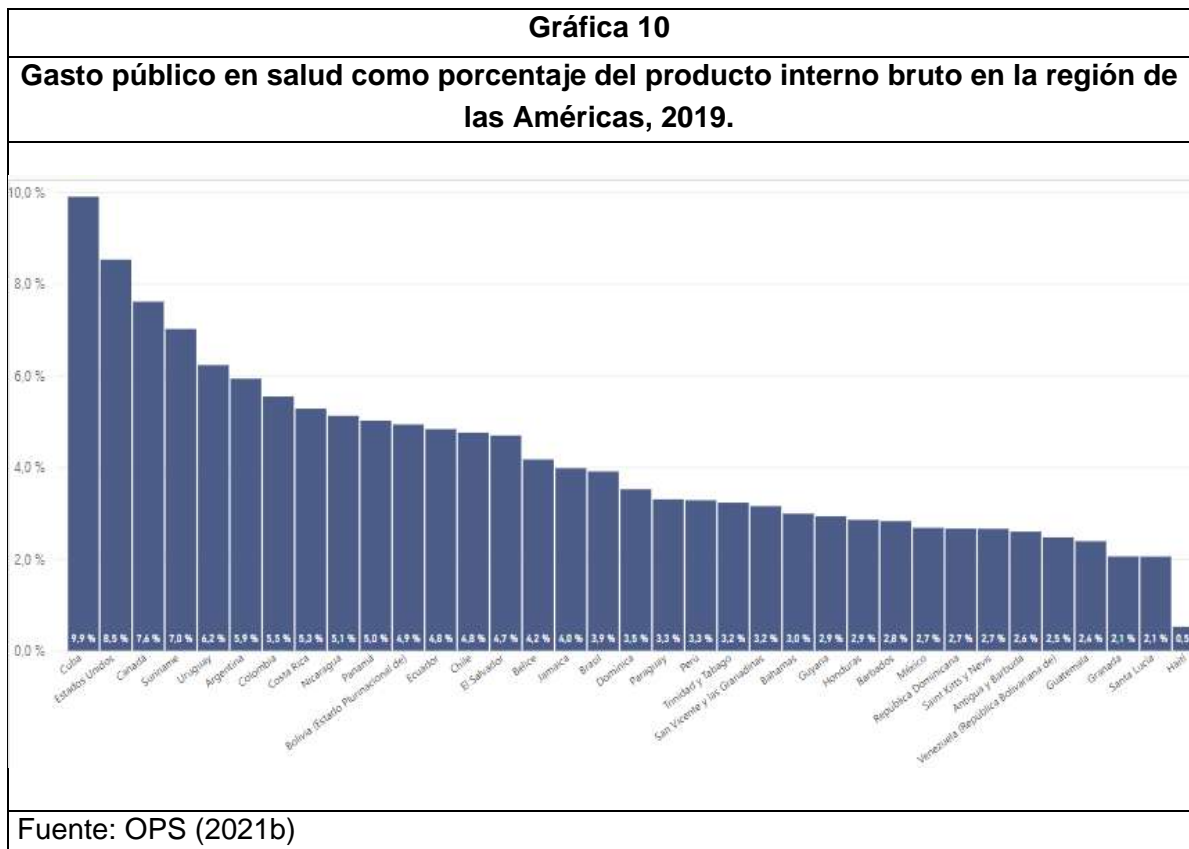
Al visualizar la Gráfica 9, dentro de la región de las Américas, el país con menor número de camas es México con 0.99 por cada 1000 habitantes, mientras que Chile cuenta con 1.95 camas por cada mil habitantes.

En la región de las Américas se estableció como meta una densidad de 25 profesionales por 10 000 habitantes (OPS, 2011) recomendándose 44,5 profesionales por 10.000 habitantes en 2015, lo cual es esencial para satisfacer las necesidades de población y salud. Metas de desarrollo sostenible (OPS, 2016). Los recursos humanos son considerados insumos fundamentales para que los sistemas de salud puedan dar el servicio, sin ellos es imposible que exista la atención a los enfermos, por consiguiente, el número de personal de salud por cada determinada cantidad de habitantes es necesario para que se pueda brindar un servicio de calidad. No es lo mismo que un médico atienda a veinte pacientes, que atienda a mil pacientes, tal desproporción afecta sin duda la respuesta del sector salud de manera negativa (OPS, 2016).



Al igual como lo menciona la OMS (2023), un factor preocupante que se presenta en la zona de América y el Caribe es el poco financiamiento y el gasto exacerbado que tienen que hacer las familias cuando un miembro de la familia se enferma. Si se contempla la poca capacidad de pago para una atención oportuna, adecuada y de calidad se deja al descubierto que más familias pasan a estar en un estado de vulnerabilidad, a esto se le suma las barreras geográficas, donde en zonas rurales no se cuenta con la atención primaria.

De acuerdo con la Gráfica 10, Cuba, Uruguay, Argentina y Panamá han sido los países dentro de América Latina los cuales han tenido mayor gasto en salud durante el periodo 2021, México, Venezuela, Guatemala y Haití se encuentran dentro de los últimos lugares de los países que han invertido en el sector salud.



El gasto de bolsillo en salud (GBS) se relaciona con diversas variables. Por ejemplo, los pacientes hipertensos en áreas rurales tiene costos de bolsillo más altos que los de áreas urbanas (Baker-Goering et al., 2019). Otras variables asociadas con el incremento del GBS son la hospitalización, la condición femenina, el alto nivel socioeconómico y el tamaño familiar (Attia-Konan et al., 2019) sin embargo, los hogares de mejores ingresos gastan más en atenciones, pero también tienen mejores probabilidades de recibir atención, ser evaluados por médico y recibir medicamentos que los hogares pobres (Makinen et al., 2000).

Entre el 2000 y el 2016, el GBS disminuyó del 56% al 44% en casi todas las regiones del mundo, debido principalmente al aumento en el gasto de salud pública (Xu et al., 2008). Sin embargo, en algunos países, esta cifra ha aumentado debido a pagos, tarifas de atención y costos de medicamentos, lo que puede explicar el aumento de privación de la atención médica o el aumento del abandono del tratamiento (Yusuf y Leeder, 2020). El tratamiento farmacológico representan el mayor GBS, llegando al 85% (Rasul et al., 2019). Paraguay, encontró familias con mayores de 60 años con enfermedad representó el 53,3% y 71,3% del GBS, lo que equivale a 19 días de alimentación y enfrenta a las personas al dilema de comprar alimentos o recibir tratamiento (Giménez et al., 2019). La OMS (2020) y OPS (2022b) brindan un marco para el contexto del problema en América y el Caribe, donde no se necesitan suministros básicos como personal y medicamentos y la economía

inevitablemente se verá afectada. Estos factores requieren especial atención para mejorar la atención en el sector de la salud y garantizar la prestación de atención de alta calidad como un derecho universal.

Entre los factores recientes a considerar, Haití tiene la tasa de mortalidad infantil más alta y la mayor desigualdad basada en diferencias en indicadores entre las madres con mayor y menor educación, y entre los quintiles de riqueza más altos y más bajos en mortalidad por todas las causas, Honduras, Guatemala, Nicaragua y Bolivia tiene las tasas de mortalidad más altas (OCDE, 2020g). Urge analizar la necesidad de mejorar la eficiencia del gasto público en el ámbito de la salud. recursos humanos de salud. Por lo tanto, es necesario no sólo evaluar la viabilidad de aumentar el gasto público, sino también evitar gastos innecesarios, invertir en áreas donde las medidas de protección de la salud sean más efectivas y reducir la dependencia del gasto privado para lograr una cobertura universal de alta calidad (OCDE, 2020g).

Los agentes, administradores y formuladores de políticas y locales deberían considerar las implicaciones de esta evidencia. Aunque a nivel ecológico más que individual, la evidencia disponible sugiere que los individuos y las familias se ven afectados por procesos de enfermedad que están asociados con altos costos de equidad y que pueden incluso conducir a una catástrofe financiera (Callander et al., 2019). Las reformas que puedan plantear los gobiernos en materia de su política sanitaria deben enfocarse en potenciar las estrategias que forman parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), así como en la disminución del GBS a través de sistemas de financiamiento (García et al., 2015).

El apoyo a todas las investigaciones en materia de salud se han vuelto indispensables pues se requiere conocimiento científico partiendo de observaciones, estadísticas, evaluaciones que se puedan indicar que variable o variables son las de mayor afectación y crear planes de desarrollo nacionales, regionales y municipales los cuales puedan promover la inversión, el gasto público con impacto real, mejora de infraestructura, aumento de dotaciones como los medicamentos necesarios, aumento en los recursos humanos así como su retención o alojamiento en zonas rurales para impactar positivamente los bolsillos de la sociedad y tener mejoras en el sector de salud.

### ***2.2.1 Políticas públicas de salud en América Latina***

América Latina guarda muchas similitudes con la situación generalizada que se vive a nivel mundial en torno a la salud, que es, sin duda, un reto importante para todos los gobiernos. Si bien se trata de un derecho de toda persona el gozar de las condiciones para mantener un buen estado de salud, esto es también esencial para poder desarrollarse como individuo en sociedad. No obstante, factores como la pobreza y la desigualdad afectan de manera

directa la calidad en el sector público, lo que repercute negativamente en quienes acuden para recibir atención, pues debido a su condición socioeconómica, educativa y cultural, por citar algunos, pueden profundizar condiciones de exclusión, no solo social, sino también en su posibilidad de recibir atención en el sector público (OMS, 2013).

Para comprender la historia de las políticas públicas en América Latina, comencemos con la ciencia de la higiene que se desarrolló en Europa y Estados Unidos y luego se trasladó a América Latina, influyendo efectivamente en la educación y las políticas de los profesionales de la salud en América Latina (Hernández, 2003, como se citó en Álvarez, 2009). El modelo de higiene jugó un papel destacado en la lucha contra enfermedades infecciosas generalizadas en el siglo XIX y principios del XX, como la fiebre amarilla, el sarampión y la viruela. Su éxito se basa en la investigación de vacunas y la implementación de medidas sanitarias para limitar la propagación de la infección. Todos los países de todos los continentes han reformado sus sistemas de atención sanitaria, dando prioridad a la rentabilidad económica de los nuevos participantes en el sistema del sector financiero antes que a abordar las cuestiones demográficas (Álvarez, 2009).

De manera generalizada, el mundo académico ha aceptado como principio que el contexto social y económico tiene una gran relevancia para el estado de salud de los individuos, además de factores intermediarios, como es el caso del estilo de vida, factores biológicos, psicosociales y conductuales, e incluso el estado y características del sistema de salud (De La Guardia y Ruvalcaba, 2020).

Cada uno de estos factores intermedios hace referencia a los estructurales o sociales que se refiere a los atributos que fortalecen a la sociedad y definen la posición económica de la misma, jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. En materia de salud son aquellos que tienen que ver con la raza, género, grupos social perteneciente, empleo y educación. Los factores intermedios o personales son situaciones que provocan una vulnerabilidad para la salud serían: las circunstancias materiales que son la calidad de vivienda, recursos financieros para la adquisición de alimentos, ropa, transporte y el entorno físico de trabajo. Las circunstancias psicosociales son las circunstancias de vida, relaciones estresantes y redes de apoyo, los factores conductuales y biológicos incluyen la nutrición, actividad física, consumo de sustancias tóxicas y factores genéticos (De La Guardia y Ruvalcaba, 2020).

Se observa cómo dichos factores tienen que ver con la calidad de vida de un ser humano, lo importante que es recibir un servicio de calidad. Los factores psicosociales se relacionan con la atención, empatía, seguridad, confianza que se brinda en un servicio, como el recibir una amable atención, el sentirse protegido en situación vulnerable como es la enfermedad, con diagnósticos certeros y tratamientos adecuados puede dar un giro de 360 grados en la calidad que se ofrece.

Para retomar las políticas públicas que se han implementado en distintos países de América Latina, García-Ramírez y Vélez-Álvarez (2013) retoman algunas en específico que conviene resaltar: en primer lugar, se encuentra el modelo de Atención Primaria en Salud (APS) adoptado en Argentina, que incorpora elementos del DSS, a partir del cual se implementa el programa de Médicos Comunitarios con el que se buscó pasar a un nuevo modelo de salud en el que se adoptara una visión interdisciplinaria que estimulara la participación activa de los miembros de la comunidad.

En Bolivia se desarrolló el Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), bajo un enfoque similar, pero incorporando la medicina tradicional y otras prácticas de las comunidades originarias, ya que estas son más del 60% del total de la población, además de destinar esfuerzos en el combate de la desnutrición en la población más vulnerable. Brasil, por su parte, si bien sigue presentando problemas graves relacionados con la segmentación del sistema de salud público, que no ha alcanzado una cobertura equitativa en relación con el sistema de salud privado.

Brasil, por su parte dio a conocer con éxito algunos programas preventivos que incluyen a la familia y a la comunidad. Persisten retos como un alto nivel de segmentación del sistema de salud con una cobertura desigual entre el sistema de salud público (75%) y el sistema de salud privado (25%) (Almeida et al., 2013, Comisión Nacional de Determinantes Sociales de la Salud, 2008, De Sousa et al., 2011; y Paim, et al., 2011).

En el caso de Chile, creó una Secretaría Técnica de DSS, aunque esta funcionó únicamente hasta el año 2010, sin embargo, implementó una iniciativa que denominó “13 pasos hacia la equidad en salud en Chile”, focalizando estrategias en los diversos segmentos de la población. El enfoque del DSS se adoptó en Colombia a través del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, desde el cual se buscó incidir en el derecho a la salud de los ciudadanos, pero también la mejora de las condiciones de vida, que finalmente repercuten en el estado de salud de las personas.

México: La Secretaría de Salud estableció en su plan 2007-2012 como objetivo estratégico disminuir las disparidades o disparidades en el bienestar de los individuos vulnerables y comunidades marginadas. Existen estrategias como el programa Oportunidades creado por el gobierno federal con el propósito de combatir la pobreza extrema y con un enfoque en las mujeres y en áreas rurales. La iniciativa brinda transferencias monetarias directas a las familias pobres con el objetivo de cumplir con ciertos requisitos, enfocados en los ámbitos de salud, salud y educación. Un desafío relevante es la falta de coordinación intersectorial entre las estrategias. (Barraza-Lloréns et al., 2013; Silberman et al., 2013; Dantés, 2011; SS, 2007; Ávila y Gabarrot, 2009).

En la zona de las Américas se ha intentado avanzar en la protección de la salud, sobre todo en el grupo vulnerable como mujeres, niños y algunas comunidades, pero aun así no han obtenido los objetivos de equidad. La calidad a pesar de que implícitamente viene dentro de los objetivos de salud, no se menciona como tal en ninguna de las políticas o programas creados en los países de América Latina. Los esfuerzos van más hacia cubrir con seguridad social a la población, pero no se está considerando qué tipo de servicio se está brindando, poco sirve cubrir con este servicio a la sociedad si no es de calidad pues no se estaría llegando a disminuir de manera importante la mortalidad.

El sector salud, ha tomado protagonismo frente a esta pandemia Covid-19, donde se evidenció las deficiencias en todos los hospitales a nivel nacional, porque quienes han gobernado durante los últimos 30 años, poco o nada les ha interesado la gestión pública y gobernabilidad, para mejorar la calidad de los servicios de salud y esto se debe a la falta de líderes en el sector salud, que desconocen los procesos administrativos para poder llevar de forma exitosa los métodos que promuevan mejoras de los servicios salud, y satisfacer a los usuarios externos (Salas, 2021).

### **2.3. La salud, el sector salud y las políticas de salud en México, 2010-2020**

Según la OPS (2021a) en el 2000, la población total de México era de 97 873 442 habitantes, y en el 2021 había ascendido a 126 705 138, lo que representa un incremento de 29,5%. En cuanto al perfil demográfico del país, en el 2021 la población de mayores de 65 años representaba 8,1% del total, en lo que respecta a la esperanza de vida al nacer, para el 2021 fue de 75.2 años cifra inferior al promedio de la Región de las Américas, lo que representa un aumento de 1.2 años respecto de lo informado en el 2000, otro aspecto que cabe destacar es que el porcentaje de la población por debajo de la línea de pobreza fue de 43.9% en el 2020, de acuerdo con la línea nacional, lo que representa una disminución respecto del 2008, cuando se encontraba en 44.4%. Cabe destacar que, de acuerdo con la OPS para México en el 2019, el gasto público en salud representó 2.7% del producto interno bruto (PIB) y 10.3% del gasto público total, mientras que el gasto de bolsillo en salud implicó 42.1% del gasto total en salud.

Respecto a la situación en salud en cifras, es importante mencionar que la OPS determinó entre el 2000 y el 2019 que la mortalidad infantil en México se redujo de 22.6 a 13.1 por 1000 nacidos vivos, lo cual implica una disminución de 42%, en relación con la fecundidad, se calcula que, en el 2022, las mujeres tenían en promedio 1.8 hijos a lo largo de su vida reproductiva. México tiene un programa estratégico en salud para el bienestar, el cual en coordinación con las dependencias de este sector buscarán alcanzar dichos objetivos, teniendo siempre el enfoque de derechos humanos, apoyado de programas y políticas públicas que den el seguimiento a lograr una vida digna a cada individuo y reducir las brechas de desigualdad (OPS, 2021a).

El sistema de salud enfrenta distintos retos, uno de los cuales es buscar mejorar la eficiencia y la equidad en materia de salud, sobre todo para proteger a la población que no tiene seguridad social, buscando el rediseño institucional. Un paso beneficioso es que se están desempeñando un nuevo sistema de evaluación del desempeño de salud pública, el cual permitirá ver los impactos reales de cada programa y tener mejores decisiones. Con la política actual de salud se busca respetar los derechos, igualdad de género y no discriminación centrándose en las personas (OMS, 2023).

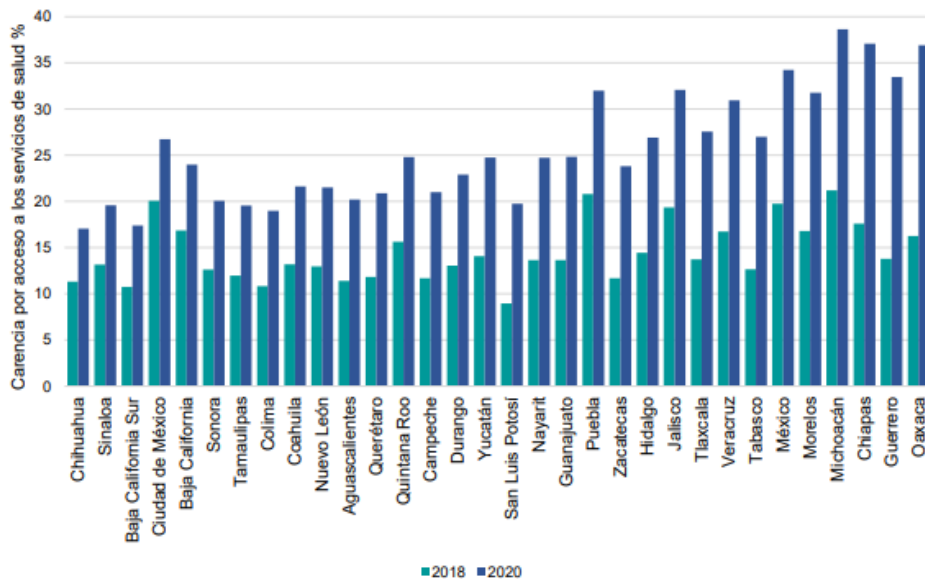
En la actualidad, el tema de la salud se ha convertido en uno de los ejes más importantes dentro de las políticas públicas de los países desarrollados y en vías de desarrollo. En México, la agenda de salud pública es muy compleja y representa un gran reto para el gobierno federal, por un lado, se enfrenta a enfermedades propias del subdesarrollo como la desnutrición y las infecciones gastrointestinales, y por el otro, se cuenta con padecimientos típicos de los países desarrollados como la hipertensión, cáncer y obesidad (Barroso, 2012).

La estrategia nacional tiene como objetivo disminuir las brechas de desigualdad y de acceso a la atención médica, por lo cual se formaron dos modelos de atención, el primer modelo de atención a la salud para el bienestar, en la atención médica basada en atención primaria, es decir, promover la salud, prevención y detección a tiempo de enfermedades su meta es la protección, el bienestar social especialmente de los más vulnerables. El siguiente modelo de atención a la salud para el bienestar es la atención colectiva el cual busca fortalecer la rectoría y gobernanza del sector salud, motivados por la secretaría de salud y las políticas públicas para garantizar la atención digna y de excelencia (OPS, 2021a).

Según la Gráfica 11, los estados con mayor carencia al acceso de seguridad social son Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla e Hidalgo, con valores por arriba del 66.63 y muy por encima de la media nacional que tiene un valor de 50.72

**Gráfica 11**

**Porcentaje de carencia por acceso a los servicios de salud a nivel estatal 2010-2020**

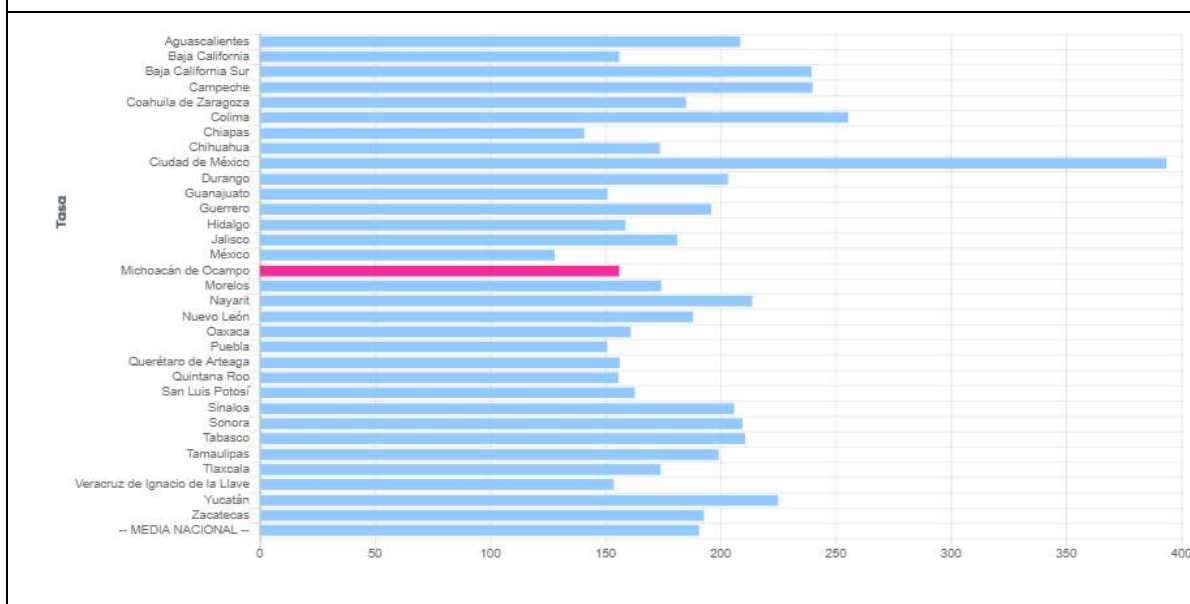


Fuente: CONEVAL con base en la ENIGH 2018- 2020.

Hablando en términos de calidad, según la Biblioteca Mexicana del conocimiento (2015) en la segunda edición de la calidad en atención médica en México mediante sus instituciones dice que “La calidad es un atributo fundamental de cualquier bien o servicio y se debe fomentar en todas las áreas prioritarias para el desarrollo de los individuos; la salud no debe ser la excepción. Sin embargo, a pesar de los conocimientos, avances y esfuerzos realizados por actores clave en la materia, la ausencia de calidad o de garantías mínimas de esta en la atención a la salud representa un reto social a nivel mundial, sobre todo, para aquellos países cuyos niveles de desarrollo no han alcanzado estándares deseables y sostenidos para su progreso sanitario y social”. Identificándose este deterioro en el limitado acceso al servicio de salud, costos elevados, quejas médicas, servicios inefectivos e ineficientes, insatisfacción de los usuarios y la afectación de la credibilidad de las instituciones.

**Gráfica 12**

**Médicos en contacto directo con el paciente por cada 100,000 habitantes 2006-2018.**



Fuente: Sistema de Indicadores del Estado de Michoacán (2020).

Como se ha mencionado, México comparte ciertas similitudes en torno a las problemáticas que existen en el contexto latinoamericano, como la falta de infraestructura que permita afrontar y cubrir la alta demanda de los servicios sanitarios. El plan maestro de infraestructura adoptado en nuestro país contempla la inversión en equipamiento médico, que fue configurado y puesto en marcha por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), y se orientó a reforzar los procesos de mantenimiento del equipo y la incorporación de tecnología innovadora, desde la base de la evidencia, además del desarrollo de las capacidades requeridas para cubrir las necesidades en la materia, tanto en los profesionales médicos, como en el área de enfermería, aunque persisten problemas de desempleo urbano y falta de recursos en el entorno rural (Mercedes et al., 2013).

En la Gráfica 12 se puede observar que a nivel nacional los estados que cuentan con el mayor número de médicos en contacto directo con el paciente por cada 100,000 habitantes son Ciudad de México con 393.50, Colima con 255.40, Campeche con 240, Baja California Sur con 239.50 y Yucatán con 225 médicos, los estados con menor número de médicos con los siguientes Veracruz con 153, Guanajuato con 151, Puebla con 150.8 y Chiapas con 140.9 médicos.

Asimismo, ha faltado una política eficaz de formación y desarrollo de recursos humanos en salud acorde con los cambios del panorama epidemiológico, con las condiciones geográficas y sociales del país, y frente al reto de la cobertura universal. Aunque la provisión

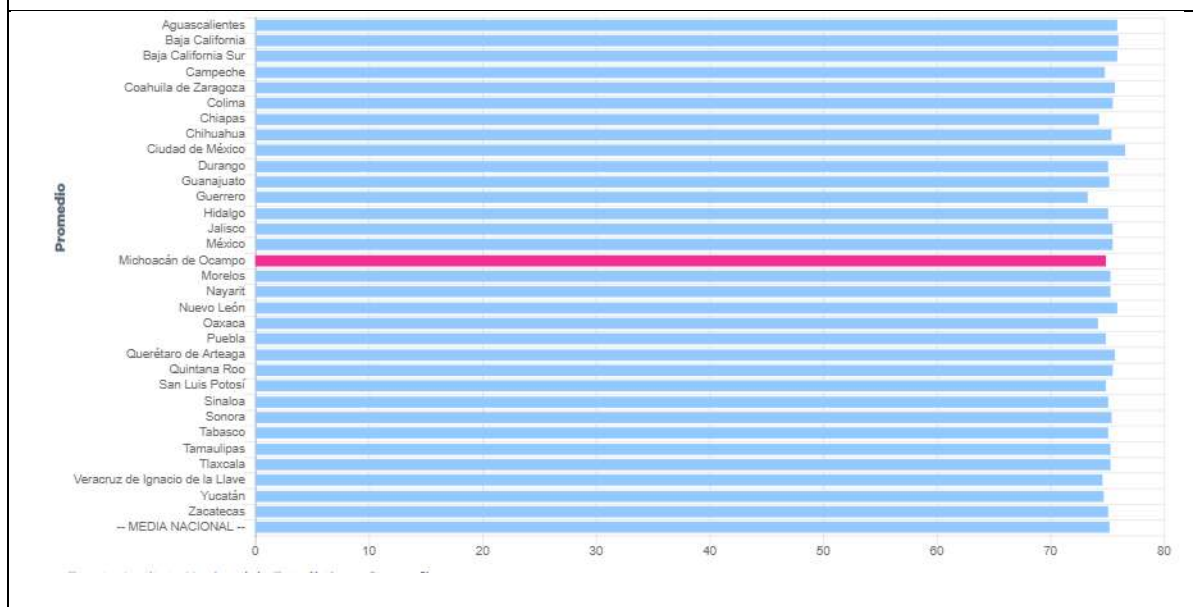
de recursos humanos en salud ha aumentado en los últimos años, particularmente con la entrada del Seguro Popular, aún se encuentra por debajo del promedio de los países de la OCDE. En el año 2010, el promedio de médicos por cada 1 000 habitantes de los países de la organización ascendió a 3.1, mientras que en México se contó con dos médicos por cada 1 000 habitantes (Mercedes et al., 2013). Del año 2010 al año 2020, según datos de la OCDE se aumentó el promedio en México a 2.4 médicos por cada 1 000 habitantes, claramente se observa un incremento insignificante y el cual no es relativo para mejorar el servicio de salud, así como el número de camas censales donde México para el 2020 sigue siendo de los países más rezagados. México cuenta con una cama por cada 1.000 habitantes por debajo de Costa Rica, Colombia y Chile con un promedio de 1.6 camas por cada mil habitantes (OCDE, 2020e).

Además de ser necesario mejorar las condiciones actuales del sistema en términos de cobertura y financiamiento público de las intervenciones y de la organización segmentada por grupos de población, es indispensable fortalecer las acciones de salud pública y de prevención de las enfermedades que tradicionalmente han sido responsabilidad fundamental de la Secretaría de Salud, y que si bien ha mostrado logros en la prevención de enfermedades infecciosas, no han tenido el financiamiento suficiente para generar un impacto en las condiciones de salud de los mexicanos en lo que se refiere a la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, accidentes y adicciones. Asimismo, ha sido insuficiente el enfoque preventivo de los servicios de salud orientados a la persona para disminuir la carga de enfermedad que implica mayores costos y pérdida de años de vida saludable, así como la disminución de la esperanza de vida.

En la Gráfica 13, los estados que cuentan con una mejor esperanza de vida de acuerdo con los datos estadísticos son los siguientes: Ciudad de México, Baja California, Nuevo León, Baja California Sur y Aguascalientes que tienen un promedio por encima de 75.9 años y los estados que tienen una menor esperanza de vida son Yucatán, Veracruz, Chiapas, Oaxaca y Guerrero con un promedio por debajo de 74.7 años. El promedio de esperanza de vida en México es proporcional en todos los estados donde no se tienen diferencias muy grandes (CONAPO, 2023).

**Gráfica 13**

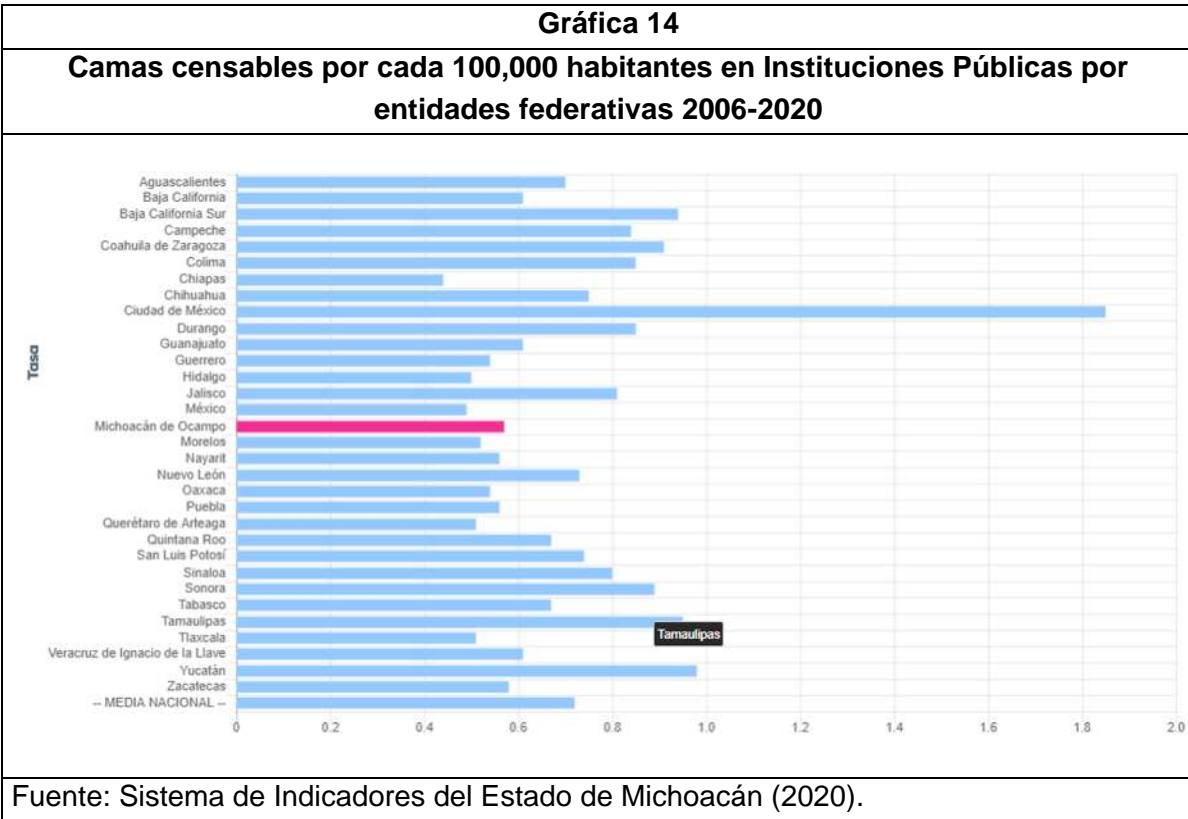
**Esperanza de vida al nacer por entidades federativas 2006-2020**



Fuente: Sistema de Indicadores del Estado de Michoacán (2020).

Por otro lado, existen importantes diferencias en la calidad de la atención entre los servicios de salud públicos y privados, así como entre las instituciones públicas de salud, lo que se traduce en inequidad, con el subsecuente uso inadecuado de los recursos (Mercedes et al., 2013). Lo que no permite que se pueda lograr que se tengan los insumos e infraestructura adecuada.

De acuerdo con los datos de la Gráfica 14, los estados que están dentro del top 5 con mayor número de camas son Ciudad de México, Yucatán, Tamaulipas, Baja California Sur y Coahuila, con un promedio de 0.90, los cuales están por arriba de la media nacional con 0.72 y los estados con menor número de camas son Chiapas, Hidalgo, Querétaro, Tlaxcala y Morelos van desde 0.44 a 0.52 camas estando por debajo de la media nacional.



La contextualización de la problemática en México es la misma que la problemática global, en América Latina y el Caribe. A pesar de los esfuerzos, objetivos y deseos de alcanzar la universalidad y calidad de los servicios, no se ha visto reflejada por diversos factores que deben ser atendidos para prevenir que en la edad adulta se requiera mayores servicios médicos.

### **2.3.1 Políticas públicas de salud en México**

En la historia de México, desde por la época del virreinato, hasta 1810, el periodo en el que se inició la guerra de independencia y culminó en 1821, tuvo impacto significativo en el sistema de salud. En aquel periodo el gobierno manifestó un gran interés por incrementar su influencia en asuntos de salud. Se llevó a cabo la implementación de leyes sanitarias, y se generó la oposición con la iglesia respecto a la regulación de hospitales y cementerios (Rodríguez de Romo y Rodríguez, 1998).

La consolidación de la medicina como gremio se remonta a la creación de la Academia de la Medicina en 1836. En consecuencia Francia ejerció una fuerte influencia en la medicina

mexicana. Se copió el programa francés de estudios médicos, se trajeron libros. (Rodríguez de Romo y Rodríguez, 1998).

En el año 1856, Benito Juárez estableció los servicios de atención a la salud como responsabilidad gubernamental y no como labor de caridad de la Iglesia. El último paso fue la promoción de la beneficencia, la cual era regulada por el gobierno, pero con una participación importante de la sociedad civil, en 1861 se decretó la creación del Consejo Nacional de Beneficencia Pública que dirige la beneficencia y hospitales para convertirlos en un servicio público dependiente del Estado (Moreno et al., 1982). Después, con la destitución de Juárez por Maximiliano, no se tuvo avances en cuestiones sanitarias, pero al regreso de Juárez retomó las modificaciones de eliminar a la iglesia del sector salud, periodo en el que se reflejó la mala calidad del servicio que se ofrecía, lo que ocasionó que aumentara el servicio privado (Moreno et al., 1982). Benito Juárez realizó muchas acciones que beneficiaron a la población, pero, desgraciadamente, se impulsó el centralismo, por lo que los servicios para las poblaciones alejadas de la capital fueron deficientes (Rodríguez de Romo y Rodríguez, 1998)

Según Septien (1993) la comunidad médica, sostiene que la medicina preventiva es la conexión entre el óptimo estado de salud de un pueblo y la atención médica ofrecida antes de contraer cualquier enfermedad. La excelencia de la atención es fundamental tanto para prevenir las enfermedades como para evitar llegar a tener mayores gastos por enfermedades maltratadas. Ya para el siglo veinte la esperanza de vida había aumentado y la mortalidad disminuida, comenzaron estudios farmacéuticos muy fuertes para probar medicamentos. Tanto a nivel mundial como nacional se tiene en común la creación de los conceptos de salubridad y de seguridad social derivados del ritmo acelerado de industrialización que forzaba a las empresas a brindar protección médica a sus trabajadores y el aumento de la población a revisar que se debía hacer socialmente, esto para el año 1910 tiempo de la revolución mexicana donde tuvo un freno abrupto pues todo lo logrado parecía desaparecer con las malas condiciones sociales, hambruna, epidemias, pobreza factores que indiscutiblemente pegan directamente al sector público de salud así como a la calidad que se ofrecía.

Además, la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) vino a fortalecer los objetivos que el país tenía en cuestiones de salud. Unas décadas después, en 1960 surge el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Esta fue una de las mejores épocas que tuvo México en evolución en salud y científica, las secuelas de la revolución poco a poco quedaban atrás superando la guerra, mejorando la calidad de vida de los ciudadanos.

En el año 1985 Secretaría de Salubridad y Asistencia se convirtió en Secretaría de Salud. Debido a las crisis y devaluaciones que estuvieron presentes en estos periodos hicieron

difícil que el sector salud tuviera un crecimiento exponencial, ya que depende de una economía y de una sociedad para llegar a esos estándares, además de un buen plan y de que se lleven las acciones correctas para poder alcanzar el desarrollo deseado, pero considerando la mala administración que había tenido el gobierno y la corrupción, que ya para este entonces existía no se pudo tener un avance considerable en el tema de salud. Para los años de 1988 a 1994, periodo en el que se encontraba en el poder Carlos Salinas de Gortari, quedó eliminado el papel que tenía el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como responsable de la administración de los fondos de las pensiones de los trabajadores del sector industrial, asignando dicha tarea a los administradores de fondos para el retiro (AFORE) y aseguradoras (Tamez y Eibenschutz, 2008). A partir del año 2000, durante el gobierno de Vicente Fox, se diseñó y aplica el Programa Nacional de Salud 2001-2006, que fue titulado La democratización de la salud en México. En él se plantea la necesidad de alinear las políticas fiscales con las políticas de salud mediante el estímulo al prepago por la atención a la salud (SS, 2001).

La Reforma de la Salud en México para los años dos mil presenta acciones prioritarias para lograr las siguientes metas 1. Establecer el seguro nacional de salud conocido como Seguro Popular de Salud (SPS). 2. Separar el financiamiento de los servicios. 3. Incentivar la participación del sector privado en el cuidado de la salud y 4. Crear un fondo nacional de salud pública (Soberón, 2001 como se citó en Uribe y Abrantes, 2013).

El SPS inició su fase piloto en octubre de 2001 en cinco estados de la República (Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco), y constituyó el “brazo operativo” del Sistema de Protección Social en Salud a partir del 1 de enero de 2004, cuando entraron en vigor las adiciones a la Ley General de Salud, que sustentan las acciones de protección social en salud que ofrecerán las entidades federativas. Según la versión oficial, su principal objetivo es sustituir el pago de bolsillo de las familias por el prepago, condición indispensable para el financiamiento de los seguros médicos y para la expansión del sector privado (Tamez y Eibenschutz, 2008).

El SPS debería cubrir para el año 2010 al 50 % de la población mexicana con un crecimiento promedio anual del 14.3 % sin embargo, dado que en la primera fase no se construyó infraestructura alguna, la atención prestada fue prácticamente a expensas de los servicios de atención de la red pública de la SS y de los sistemas estatales de salud, ya de por sí insuficiente (Tamez y Eibenschutz, 2008). De nueva cuenta los planes, las modificaciones a las leyes del sistema de salud una vez más fallan primero a la principal meta que tiene la OMS, que es la cobertura universal de salud y que impacta directamente en la calidad ofrecida, ya que al no ver inversión en infraestructura no tener las sedes necesarias para hacer frente a la demanda creciente de la población y seguir utilizando los espacios de algunas instituciones se provoca más saturación, cuellos de botella, mala atención y esto a su vez provoca muertes. A pesar de las intenciones que se han tenido con estas iniciativas,

al no tener una correcta planeación, supervisión y corrupción, no se han tenido los resultados necesarios.

Los recursos materiales y humanos también son un problema pues, hasta la fecha, se han construido 1 792 unidades ambulatorias y unos cuantos hospitales con solamente 12 a 20 camas que, por cierto, no se ubican en áreas críticas. Atendiendo a la estructura del gasto, no se visualiza la solución a este problema, pues el 15 % está destinado a contratación de personal, el 59 % a medicamentos y solamente el 26 % es destinado a inversión de capital (Laurell, 2007).

México y su Sistema Nacional de Salud (SNS) han pasado los últimos 50 años esforzándose por lograr avances graduales y constantes en la mejora de la prestación de servicios de salud. Sin embargo, persisten la calidad desigual del servicio y la baja eficiencia, lo que provoca insatisfacción entre los usuarios y proveedores de servicios. Actualmente, el gobierno federal todavía está preocupado por la calidad de la atención médica y propone garantizar una prestación eficiente de atención médica y servicios de alta calidad para los pacientes según los términos de los dos últimos planes nacionales de desarrollo; claramente se debe desarrollar un plan que tenga como objetivo implementar estrategias integrales y sectoriales para los sistemas de salud (Hernández y Aguirre, 2012).

Desde principios de la década de 1950, las inspecciones sanitarias realizadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) han demostrado liderar los esfuerzos para incrementar la calidad de la atención de salud. Con estas inversiones, fortalecieron la integración institucional con programas integrados de calidad en 1997, hasta que surgió una verdadera institucionalización de la planificación y presupuestación a través de la Cruzada de Calidad del Servicio Nacional de Salud (2001-2006) y a través del Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICALIDAD 2007-2012) (Hernández y Aguirre, 2012).

La calidad en la atención de salud se incluyó en la agenda nacional como política nacional permanente y se reconoció la necesidad de crear una cultura de calidad y seguridad del paciente en todos los niveles del SNS. Algunos autores son conscientes de que el esfuerzo colectivo por mejorar la calidad en la atención se ha convertido en una forma de construirla, y en los últimos 50 años México ha impulsado diversas iniciativas que abarcan al menos cuatro fases: Un enfoque orientado a resultados, se dirá, un enfoque que prioriza la productividad de las actividades. El segundo foco está en resolver el proceso bajo un estricto control estadístico. El tercero incluye en particular el conocimiento y la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud y el reconocimiento y certificación de las entidades como mecanismos de garantía de la calidad. Finalmente, ya estamos en la cuarta fase, que enfatiza el papel central de la gestión de la calidad (impulsada por los responsables de la

calidad, por supuesto) y se centra en la satisfacción de los usuarios externos e internos (Hernández y Aguirre, 2012).

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), lanzada oficialmente el 22 de enero de 2001, es la primera estrategia nacional en México y en el mundo que permite, por un lado, la integración de proyectos para mejorar la calidad de los servicios de salud, tanto para el sector público como el privado, desarrollándose de forma aislada, pero por otro lado, estimula a organizaciones que nunca han centrado sus actividades en mejorar la atención al paciente (SS, 2012b).

De esta manera, la cruzada se convirtió en una plataforma para la integración y el progreso, impulsada por el gobierno federal, y adquirió el estatus de una política nacional separada e independiente de las agendas institucionales del pasado. La tendencia hacia una cobertura universal efectiva es cada vez más pronunciada a nivel mundial y, como resultado, la calidad comienza claramente a ser vista como un elemento esencial, de modo que las predicciones de cruzada comienzan a ganar reconocimiento internacional (SS, 2012b).

La plataforma es una serie de acciones que permiten desarrollar gradualmente una estrategia a gran escala durante muchos años, que solo puede alcanzar tal escala si se traduce de manera clara y sostenible en una política nacional (SS, 2012b). Es recomendable agrupar estas actividades en las diversas categorías que componen cada plataforma con el fin de mantener un análisis consistente del conjunto de temas que sustentan y promueven la interpretación de la cruzada como estrategia y política pública. Estas plataformas son: la plataforma empírica, la plataforma conceptual, la plataforma educativa, la plataforma cultural, la plataforma institucional, la plataforma internacional y la plataforma política y financiera (SS, 2012b).

- Plataforma empírica: Consiste en un conjunto de experiencias específicas y más visibles que marcan el curso de acción para aumentar los niveles de calidad de los servicios de salud. Por ejemplo, revisar los registros del IMSS. Las estrategias de garantía de calidad que requieren pruebas de idoneidad para garantizar que las intervenciones con los pacientes gestionen adecuadamente sus episodios de enfermedad deben realizarse en este caso utilizando registros individuales de los pacientes. Posteriormente también se incluyó la acreditación de hospitales y médicos. También en 1994, la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) realizó la primera encuesta sobre la satisfacción de los ciudadanos mexicanos con los servicios de salud.
- Plataforma conceptual: Requiere conceptualización académica y explicación de fenómenos relevantes. De esta manera, se reconoce en primer lugar la importancia de la medición y evaluación sistemática, así como la necesidad de moldear la organización para el desempeño de sus funciones, así como la

importancia del aprendizaje, la implicación y el compromiso de los empleados y, en definitiva, la mejora. Con el cambio, cualquier cambio en la organización es y puede ser impulsado de manera consciente y deliberada. Además de las mejoras actuales (como el aseguramiento o el benchmarking), el modelo incluye claramente otras variables importantes como la educación, la información, la estandarización, la participación ciudadana y la integración de diferentes tipos de estrategias, todas ellas principalmente centradas en el paciente

- Plataforma educativa: Luego del inicio de la cruzada, la plataforma se ha enriquecido continuamente durante los últimos 12 años con la creación de especializaciones clínicas, la calidad de la atención clínica, programas de maestría y la inclusión de cursos electivos. Universidad Nacional Autónoma de México y seguridad. A los diversos programas de capacitación hay que sumar las jornadas sobre este tema, que desde hace casi 10 años son organizadas exclusivamente por la Asociación Mexicana para la Calidad de la Salud (SOMECASA).-
- Plataforma cultural: Como ocurre con cualquier cultura organizacional, la importancia que el liderazgo de la organización otorga a un tema o comportamiento es una variable crítica para promover ese tema o comportamiento como un valor dentro de esa cultura. El Ministerio de Salud contribuye a fortalecer este valor. Unos años antes de la cruzada, el IMSS, con el apoyo técnico de la Fundación Calidad Total de México, estableció el Premio a la Calidad, que posteriormente otorgó el Premio Nacional a la Calidad. Durante este periodo, como Directora de Premios IMSS, se creó un área especial para tratar temas de calidad. Es necesario destacar este hecho, ya que se trata del primer premio de su tipo en el país y la primera estructura organizacional formal para este propósito.
- Plataforma Institucional; Han sido origen, soporte y contenedor de acciones y resultados de los cuales aprendemos a mejorarnos continuamente. Cuando se inició el Movimiento por la Calidad del Servicio Nacional de Salud, muchas instituciones ya estaban trabajando en esta dirección. Y luego está la política pública que los articula a través de una estrategia que los aglutina, que a su vez se apoya en todas estas plataformas. •
- Plataforma Internacional; Promueve el intercambio bidireccional de ideas, métodos y acciones, enriquece las discusiones, mejora los aprendizajes y amplía la visibilidad del desarrollo de nuestro país en el exterior, la calidad de la atención.
- Plataforma de financiamiento político: Esta plataforma se define como un nexo de dos factores, porque sin apoyo político no hubiera sido posible financiar las cruzadas, y por otro lado, sin apoyo político, el apoyo político no hubiera sido suficiente. No se expresará en términos de financiación específica para la implementación de la política estatal. Se necesita una visión clara para

desarrollar una estrategia coherente que garantice la protección financiera y, por lo tanto, aumente el acceso a servicios de calidad.

La información de las encuestas de satisfacción de pacientes y centros revela problemas importantes. El resultado obvio es que el acceso de un mexicano a una atención de calidad depende de ser tratado en una unidad de calidad. Esto es absolutamente inaceptable. En cuanto al nivel de satisfacción, preocupa que el nivel de calidad percibida según la percepción de las personas sea muy bajo. Estos desafíos se definen con mayor precisión: 1) igualdad 2) calidad; 3) Protección Financiera. Los objetivos del primer desafío son reducir las inequidades en salud, generar un ambiente de calidez para el paciente y, en tercer lugar, garantizar y cuidar la económica en la atención de salud; A partir de cada objetivo se desarrollaron tres estrategias: Seguro Popular, Cruzada Nacional y Arranque Parejo en la Vida (SS, 2012b).

Existe una importante alineación e interdependencia entre estas tres estrategias, lo que creará sinergias que fortalecerán las tres estrategias. Por tanto, la cruzada no es una política nacional aislada, sino una de las tres estrategias contenidas en una política pública más amplia denominada Plan Nacional de Salud. La visión propuesta para 2025 es: Un sistema de salud mexicano que satisfaga la mayoría de las necesidades y expectativas de los usuarios y proveedores directos e indirectos de servicios de salud, y que tenga un nivel muy alto y uniforme de calidad y eficiencia. Estas visiones fueron acompañadas de una descripción de funciones específicas para aclarar las necesidades urgentes, así como los principios rectores que impulsan el logro de estos objetivos (SS, 2012b).

El sistema de información denominado INDICA está diseñado para recibir datos en tiempo real a través de Internet, de forma transparente para quien quiera entender el comportamiento de cada indicador. En México, a lo largo de los años se han lanzado muchas iniciativas para crear plataformas que mejoren la calidad de la atención en el sistema nacional de salud (SS, 2012b).

Debido a la diversidad de actividades y su alcance geográfico e institucional, las últimas plataformas son muy amplias y constituyen una base importante para avanzar, pero ahora es necesario mejorar la calidad del enfoque en temas específicos sin perder la agenda o la propiedad nacional (SS, 2012b).

Ya en plena década de los años noventa, se han iniciado otras iniciativas de calidad de la higiene, entre las que cabe mencionar (SS, 2012a).

1. 1992. Creación de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud (SOMECASA).

2. 1994. Financiamiento de proyectos de mejora continua por el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA).
3. 1996. Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).
4. 1997. Programa Integrado de Calidad del IMSS.
5. 1997-2000. Programa de Mejora Continua de la Calidad en la Atención Médica (PMCCAM)/SS.
6. 1999. Integración de la Comisión Nacional de Certificación e Inicio del Programa Nacional de Certificación de Hospitales por el Consejo de Salubridad General (CSG).

El programa de mejora se ha implementado en 28 estados de todo el país. Entre los operativos realizados destacó la evaluación básica de la calidad, en la que participaron todos los hospitales generales y centros de salud de la SS con varios módulos de atención. En la evaluación participaron más de 15.000 trabajadores sanitarios de 3.000 unidades asistenciales, cerca de 28.000 usuarios y se revisaron más de 50.000 expedientes. (SS., 2012a).

La evaluación también incluye un indicador de la calidad de las habilidades de enfermería, que se evalúa según protocolos de atención médica y guías de práctica clínica. Afuera. Se observó que los servicios de salud estaban entre los peor valorados por el público, sólo superados por la policía. Un cambio de gobierno en México es a menudo un momento de ajuste en la política nacional que introduce cambios que pueden amenazar el proceso de poner fin al régimen. (SS., 2012a).

Los hallazgos de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud desarrollados durante sexenio 2000-2006, fueron fundamentales para proseguir con la política de calidad en el Sistema Nacional de Salud y para que en los debates y en el diálogo social que precedieron a la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012, se llevara a cabo la administración necesaria para incorporar la calidad en la salud como uno de los elementos de la política social. Como resultado en el PND publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 31 de mayo de 2007, señala una política pública en materia social, “brindar servicios de salud eficientes, con calidad y seguridad para el paciente”. Esta política a su vez sirvió de base para la formulación de la tercera meta del Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PRONASA), que determina la necesidad de brindar servicios de salud de calidad y seguros, así como estrategias para lograr esta meta, que consiste en “situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud”. Para llevar a cabo esta política y estrategia política, se determinaron diversas líneas de acción, como implantar el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) en el Sistema Nacional de Salud (SS, 2012a).

Los principales objetivos fueron reconocer el 100% de unidades de salud que brindan servicios al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS); Implantar medidas de protección contra eventos adversos con el fin de asegurar la seguridad del paciente en el 60% de las unidades del sector público; garantizar y mantener una tasa anual de infecciones nosocomiales no mayor a 6% de los egresos en los hospitales públicos del segundo nivel. Para implantar SICALIDAD se establecieron tareas fundamentales como las siguientes (SS, 2012a):

- Crear un Comité Nacional por la Calidad en Salud (CONACAS).
- Establecer una cultura de calidad en los establecimientos de atención médica.
- Acreditar las unidades que prestan servicios al SPSS.
- Incorporar compromisos de calidad en los Convenios de Gestión del SPSS.
- Establecer y consolidar la figura del aval ciudadano.
- Vincular a los hospitales públicos de mediana y alta complejidad a proyectos de seguridad del paciente (lavado de manos y uso de lista de verificación )
- Contribuir a la disminución de morbilidad y mortalidad por infecciones nosocomiales.
- Garantizar la calidad de la documentación médica y de enfermería.
- Favorecer el uso racional de medicamentos.
- Registrar de manera regular la conformidad de los usuarios.

Para llevar a cabo la estrategia de situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud a través del desarrollo de SICALIDAD, existen dos enfoques: Implementar programas de excelencia en la formación académica de técnicos y profesionales de la salud. Proporcionar la adopción de guías de práctica clínica y protocolos de atención médica (SS, 2012a).

El programa SICALIDAD establece la política de calidad y seguridad del paciente con los recursos que el Estado brinda para fomentar condiciones de estructura, organización y capacidad suficientes que aseguren los procesos de atención con la calidad y seguridad necesarias. La iniciativa SICALIDAD presenta un enfoque integral de tres dimensiones y fundamenta (con alguna adaptación) en las tres dimensiones propuestas por Donabedian (SS, 2012a).

- a) La calidad técnica y la seguridad del paciente. Este componente tiene como objetivo fomentar la calidad técnica y la seguridad del paciente en los establecimientos de atención, mediante acciones de disminución de eventos adversos y la medicina basada en la evidencia.
- b) Calidad percibida. Su objetivo principal radica en fomentar el dominio de la calidad, tanto en los líderes de los lugares que ofertan salud, los usuarios como en los

personal de la salud, debido a que estos últimos forman parte del supuesto de que no es suficiente la acción de estos últimos para alcanzar los objetivos de calidad.

- c) Calidad en la gestión de la atención médica. Con el propósito dirigirse bajo la administración de la Secretaría de Salud, se pretende implementar cambios en la calidad de gestión y la organización de los servicios de salud.

La finalidad de las acciones es establecer medidas de protección de eventos adversos en hospitales de 60 y más camas, con el propósito de garantizar la seguridad del paciente en las unidades del Sector Salud. Los objetivos de este proyecto se incluyen la promoción proyectos de mejora de la seguridad del paciente y la difusión de sus resultados a nivel sectorial, así como acciones planteadas con los retos globales propuestos por la OMS. Para la prevención y reducción de la infección nosocomial, esta estrategia pretende alcanzar una tasa de infección hospitalaria no mayor al 6% de los egresos hospitalarios y la meta de que el 60% de los centro de atención públicos dispongan con un modelo para la administración del peligro de la infección nosocomial capacitando al personal. Para el expediente clínico integrado y de calidad, esta iniciativa tiene como propósito garantizar la calidad de la documentación médica y de enfermería en los centros de salud que llevan a cabo la revisión periódica por las unidades médicas; todo ello con el agrado de cumplir a la Norma Oficial Mexicana (NOM) 168-SSA1-1998 (SS, 2012a).

Asimismo, se sugiere la calidad en la atención materna, esta acción tiene como propósito general incluir en la agenda de las instituciones del SNS, programas de calidad para la mejora y estandarización de los procesos de atención obstétrica, enfocados en la prevención de la muerte materna. Se espera que el 100% de los Responsables Estatales de calidad participen en los Comités de Mortalidad Materna y Perinatal. Para los cuidados paliativos (PALIAR) el propósito es mejorar la calidad de vida de los pacientes en situación terminal; su objetivo es la difusión del programa en todas las entidades federativas y en las instituciones afiliadas a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (SS, 2012a).

El uso racional de medicamentos tiene como propósito general, plantear estrategias que fomenten el uso racional y la eficiencia de los medicamentos por parte de los profesionales de la salud y de los usuarios. Este programa pretende lograr que el 50% de las entidades federativas que disponen con al menos un hospital, se asocie al proyecto de uso racional de medicamentos. Se continúa con la medicina basada en la evidencia y uso de Guías de Práctica Clínica (GPC), esta acción tiene como propósito general establecer mecanismos de coordinación y consenso sectoriales para desarrollar actividades de difusión, capacitación e implantación de las Guías de Práctica Clínica (SS, 2012a).

Diseño de una cultura de seguridad del paciente y de sistemas de notificación de eventos adversos en hospitales de 60 camas o más, para disminuir los riesgos y prevenir los daños

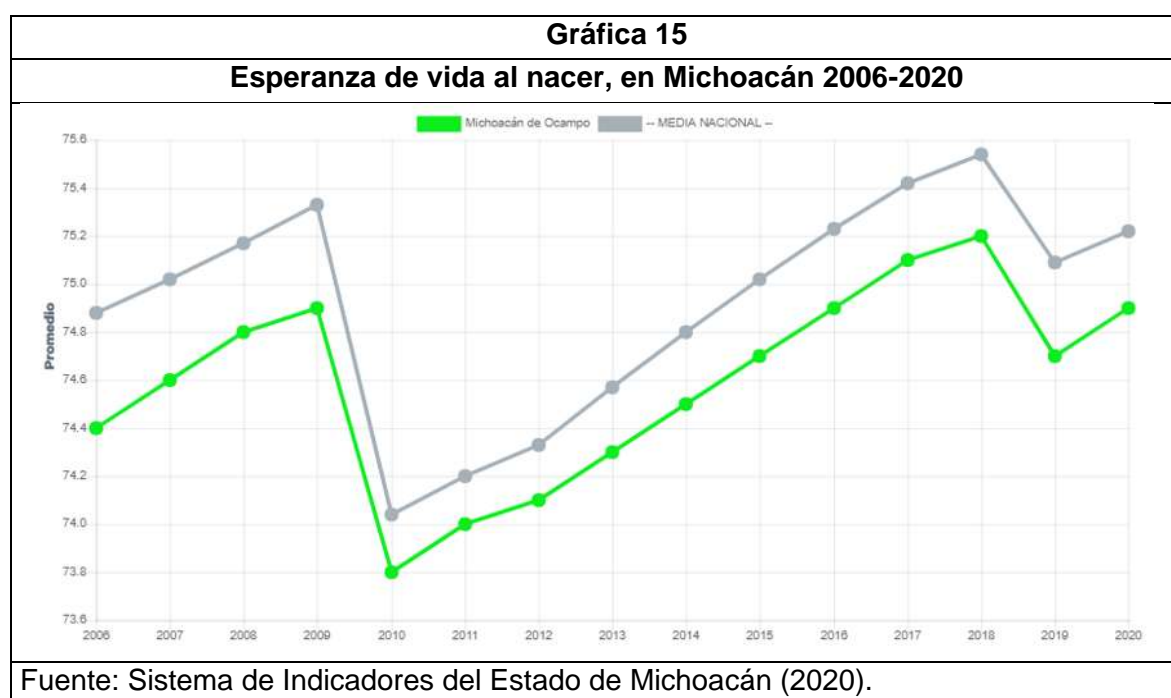
que en principio pueden sufrir los pacientes, especialmente durante su estancia intrahospitalaria (SS, 2012a).

Estas son las políticas públicas, programas y acciones más relevantes que se han tenido en México, esfuerzo de décadas. Dichas estrategias también son contempladas para las entidades federativas en este caso aplican para Michoacán.

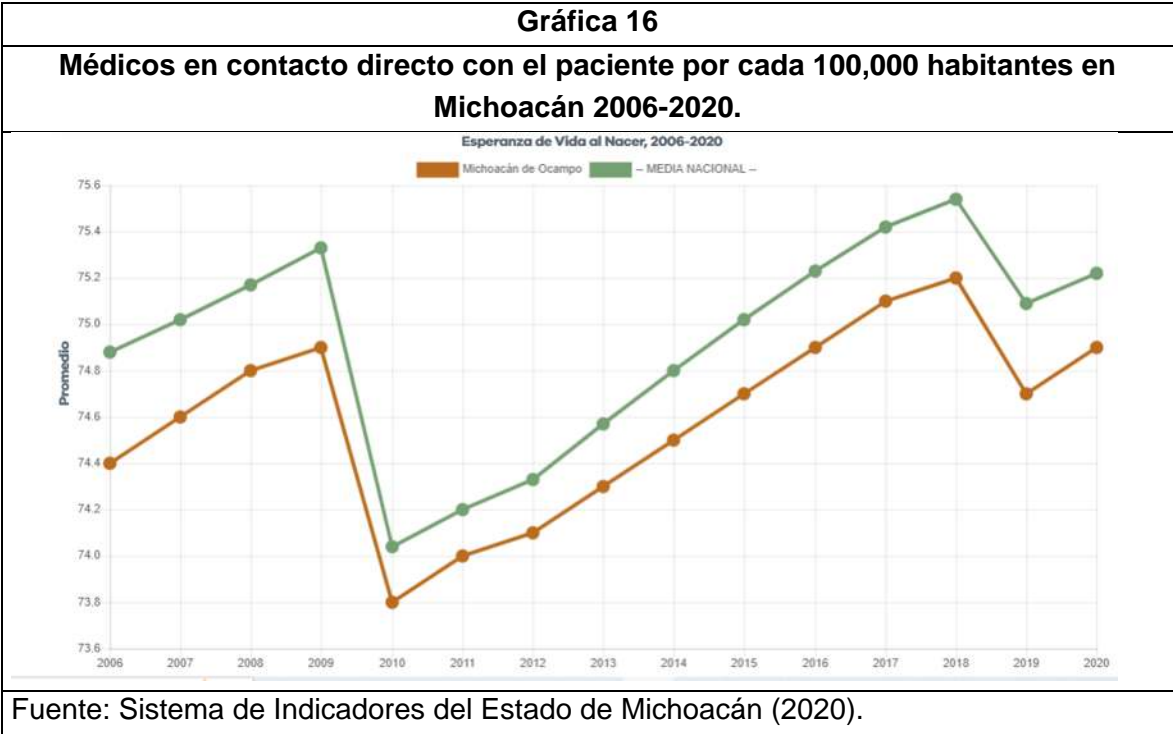
#### 2.4. La salud, el sector salud y las políticas de salud en Michoacán, 2010-2020.

El estado está conformado por 113 municipios y cuenta con 9 mil 427 localidades, lo que da una idea de la gran dispersión de la población, ya que el 53.4 por ciento de esta vive en localidades menores a 15 mil habitantes, mientras el promedio nacional es de 37.5 por ciento. Esta conformación demográfica provoca un doble esfuerzo para el sector, puesto que llevar servicios de salud a estas localidades resulta más oneroso y requiere de mayores recursos humanos y materiales (SS, 2021a). La tendencia de la población michoacana a semejanza de la del país es hacia el envejecimiento, porque aproximadamente 800 mil habitantes que actualmente se ubican de los 45 a los 64 años, en el curso de los próximos 20 años, incrementarán paulatinamente el de mayores de 65 años (SS, 2021a).

De acuerdo con la Gráfica 15, Michoacán tiene una esperanza de vida en promedio de 74.9 años, a pesar de que se encuentra por debajo de la media nacional la cual tiene un promedio de 75.22 años, no es una diferencia tan notoria.



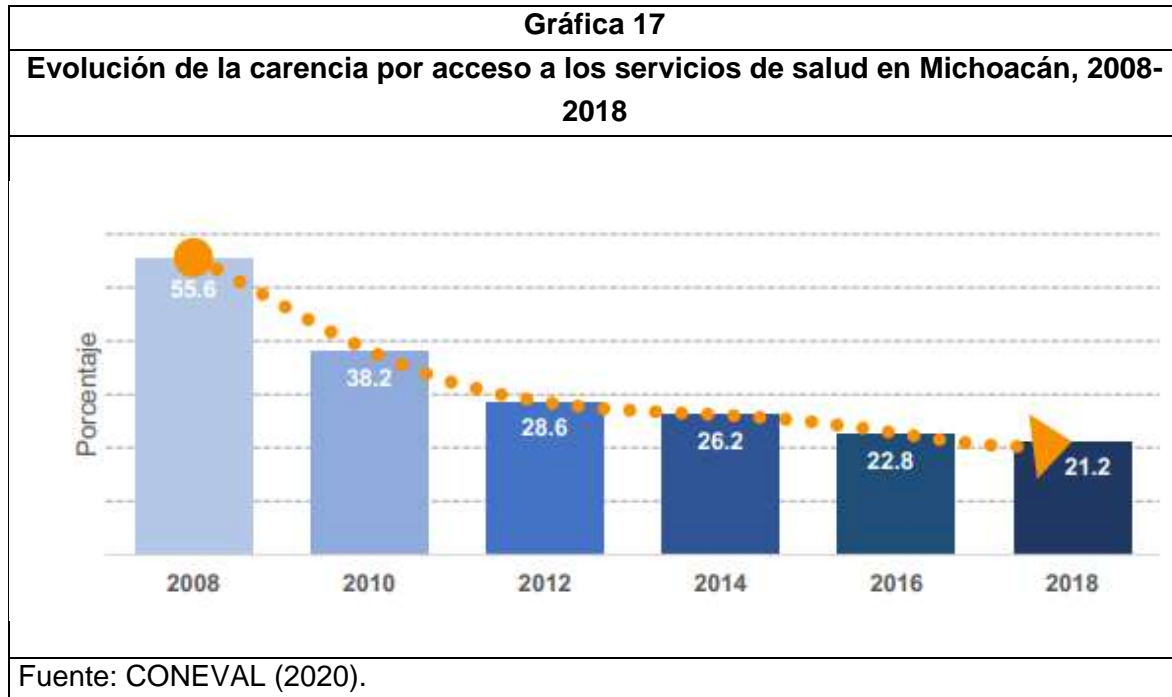
Lo que se puede observar en la Gráfica 16, Michoacán cuenta con 156 médicos por cada 100,000 habitantes se encuentra por debajo de la media nacional la cual es de 196 médicos por cada 100,000 habitantes, Michoacán dentro del ranking nacional, está en el número 26, demostrando que es necesario poder subir el número de médicos para poder hacerle frente a los retos que tiene el sector salud.



Al evaluar la posición que ocupa la entidad en el ranking nacional de IDH es posible apreciar que se requieren aún más esfuerzos para mejorar el bienestar de la sociedad (Ayvar et al., 2020). Este índice de desarrollo contiene factores esenciales de salud. Dentro de las entidades federativas se destacan la Ciudad de México, Nuevo León, Chihuahua, Baja California, Sonora y Aguascalientes como los estados con un incremento en sus niveles de desarrollo humano. Mientras que los que tiene los niveles más bajos fueron Hidalgo, Michoacán, Chiapas, Oaxaca y Guerrero (Giménez et al., 2016; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2022 como se citó en Ayvar et al., 2020).

Los municipios de Morelia, La Piedad, Lázaro Cárdenas, Marcos Castellanos, Zacapu, Cherán, Tanhuato, Uruapan, Jiquilpan y Zamora han alcanzado niveles más elevados de desarrollo humano en el ámbito sanitario durante el período 1990-2015. Los que han tenido un desarrollo bastante lento fueron Tlalpujahua, Juárez, Angangueo, Tzitzio, Contepec, Jungapeo, Ocampo, Susupuato, Nuevo Urecho, Tuzantla y Turicato. Esto se relaciona de forma directa con la tasa de mortalidad infantil, la población con derechohabencia, así como

con las unidades médicas, consultorios, médicos y enfermeras disponibles (INEGI 2020a-d; Secretaría de Salud 2020a-d, como se citó en Ayvar et al., 2020).



Para el 2015, la mayor proporción de protección en salud en la entidad se da por el SPSS (identificado como Seguro Popular), que cubre al 63.46 % de la población, seguido del IMSS con el 28.11 por ciento de la población (SS, 2021b). Se tuvo un decremento en los servicios de primer nivel en atención, siendo las consultas las que disminuyeron, pero aumentando la demanda de los servicios de segundo nivel en consulta especializada y cirugías. Otro tema de relevancia en Michoacán son los recursos de salud, el número de salas de expulsión, número de quirófanos, médicos, enfermeras y camas censales se encuentran por debajo del nivel nacional y más aún por el nivel de por los promedios de la OCDE (SS, 2021b).

La evolución de la carencia por acceso a la salud como se observó en la gráfica 17 el CONEVAL (2020) en su Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018 menciona que el sector salud ha mostrado avances importantes, especialmente por el número creciente de personas que se encuentran afiliadas a algún servicio de salud. Sin embargo, este aumento en el número de personas afiliadas debe ir acompañado de una mejor calidad en los servicios de salud. Informe de pobreza y evaluación 2020. De acuerdo con el IEPDS 2018, para poder ejercer el derecho al acceso a los servicios de salud de manera efectiva es necesario:

- Otorgar servicios de salud con calidad y efectividad de cobertura universal para garantizar una atención equitativa.
- Promover el cuidado de la salud, la prevención y el tratamiento de patologías.

Se encuentra la estrategia nacional para consolidar de la calidad en los establecimientos y servicios de salud que posibilitara aumentar la calidad mediante seis dimensiones: calidad y seguridad del paciente, innovación y mejora continua, gestión de riesgos en la atención médica, certificación de los establecimientos de atención médica, normatividad en materia de salud y educación en salud (CONEVAL, 2020).

La Secretaría de Salud existe el Sistema de Indicadores “INDICAS”, donde se registra y monitorea información que permite darles seguimiento y establecer comparaciones entre las unidades de atención médica en todo el país y en diferentes periodos de tiempo. Uno de los indicadores más importantes es el Trato Digno el cual mide el grado de satisfacción del usuario o paciente al recibir atención médica; En el área de Michoacán se encuentra un nivel elevado de aceptación en relación con este indicador, teniendo fluctuaciones mínimas que no afectan el estándar, aunque es fundamental fortalecer las acciones que respaldan estos resultados (SS, 2021b). Un tema importante basado en la calidad es la entrega de medicamentos donde se reporta que el resultado del indicador es favorable, sin embargo, sería bueno poder profundizar en este tema pues las dotaciones con las cuales cuentan los centros de salud son insuficientes para el número de habitantes que atienden (SS, 2021b). De acuerdo con el Informe de Evaluación de la política de Desarrollo social (IEPDS), para poder ejercer el derecho a la seguridad social de manera efectiva es necesario: Destinar una mayor proporción del gasto en seguridad social instrumentos que permitan aumentar la cobertura para la población con menores ingresos y mejorar la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los mecanismos de seguridad social no contributivos, de manera que el acceso a este derecho no se vea condicionado por la formalidad laboral, el nivel salarial y las prestaciones. Además, se hace necesario tener políticas públicas que apoyen de manera más eficaz la salud y el bienestar de los michoacanos para que en conjunto se puedan lograr mejoras que puedan tener impactos significativos en materia de salud (CONEVAL, 2018).

#### ***2.4.1 Las políticas públicas en Michoacán***

Los proyectos prioritarios que tiene la secretaría de salud; el primero es disminuir la mortalidad materna y así evitar la orfandad de los recién nacidos dentro de las causas están la insuficiencia en la cobertura de salud, la mala calidad en el área obstétrica, deficiencia de recursos humanos e infraestructura para cubrir las necesidades de las mujeres embarazadas. Segundo punto disminuir el embarazo en adolescentes sus efectos son la deserción escolar, muertes maternas, abortos y pocas oportunidades laborales, los

embarazos de adolescentes va en aumento siendo las principales causas no aceptación de los métodos anticonceptivos, desabasto de métodos anticonceptivos en las dependencias de salud, falta de información del prestador de servicio. Como tercer punto fortalecer la infraestructura hospitalaria (CONEVAL, 2018).

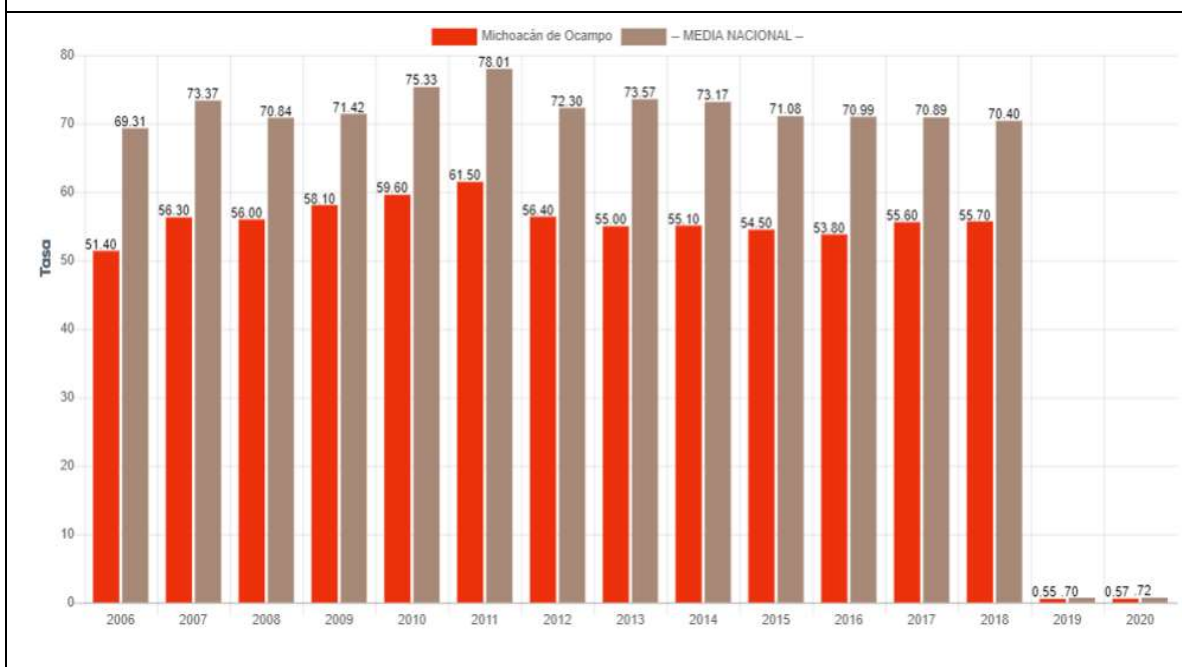
Se puede observar en la Gráfica 18, que Michoacán se encuentra por debajo de la media nacional con un valor de 0.57 camas siendo 0.72 el valor nacional. La demanda de pacientes es mayor de lo que se puede ofertar lo que genera un mal servicio de salud.

La problemática es que está rebasada la capacidad de atender la demanda de atención de salud, como el número de camas por habitante, tampoco existen las unidades necesarias en zonas alejadas rurales por lo que se requiere un desplazamiento de los habitantes de las localidades aumentando su gasto de bolsillo para la salud, según datos de la Secretaría de Salud el 40% de las obras planeadas no están concluidas (SS, 2021b). Las principales causas no se tienen el presupuesto ni la gestión necesaria para concluir dichas obras, pagos fuera de tiempo limita el avance de obras.

El cuarto punto es referente al abasto de medicamentos los efectos negativos es que al no tener abasto incrementan las enfermedades prevenibles, así como complicaciones en enfermedades crónicas, aumento en los tiempos de estancia en los hospitales con riesgos de infecciones aumentando los costos en la atención en salud. La problemática es que la población no cuenta con los tratamientos oportunos donde las unidades médicas no cuentan con lo básico de medicamentos. Las principales causas según la Secretaría de Salud son la falta de planeación de la cadena de suministro (SS, 2021b).

**Gráfica 18**

**Camas censables por cada 100,000 habitantes en Instituciones Públicas, en Michoacán 2006-2020.**



Fuente: Sistema de Indicadores del Estado de Michoacán (2020).

Es importante mencionar al PLADIEM (2021) que es el Plan Estatal de Desarrollo Integral del estado de Michoacán, es un documento del gobierno del estado, donde se encuentran escritas las estrategias que serán sumadas al actual gobierno, plan que se formó principalmente para identificar problemáticas y demandas que tiene la sociedad michoacana, atacando los problemas de diversos sectores entre ellos, el sector sanitario. Se pretende mejorar las condiciones y por ende la calidad que se otorga en el servicio del sector salud. A continuación, se describe de manera breve cuál es el plan del gobierno michoacano para hacerle frente a esta problemática.

Como se menciona en el Plan de Desarrollo Integral de Michoacán (PLADIEM, 2021), el disfrute del derecho a la salud está estrechamente relacionado con otros derechos humanos, incluidos servicios de salud oportunos, aceptables y asequibles, de alta calidad. Lamentablemente, más del 64% de la población de Michoacán no cuenta con seguridad social (Coneval, 2020), y el sistema de salud pública ha sido ineficaz e insuficiente para satisfacer las necesidades de la población en los últimos años.

Miles de michoacanos carecen de acceso real a los servicios de salud y no pueden recibir los tratamientos o terapias que requieren, ya que no están afiliados a ninguna de las instituciones de seguridad social o enfrentan padecimientos para los cuales no hay cobertura. Por eso, la meta que se planteó es promover y garantizar el acceso efectivo,

universal y gratuito a los servicios de salud, con calidad, calidez, humanismo, empatía, pertinencia cultural, trato no discriminatorio y con perspectiva de género (PLADIEM, 2021). Como se observa este plan está incluyendo importantes variables que en esta investigación se están planteando para que se mejore la calidad y donde la sociedad está externado las necesidades que tiene en este sector.

El PLADIEM (2021) plantea coordinar acciones con el gobierno federal, a través del modelo IMSS Bienestar y fortalecer la atención integral de la población no derechohabiente, con respeto a los derechos humanos, perspectiva de género y énfasis en los grupos vulnerados. Además, se identificó que los pacientes deben costear el material o medicamentos que se requieran para sus tratamientos, esperar semanas o meses para poder acceder a cirugía y esto ocurre por diversas razones entre ellas la saturación de pacientes, fallas en el equipo, falta de equipo o medicamento. Para esto la estrategia que dio a conocer el gobierno michoacano fue un nuevo modelo de atención integral a la salud, los michoacanos podrán recibir atención médica y hospitalaria gratuita y de calidad, incluidos medicamentos, materiales de curación y exámenes de laboratorio. En este punto no se encuentra registro de dicho modelo, únicamente está escrito que se enfocarán en atención preventiva, haciendo promoción de la salud y diagnósticos que eviten el deterioro de las personas (PLADIEM, 2021).

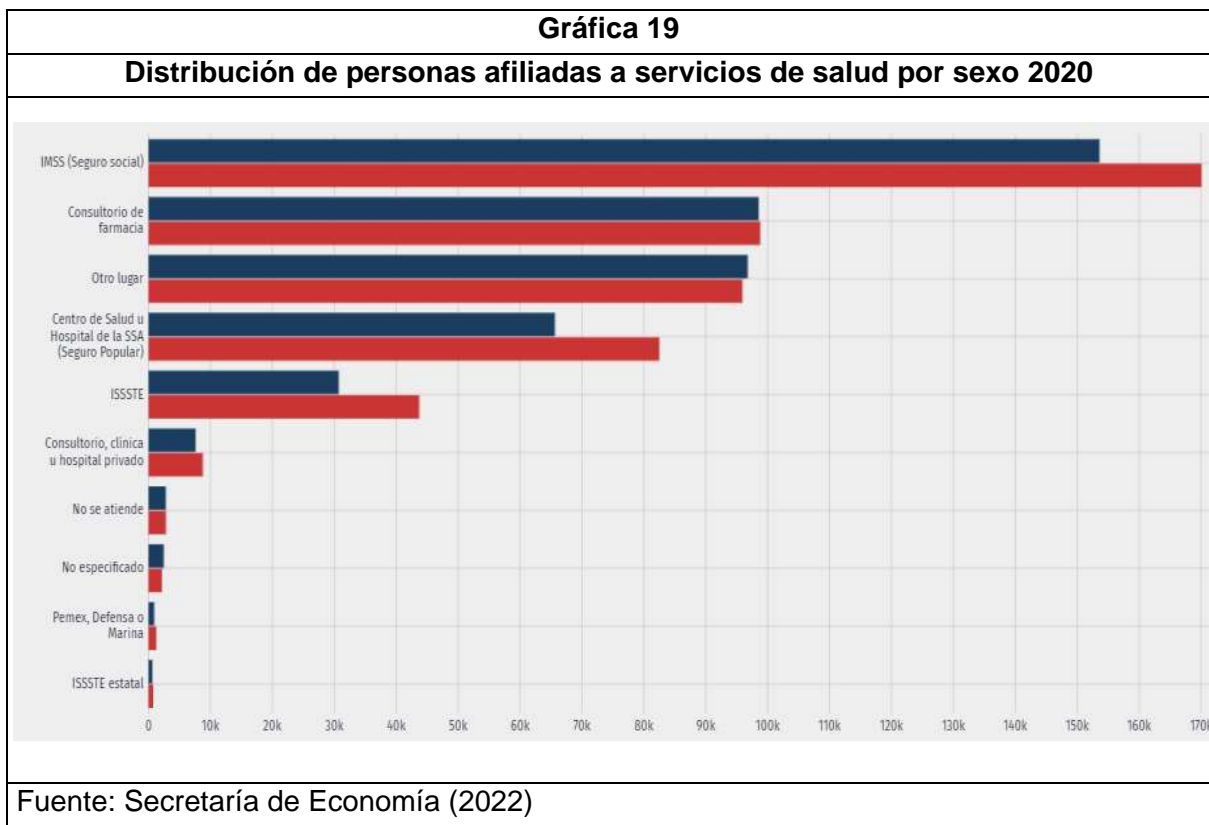
También se indica que se fortalecerá el sistema de salud, mediante acciones como la rehabilitación y equipamiento de hospitales y centros de salud, garantizando la presencia de médicos, especialistas, enfermeras y los trabajadores de la salud las 24 horas del día y los 365 días del año. Viene ligado a este punto que es crucial, una estrategia de mejora y profesionalización del personal que labora en el sector salud, fomentando su capacitación y educación continua. Promoviendo incentivos para los médicos que laboran en municipios alejados a fin de garantizar su permanencia. A la par se fortalecerán mecanismos de control de calidad, atención y denuncia anónima para mejorar el trato a los pacientes (PLADIEM, 2021).

Se impulsará una agenda digital en el sector salud, que incluya internet gratuito en clínicas y hospitales públicos, la integración de los expedientes médicos electrónicos de todos los pacientes, para agendar citas en línea y el fomento a los nuevos esquemas de telemedicina, que permitirán realizar consultas médicas y diagnósticos a distancia con profesionales de la salud, así como el monitoreo de pacientes vía remota. Además, también se incluye el mejoramiento de la infraestructura de salud, el fortalecimiento del equipamiento de las unidades médicas; el abasto oportuno de materiales y medicamentos y la dignificación de los espacios (PLADIEM, 2021).

## 2.5. La salud, el sector salud y las políticas de salud en Morelia, 2010-2020

El municipio de Morelia es la capital del estado de Michoacán, se localiza en la región norte del estado, territorialmente limita en la zona norte con los municipios de Tarímbaro, Chucándiro y Huaniqueo, al este con Charo y Tzitzio, al sur con Villa Madero y Acuitzio al oeste con Lagunillas, Coeneo, Tzintzuntzan y Quiroga. Morelia cuenta con una población total de 784, 776 personas las cuales 372,358 son hombres (47.4%) y 412 418 son mujeres (52.6%) (CONAPO, 2023), Morelia es el municipio con mayor número de habitantes en el estado de Michoacán, concentra el 17% del total de la población. Al ser la capital la oferta de educación, trabajo y salud es mayor que en otros municipios. En el estado de Michoacán se espera que una persona viva en promedio 74.9 años (EBCO, 2018).

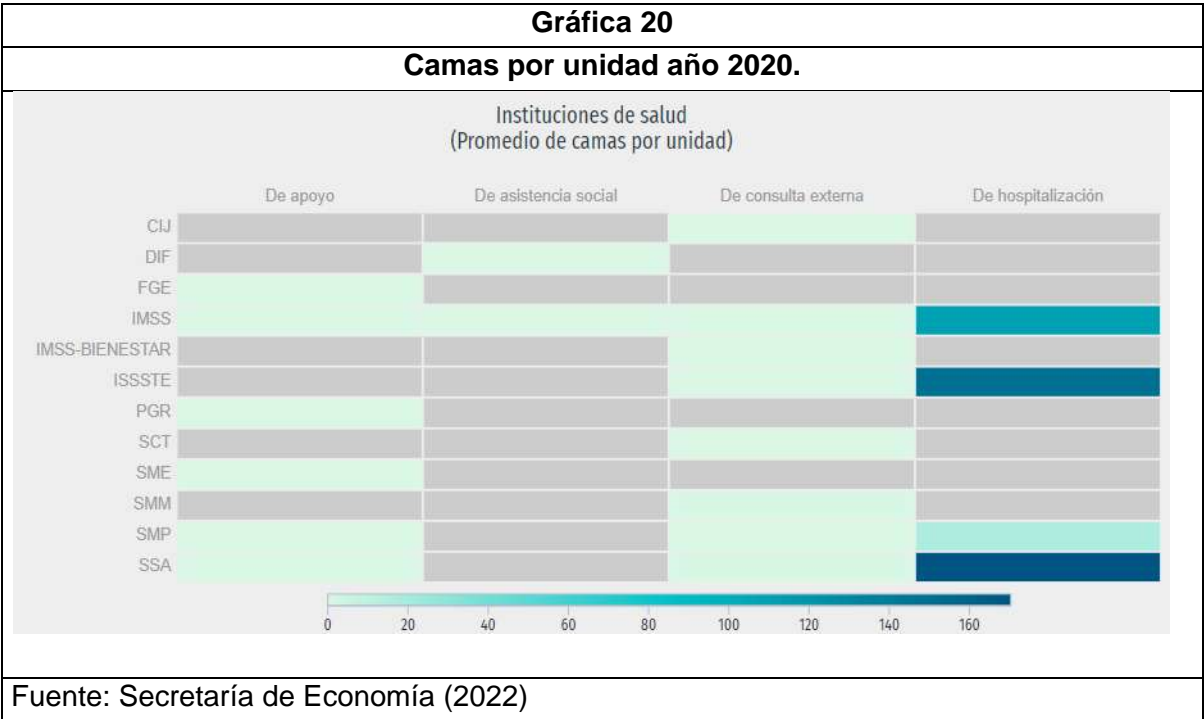
Los municipios de Morelia, La Piedad, Lázaro Cárdenas, Marcos Castellanos, Zacapu, Cherán, Tanhuato, Uruapan, Jiquilpan y Zamora son los que sostuvieron los niveles más altos de desarrollo humano en el factor salud durante el período 1990-2015. Lo cual se relaciona directamente con la tasa de mortalidad infantil, la población con derechohabencia, así como con las unidades médicas, consultorios, médicos y enfermeras disponibles (INEGI 2020a-d; Secretaría de Salud 2020a-d como se citó en Ayvar et al., 2020).



El municipio de Morelia cuenta con 4 unidades de hospitalización las cuales son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Salud (SS) y Servicios médicos privados (SMP). De estas el IMSS cuenta con 3 unidades con 70 consultorios en promedio 23.3 consultorios por unidad. El ISSSTE cuenta con una unidad la cual tiene 43 consultorios, la SS cuenta con 7 unidades que cuentan con 258 consultorios en promedio 39.9 por unidad. Los SMP cuentan con 46 unidades que tienen 210 consultorios con un promedio de 36.9 por unidad (Secretaría de Economía, 2020).

Ayvar et al. (2020) mencionan en su libro llamado “Un modelo de eficiencia del desarrollo humano; una propuesta para México y Michoacán” que con relación al número de médicos disponibles aumentó en un 138% al pasar de 3,259 a 7,741 donde uno de los municipios con mayor número de médicos y población derechohabiente fueron Morelia, así como en el número de unidades médicas donde también se vio favorecida Morelia.

En términos de la cantidad de consultorios disponibles para el período 2000-2017 sobresalen Aguililla, Nahuatzen, Apatzingán, Morelia y Zitácuaro por ostentar los menores crecimientos (25%) en el período de estudio (Ayvar et al., 2020). En el municipio de Morelia se puede observar que el seguro social (IMSS) es el que mayor número de afiliados, con 153,599 hombre y 170,070 mujeres. Siendo los consultorios de farmacia quien los sigue en la escala de la Gráfica 19, secretaria de salud (SS) denominado seguro popular contaba con 65,365 hombres y 82,497 mujeres, el ISSSTE con 30,719 hombres y 43717 mujeres (Ver Gráfica 19).



De acuerdo con la Gráfica 20, dentro de las mismas instituciones ya mencionadas el IMSS cuenta con 333 camas con un promedio de 111 por unidad, ISSSTE cuenta con 149 camas, SS cuenta con 1192 con un promedio de 170 camas por unidad mientras que los SMP cuentan con 784 camas en promedio 74 por unidad.

Morelia al ser un municipio que pertenece al Estado de Michoacán se rige bajo los planes y estrategias de desarrollo que existen a nivel estatal en este caso serían las mismas ya mencionadas en el apartado 2.4. La salud, el sector salud y las políticas de salud en Michoacán, 2010-2020 (PLADIEM, 2021).

Según la Ley de Salud del Estado de Michoacán de Ocampo (2021) el Artículo 23. Corresponde a las acciones que deben de implementar los ayuntamientos:

- I. Asumir las atribuciones exclusivas, concurrentes o coadyuvantes convenidas en los términos de esta Ley con el Ejecutivo del Estado.
- II. Invertir en infraestructura de salud, de acuerdo con lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica y demás normas oficiales mexicanas.
- III. Expedir reglamentos, circulares y disposiciones administrativas relacionados con los servicios de salud que estén a su cargo.
- IV. Formular y desarrollar programas municipales en materia de prevención, de promoción y de atención a la salud, en el marco de los Sistemas Nacional y Estatal de Salud.
- V. En caso de un fenómeno natural, alerta epidemiológica, asociación epidemiológica, brote, emergencia epidemiológica, endemia, enfermedad infecciosa emergente, enfermedad infecciosa reemergente, epidemia y pandemia, observar y coadyuvar en el cumplimiento de las medidas de seguridad sanitarias emitidas por el Gobierno Estatal y/o Federal, o bien las de mayor protección para la población.
- VI. Vigilar y hacer cumplir en la esfera de su competencia, los ordenamientos legales sanitarios correspondientes.

Además, el Artículo 28, señala que la Secretaría en coordinación con los ayuntamientos constituirá comités y patronatos de salud que podrán ser integrados por núcleos de población urbana y rural, los cuales tendrán como objetivo la participación en el mejoramiento y vigilancia de los servicios de salud de su localidad, además, les corresponde (Ley de salud del estado de Michoacán de Ocampo, 2021):

- I. Promover y colaborar en la prevención, tratamiento y mejoramiento ambiental que favorezca la salud de la población.
- II. La organización de la comunidad para obtener su colaboración en la construcción de obras e infraestructura básica, social y mantenimiento de unidades.

- III. Promocionar hábitos de conducta de prevención de enfermedades y accidentes.
- IV. Incorporar a miembros de la comunidad, como auxiliares voluntarios, en la realización de tareas simples de atención médica y asistencia social, y participación en determinadas actividades de operación de los servicios de salud, bajo la dirección y control de las autoridades sanitarias competentes.
- V. Notificar de la existencia de personas que requieran de servicios de salud, cuando éstas se encuentren impedidas de solicitar auxilio por sí mismas.
- VI. Formular sugerencias para mejorar los servicios de salud.
- VII. Todas aquellas acciones y actividades que coadyuven a la protección de la salud y contra riesgos sanitarios.

Estas son las principales políticas, objetivos y acciones que se implementan en el municipio de Morelia para la mejora del sistema de salud, como se observa no se profundiza en que el servicio de salud debe ser de calidad ni cómo debe de ser, es importante con esta investigación tener información acerca de la percepción de la calidad de las instituciones públicas de Morelia, para poder plasmar propuestas que sumen a la mejora del servicio sanitario.

## **CAPÍTULO 3. POSTULADOS TEÓRICOS SOBRE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS, LA SALUD Y LA CALIDAD**

El presente capítulo tiene por objetivo abordar las teorías que se tienen en salud, políticas públicas y calidad derivado del diagnóstico del sector salud del capítulo anterior. De esta forma el primer apartado se aborda el concepto de políticas públicas y su ciclo. En el segundo apartado se estudia el concepto de salud, las teorías que nacen de autores antiguos hasta llegar a los más actuales y su medición. En el tercer apartado se analiza la definición de calidad, en sus distintos aspectos como en el administrativo, en lo industrial y en el servicio. Por último, se expone la relación que existe entre políticas públicas, salud y calidad.

### **3.1. Aspectos teóricos de las políticas públicas**

Toda política pública contiene objetivos, planes y metas de mediano y largo plazo, que resultan además complejas, teniendo como población objetivo al total de la población, o bien, amplios sectores de esta, y se encuentran encaminadas, cuando menos desde la teoría, a alcanzar el bienestar del grueso de la sociedad. Su implementación demanda ciertos instrumentos, como es el caso de la expedición de un marco jurídico y reglamentario, la disponibilidad de recursos financieros y humanos suficientes, y también de estar revestidas por un cierto grado de legitimidad, considerada como la aceptación de una parte importante de la ciudadanía. Sin embargo, el distanciamiento entre lo que existe teóricamente en la formulación de la política pública y lo que sucede en su ejecución resulta frecuente, lo que se explica en la mayoría de las ocasiones en la distribución del poder, tanto económico y material, como ideológico (Monge, 2020).

Las políticas públicas se centran en las problemáticas de la sociedad, La génesis de una política pública implica el reconocimiento de un problema. Qué cuenta como problema y cómo se define depende de la manera en que los diseñadores de las políticas buscan aproximarse a un tema o evento. Como atinadamente lo expresará James A. Jones en el contexto de los problemas sociales: "quien sea el primero en identificar un problema social será también el primero en delinear los términos para su discusión" (Jones, 1971, como se citó en Parsons, 2013). Un problema debe ser definido, estructurado, colocado dentro de ciertos límites, además de recibir un nombre o etiqueta. La forma en que se lleva a cabo este proceso es crucial para la formulación de una política de respuesta. Las palabras y los conceptos a los que se recurre para describir, analizar o clasificar un problema enmarcan y moldean la realidad a la que se desea aplicar una política o solución. Los problemas implican percepciones, y las percepciones implican construcciones. La principal característica de los problemas de políticas públicas, a diferencia de otros tipos de

problemas como los que pertenecen al ámbito de las matemáticas o la física, es que su definición no es precisa. La forma de comunicar ya sea de manera verbal, no verbal o escrita dicta mucho el cómo los demás interpretan la situación que se está revisando, es crucial que se haga lo más específico y directo para que se pueda expresar de la mejor manera (Parsons, 2013).

De acuerdo con Parsons (2013) la política surge porque no hay una percepción universal sobre los problemas y, en caso de haberla, no hay un acuerdo universal sobre qué puede y debe hacerse al respecto. La definición del problema es parte del problema. La política surge para llegar a acuerdos donde se intentará tener la mejor decisión por el bienestar social, tomando en cuenta toda percepción dentro de un problema o al menos así debería ser sin tener conflicto de intereses. Analizar no es observar un problema, sino participar en él, es aquí cuando verdaderamente te apropias y te das cuenta del mecanismo que hace que sea un problema. Al trabajar en él dentro se pueden, lograr más tareas que realizar desde el exterior sin tener conocimiento de la estructura del problema.

### ***3.1.1. El concepto de las políticas públicas***

En torno al concepto de políticas públicas, es necesario, en primer lugar, identificar la diferencia entre la "politics" o política, que abarca las relaciones de poder, los procesos decisorios derivados de estas, y las confrontaciones entre la sociedad civil organizada y el gobierno, y las "policies" o políticas, que se relaciona directamente con las decisiones, acciones y omisiones de los actores involucrados en los asuntos públicos (Aguilar, 2017).

Existen dos tendencias de las políticas públicas: el policy studies (estudios de políticas) y el policy analysis (análisis de políticas). Cuando se habla de política pública se hace alusión a los procesos, decisiones, resultados, pero sin que ello excluya conflictos entre intereses presentes en cada momento, tensiones entre diferentes definiciones del problema a resolver, entre diferentes racionalidades organizativas y de acción y 6 entre diferentes perspectivas evaluadoras, se está ante un panorama lleno de poderes en conflicto, enfrentándose y colaborando ante opiniones y cursos de acción específicos (Aguilar, 2017).

### ***3.1.2. Escuelas y autores que abordan el significado de las políticas públicas***

Existe distintos enfoques de políticas públicas, uno de ellos es el enfoque positivista/funcionalista, este marca el inicio del análisis moderno de las políticas públicas, los cuales veían los problemas sociales como hechos medibles, desde esta perspectiva, el papel de las ciencias sociales consiste en identificar aquellas condiciones disfuncionales para la sociedad, desarrollar conocimientos acerca de los problemas a fin de analizar sus "causas" y ofrecer remedios. El enfoque fenomenológico, derivado de la escuela del interaccionismo simbólico, ve los problemas como construcciones sociales básicamente

subjetivas. El papel de las ciencias sociales consiste en dilucidar definiciones y supuestos, mostrar a quién pertenecen las definiciones que operan, qué puntos de vista alternativos existen e identificar puntos de intervención (Parsons, 2013).

La demanda de políticas públicas determina la oferta de políticas públicas. Además, el hecho de que los diseñadores de las políticas midan y estén atentos a la opinión pública fortalece el argumento de que la agenda de las políticas públicas está definida por el juego mutuo entre la opinión pública y el poder público. A medida que las democracias liberales transformaron el dominio de lo público, la noción de la opinión pública también cambió, y viceversa. De hecho, es interesante preguntarse qué fue primero, las políticas públicas o la opinión pública. En tanto concepto, podría decirse que la idea de opinión pública antecede a las políticas públicas. El auge del poder basado en el conocimiento, personificado a su vez por expertos o tecnócratas, ha sido una característica clave del análisis de la formulación de las políticas a partir de la posguerra. En la construcción de problemas, aquellos que "conocen" o dicen conocer determinado tema aportan un insumo vital al proceso de elaboración de definiciones. En lo que respecta a las políticas públicas, está claro que los profesionales desempeñan un papel clave en la producción y difusión de conocimientos, así como en la interpretación y la implementación de las políticas entre el grueso del público (Parsons, 2013).

### ***3.1.3. El ciclo de las políticas públicas***

Establecido el problema público, y tomada la decisión, es decir, una vez que se ha elegido la acción que se llevará a cabo, se procede a la implementación de esta decisión, es decir, la política pública. La implementación de políticas públicas es relativamente una nueva área de análisis, que surge con Pressman y Wildavsky (1973), quienes se enfocaron en este campo del saber, llamando a los especialistas a dicho campo, que fue de gran relevancia. Hasta ese momento, los estudios en torno a la implementación de políticas habían sido poco abordados, pues los especialistas se enfocaban mayoritariamente en el proceso de toma de la decisión, dando por hecho que, una vez efectuado este paso, la implementación vendría de manera casi automática, y que se lograría un resultado muy similar al planteado originalmente. No obstante, la evidencia mostró una gran discrepancia entre estos objetivos, y los resultados reales obtenidos de su implementación (Van Meter y Van Horn, 1975, como se citó en Revuelta, 2007).

Para Pressman y Wildavsky (1973) la implementación debe ser considerada como un proceso de interacción entre el establecimiento de metas para alcanzarlas. La implementación es la etapa posterior de la política, la cual requiere acciones concretas para lograr la meta de la política.

La última etapa del ciclo de política después de la formulación y la implementación es la evaluación de políticas públicas, consiste en la mensuración y análisis, a posteriori, de los

efectos producidos en la sociedad por las políticas públicas, especialmente en lo que se refiere a las realizaciones obtenidas y a las consecuencias previstas y no previstas. Concretadas estas tareas adviene el crucial momento de la elaboración de recomendaciones (Díaz, 1998).

Desde la óptica de otros autores, el primer paso es la identificación del problema, con lo que inicia el ciclo de políticas públicas, analizando qué actores intervienen en este, para estar en condiciones de efectuar un planteamiento y definición correcta del problema público a atender. Para Vargas (2007) la definición del problema es una decisión de suma importancia que marca enormemente el avance de la política pública, el disminuir el ámbito de posibles soluciones a considerar, una falta de definición del problema está en la base del fracaso de muchas políticas públicas. La identificación del problema es un proceso de búsqueda de información que posibilita la identificación de demandas, amenazas u oportunidades para impulsar las políticas futuras y futuras.

El proceso de las políticas públicas puede dividirse en fases o etapas, que no deben comprenderse como una secuencia temporal estricta, sino como una aproximación minuciosa. Su número varía en función de la separación que cada autor realiza. (Cardozo, 2013). Por lo que se tomarán en cuenta las siguientes fases una vez identificado el problema:

1. Formulación o diseño: análisis ex – ante, basado en el diagnóstico y definición del problema (Cardozo, 2013). Se trata del establecimiento de las metas y objetivos para alcanzar, la identificación y la creación de los posibles caminos (alternativas de solución) para lograr los objetivos (Vargas, 2007).
2. Implementación; debería corresponder a la implementación y control de la formulación anterior, mediante la adopción de decisiones operativas y acciones concretas destinadas a impactar en el problema público original; pero que en la actualidad suelen apartarse de la misma en diversos niveles y debido a diversas causas (problemas del diseño, juegos políticos, recursos inadecuados, entre otros) (Cardozo, 2013).
3. Evaluación; análisis ex – post, La evaluación es la etapa final del proceso de la política pública, debido a que es cíclica, es también la primera. Se pueden evaluar los resultados y llevar a cabo una revisión del funcionamiento de la opción seleccionada, valorando la efectividad y el impacto obtenido. El análisis de los resultados conduce a una evaluación del estado del problema que puede suponer una nueva política, a la continuación de la existente o a la finalización de la misma (Vargas, 2007).

La etapa de evaluación ha cobrado una mayor relevancia en los últimos años, en gran parte, debido a que existe cada vez una mayor exigencia de la ciudadanía hacia un ejercicio de gobierno, no solo transparente, sino eficaz y eficiente, provocando que los elementos

obtenidos de las evaluaciones sean fundamentales para guiar los procesos decisorios, es decir, se han convertido en una fuente esencial de conocimiento para tomar mejores decisiones dentro del ejercicio de gobierno.

### **3.2. Elementos teóricos de salud**

Desde la publicación del informe del Banco Mundial en 1993, Invertir en salud, se ha incrementado el interés, los discursos y los trabajos teóricos y empíricos acerca de una relación recíproca entre el crecimiento económico y los buenos niveles de salud de la sociedad. Mejoras en el ingreso poblacional tienen un impacto positivo en la salud de esta (Gallego, 2001). El profesor Amartya Sen (1993) como se citó en Gallego (2001) no niega que los mayores ingresos juegan un papel importante en la sanidad de las personas, pero resalta que no es el único determinante. Existen procesos que él denomina “impulsados por el apoyo”, donde recoge la idea de una política inteligente en salud. De esta manera, el crecimiento equitativo y una política sanitaria fuerte se convierten en ingredientes necesarios para alcanzar los logros en salud.

#### **3.2.1. La concepción de salud**

En un mundo con distintas características como en el que se vive, en el que la salud es importante, las definiciones que se utilizan sobre ella son diversas y tiene consecuencias considerables, ya que representan visiones de la vida propia, actuaciones y planificaciones diferentes (Sánchez, 1998, como se citó en Gavidia y Talavera, 2012). De acuerdo con Gavidia y Talavera (2012) la palabra salud tiene algunas características que hace complejo encontrar una visión única y universal:

- a) Se puede aplicar en distintos contextos.
- b) Forma parte de los presupuestos básicos distintos.
- c) Establece los ideales a la forma de vida que se quiere alcanzar.

Por lo que uno de los conceptos más utilizados es el siguiente:

“El concepto de salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época, la cultura y con las condiciones de vida de la población. La idea que tiene la gente de su salud está siempre limitada por el marco social en el que actúan”. (San Martín, 1981, como se citó en Gavidia y Talavera, 2012, p. 162).

En relación a los diversos contextos de uso, se encuentra el contexto médico-asistencial enfocado a los profesionales de la salud con el propósito de curar. La salud es concebida como inexistencia de enfermedad, el contexto de los pacientes para los cuales la salud es la normalidad. El contexto siguiente es el sociológico, salud es un estado con el cual se eficiente el desarrollo social, siendo la salud una condición necesaria para lograr las expectativas sociales. Para el contexto económico y político, el aspecto económico hace

ver la salud como un bien económico e intentará relacionarla con otros factores económicos como el PIB, el gasto sanitario, la industria farmacéutica, entre otros. De esta forma, la evaluación individual de la salud se relacionará con el nivel de salario y la demanda de asistencia con los precios o con el sistema retributivo a los médicos (Gavidia y Talavera, 2012).

Según Gavidia y Talavera (2012), la salud debe ser considerada como el fundamento de la libertad, la democracia, la igualdad, la seguridad, las relaciones internacionales o la estabilidad política, en el contexto ideal y utópico se relaciona con la felicidad y la calidad de vida, teniendo dos visiones, la primera visión neutralista, donde se dice que no existe necesidad de llegar a juicios de valor ya que la salud y la enfermedad es una cuestión científica empírica y la normativa, consiste en que la salud y la enfermedad son definiciones inevitablemente cargados de valor acerca de lo que se desea, lo útil o lo beneficioso.

Para las diversas concepciones acerca de la salud se abordan cuatro posibilidades la primera se enfoca a lo corporal, según estas concepciones, la salud es un estado de bienestar físico y de silencio de los órganos, mientras que la siguiente concepción se basa en los factores psíquicos tales como el bienestar psicológico y tener un buen comportamiento. Las perspectivas sobre la sociedad incluyen la importancia de tener una vida productiva y la salud física en conjunto con lo espiritual (Gavidia y Talavera, 2012).

### **3.2.2. Escuelas y autores que abordan la noción de salud**

Los conceptos, las percepciones, las investigaciones, incluso las enfermedades, van cambiando conforme evoluciona la sociedad. La salud y la enfermedad no son conceptos permanentes, han ido evolucionando conforme evoluciona la sociedad. Se abordarán los distintos conceptos de salud con sus autores y el cambio que ha tenido. La salud no parece medible, no es tangible. Se ajusta a la vida y tiene límites porque cuando se presenta la muerte, la salud se ajusta a la vida como la enfermedad a la muerte, especialmente en el momento en los que se contrae una infección (Gavidia y Talavera, 2012).

La salud es el concepto más clásico y antiguo que jamás haya aparecido en la historia, como Hipócrates, la buena salud se produce cuando los elementos básicos de la naturaleza (sangre, glándula pituitaria, bilis amarilla y bilis negra) están adecuadamente equilibrados, como argumentó más tarde Galeno: la falta de este equilibrio conduce a la enfermedad esta tesis se fortaleció con el surgimiento de la fisiopatología, que consideraba la salud como su opuesto, como la ausencia de daños y signos (Quevedo, 1990, como citado en Tirado, 2021) o explicado según Gavidia y Talavera (2012), una de las teorías más importantes que explicaba la salud como equilibrio interno es la que aplicó Hipócrates (460-377 a.C.) sobre los humores. Según esta teoría había cuatro humores: la sangre con su punto de partida en el corazón, la flema en el cerebro, la bilis amarilla en el hígado y la bilis negra en el bazo.

Los aromas se relación con los cuatro elementos que conformaban el universo, tales como el aire, agua, fuego y tierra, y el hombre, cuyo cuerpo se conformaba con los cuatro humores, formaba parte de la naturaleza compuesta por los cuatro elementos, la salud se consideraba como la normalidad y equilibrio de los humores en cuanto a cantidad y calidad; si uno dominaba sobre los demás debido a una afectación, se generaba la enfermedad. A pesar de que la teoría de los humores y la búsqueda del equilibrio interno era común, también era considerada la idea de la necesidad de un equilibrio con la naturaleza (Gavidia y Talavera, 2012).

Las creencias helénicas acerca de la salud y la enfermedad se extendieron hasta la época Media, motivadas por las traducciones de la iglesia católica y por la cultura e investigaciones árabes. Se puede apreciar que la salud se considera como la armonía entre los elementos que conforman la persona, pero también se evidencia la importancia de mantener el equilibrio con el entorno (Leriche, 1937, como se citó en Gavidia y Talavera, 2012).

Elison (1983) menciona cinco etapas entre ambos puntos, de forma que para transitar de un extremo al otro se debe pasar por cada uno de ellos. Estas etapas son: la salud, el descontento, el malestar, la no adaptación, la enfermedad y la muerte.

Dubos (1967) quien indica que la salud es un el estado de adaptación para afrontar el entorno. Con lo cual se recuerda la teoría de Darwin, quien atribuía la supervivencia del más fuerte por la adopción al medio ambiente. Donde las condiciones de vida tienen total importancia de acuerdo con estos cambios el ser humano tendría que modificar su propio ADN para poder ser capaz de vencer las complejidades que se le fueran presentando y conservar la especie.

Terris (1980) como se citó en Gavidia y Talavera (2012) propone la salud como un estado físico, mental y social adecuado, con la capacidad de funcionar y no como la no enfermedad. La salud-enfermedad tiene dos fundamentos, uno subjetivo, que es sentirse bien o mal y otro objetivo además de observable: la posibilidad de funcionar.

Un concepto interesante es el que describe Matarazzo (1980) con el término de salud conductual con el propósito de fomentar la relevancia de la persona en su propia salud, impulsando la responsabilidad individual hacia la adopción de medidas que prevengan la enfermedad y se fortalezca la salud. Como antes se definía la enfermedad diciendo que era una herida orgánica, ahora la salud se mantiene en función de las acciones. Este término es un origen de la medicina preventiva, que pretende evitar en la medida de lo posible que la población se enferme enseñando e informando los hábitos necesarios que se debe de tener para no perder la salud.

Según Tirado (2021) es innegable la influencia que la gobernanza tiene sobre el devenir de la salud, en tanto los individuos como sujetos sociales se encuentran insertos en una sociedad modelada por procesos políticos, donde el poder financiero y el neoliberalismo hegemónico afectan el proceso salud-enfermedad. En tal sentido, (Breilh, 2020, como se citó en Tirado, 2021) resalta la importancia de analizar la estructura de poder que determina los rasgos saludables o malsanos de los modos de vivir, según el género, la clase social y la condición etnonacional como principales fuentes de inequidad.

El concepto de salud va más allá de la capacidad de autocuidado, la seguridad contra los riesgos, la capacidad para corregir ese margen de tolerancia y los medios para enfrentar las dificultades, ya que está mediado por determinantes sociales, económicos, políticos y culturales (Caponi, 1997, como se citó en Tirado, 2021). La salud es un valor supremo, es un medio para la realización personal y colectiva (Frenk, 1992). La salud es más que una responsabilidad del ámbito personal (Cardona y Franco, 2005), la salud es un derecho social y un hecho político que se soporta en la equidad, la justicia y la solidaridad.

### ***3.2.3. Medición del concepto de salud***

Históricamente, la información ha sido necesaria para describir y analizar el estado de salud de la población y evaluarlo como parte de la implementación y adaptación de cualquier medida sanitaria. La información que respalda los indicadores debe estar respaldada por datos confiables y válidos. Los indicadores de salud son medidas para cuantificar y evaluar diversas dimensiones de la salud de la población. Representan medidas resumidas que capturan información sobre diversas características y dimensiones del estado de salud y el funcionamiento del sistema de salud. Construir indicadores puede significar utilizar números absolutos para calcular fenómenos de salud, estableciendo relaciones, ratios o índices más complejos. Estos incluyen indicadores de morbilidad, discapacidad, determinantes no biológicos de la salud como el acceso a los servicios, la calidad de la atención, las condiciones de vida y los factores ambientales. (Valenzuela, 2005).

Existen los indicadores para evaluar los servicios de salud, los cuales contemplan accesibilidad, disponibilidad como los recursos existentes, siguen los indicadores de procesos como la productividad y rendimiento. Los Indicadores de resultados, estos pueden ser medidos en forma directa a través de eficiencia, eficacia, o bien se miden a través de resultados indirectos como el impacto en la población, la efectividad, la cobertura de vacunación en menores de 1 año, porcentaje de atención profesional del parto. Eficiencia se refiere a la utilidad de un programa teniendo en cuenta aspectos de costo-efectividad. La eficacia se refiere al logro de los objetivos del programa para los grupos objetivo. Se expresa en términos de resultados deseados. Si el programa logra sus objetivos, se acumularán beneficios. Por ejemplo, si queremos saber qué tan efectiva es una vacuna

contra una enfermedad, entonces la efectividad es la reducción en la incidencia de esa enfermedad. Alternativamente, si se utiliza un programa de prevención para reducir los accidentes laborales, su eficacia dará como resultado una reducción de los accidentes laborales (Valenzuela, 2005).

Para Sánchez y Echeverry (2004) las escalas son una forma de medir la salud, el proceso de construcción de una escala puede esquematizarse en la siguiente secuencia:

- A. Estamos ante algo que creemos que realmente existe y que queremos medir.
- B. Lo que queremos medir es un fenómeno complejo, que no es observable directamente y que tiene manifestaciones o maneras de expresarse que no son constantes.
- C. Se descompone lo que queremos medir en grupos de síntomas o manifestaciones que siempre están presentes. Esos grupos se llaman Factores o Dominios.
- D. Se desarrolla una estrategia para medir los Factores o Dominios, usualmente mediante la construcción de ítem.

Ya que se realiza la construcción el siguiente paso es certificar que la escala tiene ciertas características o atributos que hacen meritoria su utilización y posteriormente hacer una validación de escalas (Sánchez y Echeverry, 2004).

La medición de la salud es importante para tener un panorama general del estado de la población y de la situación hospitalaria en la que como sociedad se está, esto para poder tomar acciones específicas y poder lograr que la sociedad tenga un bienestar y calidad en los servicios de salud, información que se podrá obtener derivado de estos indicadores y de su estudio.

### **3.3. Fundamentos teóricos de la calidad**

Desde 1950 hasta 1975, los altos directivos de Japón aceptaron el control de la calidad gracias a Deming. La prosperidad de la posguerra terminó cuando inició la competencia extranjera en automóviles, productos textiles, productos electrónicos, zapatos y acero. Los productos que antes no eran de alto valor cambiaron a ser de valor. Los japoneses se vieron en la necesidad de planificar a largo plazo y dar importancia a la calidad de la producción. La calidad es una mejora continua la cual brindan los trabajadores (Rosander, 1994). Es importante sensibilizar a los profesionales, no solo de la importancia del concepto de calidad, sino del porque y para qué se creó, qué persigue y cuál es su fin. Es imprescindible trabajar en un equipo que incluya a todos: profesionales, técnicos, administrativos, auxiliares, residentes y facultativos, y realizar el trabajo con una organización que permita la interrelación entre servicios para mejorar la atención al paciente. Es fundamental

incentivar la responsabilidad sobre los propios resultados, fomentar y dar a conocer dentro de la organización la importancia de todos, que cada uno cuenta y es determinante en la atención del paciente. De esta manera, la atención se realizará con éxito y se conseguirán mejores resultados (Guerra et al., 2015).

El movimiento por la calidad comenzó en 1920 con la compañía telefónica de Estados Unidos. Debido a los numerosos errores, no fue posible ponerlo en funcionamiento. Luego se creó un departamento de calidad. El control de calidad forma parte de todas las etapas del proceso de producción industrial, desde las especificaciones del cliente hasta la venta del producto, pasando por el diseño, la ingeniería y el montaje, y finalmente hasta el embalaje y envío del producto a los clientes y su satisfacción con el servicio. Utilizando las normas ISO, buscaron un control de calidad integral basado en un seguimiento estandarizado de los procesos. Estos estándares garantizan que los productos y servicios sean seguros, confiables y de alta calidad. Además, reduce costes eliminando errores y aumentando la productividad (Barrios, 2007; Bustamante et al, 2018).

### ***3.3.1. La visión de calidad***

Existen autores que hablan acerca del servicio de calidad en el sector salud y que sustentan esta investigación. El principal autor y considerado como el padre de la calidad para la salud es el autor Donabedian. Siendo el autor que creó la primera herramienta en 1980 para la medición de la calidad en el servicio de salud. Introdujo conceptos como estructura, proceso y resultado. Se entiende por estructura los medios materiales y sociales empleados para proporcionar la atención, entre ellos el número, la combinación y las aptitudes del personal, así como su forma de organización y control; el espacio, el equipo y otros medios físicos, antes considerados como “amenidades”. Al evaluar la estructura se juzga si la atención se proporciona en condiciones que permiten u obstaculizan la prestación adecuada de los servicios (García-Fabila, 2018). Siendo los resultados los cambios en el estado de salud en el paciente.

Según Rosander (1994) calidad significa satisfacer la demanda del cliente, está basada en la prevención de las características de no calidad como errores, defectos en los productos, tiempos muertos, demoras, fallos, condiciones de trabajo peligrosas para el trabajador, servicios innecesarios y productos peligrosos. Mientras que para William Edwards Deming la calidad busca satisfacer las necesidades y expectativas del consumidor durante la vida del producto (Deming, 1989).

### ***3.3.2. Escuelas y autores que abordan el significado de calidad***

Existen diferentes autores que abordan el concepto de calidad en diferentes teorías. Se puede comenzar por la teoría de Edwards W. Deming revolucionó la gestión de las

empresas manufactureras y de servicios al insistir en que la alta dirección sea responsable de la mejora continua de la calidad porque la prevención de errores es esencial para los programas de calidad del servicio (Rosander, 1994). Algunas características importantes de la no calidad son las demoras injustificadas, tiempos muertos, servicios innecesarios, pérdida de tiempo, gerentes y empleados incompetentes, pero la seguridad es la más importante, significa cero errores.

Deming se basa en los principios de Shewhart y desarrolló 14 puntos para que las organizaciones lleguen a la productividad y competitividad. Su plan consistía en enseñar a la alta dirección cómo dirigir. Dirigir implica dominio de la producción, supervisión y entrenamiento todo esto con la finalidad de incorporar calidad al producto o servicio que el cliente fuera adquirir (Vargas y Aldana, 2006).

Para Vargas y Aldana (2006) los principios de Deming son:

- Crear conciencia del propósito de la mejora del producto y el servicio con un plan para ser competitivo y permanecer en el negocio.
- Adoptar la nueva filosofía.
- Terminar con la dependencia de la inspección masiva.
- Terminar con la práctica de hacer negocios sobre la base únicamente del precio.
- Descubrir el origen de los problemas.
- Poner en práctica métodos de capacitación para el trabajo.
- Poner en práctica métodos modernos de supervisión de los trabajadores de producción.
- Eliminar de la compañía todo temor que impida que los empleados puedan trabajar efectivamente en ella.
- Eliminar las barreras que existan en los departamentos.
- Destacar objetivos numéricos, carteles y lemas dirigidos a la fuerza del trabajo que soliciten nuevos niveles de productividad sin ofrecer métodos para alcanzarlos.
- Eliminar normas de trabajo que prescriben cuotas numéricas.
- Retirar las barreras que enfrentan al trabajador de la línea con su derecho a sentir orgullo por su trabajo.
- Instituir un vigoroso programa de educación y re-entrenamiento.
- Formar una estructura en la alta administración que asegure en el día a día los 13 puntos anteriores se han cumplido

Se requiere capacidad estadística para aplicar las sencillas técnicas usadas por Deming lo que supone: definición de una política de calidad, establecimientos de estándares de calidad, definición de conceptos clave de calidad, liderazgo constante en todos los aspectos de calidad, mantener a los trabajadores con experiencia y estimular para que sigan en la empresa, insistir en las necesidades y preferencias de cualquier programa de calidad y dotar de medio para alcanzar las metas (Rosander, 1994). También es importante

mencionar que los puestos con rotaciones cortas no permiten que el propósito se mantenga constante.

También está la teoría de la planificación propuesta por Joseph Juran. Su enfoque se basa en la gestión de la calidad, incluyendo la planificación, el control y la mejora de la calidad. Ha sido influyente en todo el mundo a través de sus publicaciones y órganos asesores, así como por su membresía en la Sociedad Estadounidense de Control de Calidad (Vargas y Aldana, 2006). Entonces, no importa cómo esté organizado el producto o proceso, sus puntos corresponden a la planificación de la calidad. La calidad se puede garantizar a través de una serie de actividades denominadas mapa de planificación de la calidad. A continuación se detallan los aspectos más importantes del trabajo. (Vargas y Aldama, 2006):

1. Identificación de los clientes
2. Determinar las necesidades de esos clientes
3. Traducir las necesidades a nuestro lenguaje
4. Desarrollar productos con características que respondan en forma óptima a las necesidades de los clientes
5. Desarrollar un proceso que sea capaz de producir las características del producto
6. Transferir el proceso a la operación.

Una teoría más que menciona Vargas y Aldama (2006) es la teoría de la calidad total, escrita por el autor Kaoru Ishikawa, autor de la herramienta de la espina de pescado, fue pionero de la calidad total en Japón, ha tenido un gran impacto en todo el mundo debido a su énfasis en las diferencias culturales, para el logro del éxito de la calidad. Sus principios básicos se relacionan a continuación:

1. En cualquier industria, el control de calidad es hacer lo que se tiene que hacer.
2. El control de calidad que no puede mostrar resultados no es control de calidad.
3. El control de calidad empieza y termina con la capacitación.
4. El control de calidad revela lo mejor de cada empleado.
5. Los primeros pasos del control de calidad, deben estar orientados a conocer los requerimientos de los consumidores y los factores que los impulsan a consumir.
6. Anticipar los problemas potenciales y quejas.
7. La calidad tiene que construirse en cada diseño y en cada proceso.
8. El control de calidad es una disciplina que combina el conocimiento con la acción.
9. Las actividades de los círculos de control de calidad son congruentes con la naturaleza humana y pueden ser exitosos en cualquier parte del mundo.
10. Los métodos estadísticos son el mejor modo de controlar las operaciones.

Una teoría que también hace referencia es la de la calidad basada en la administración de la organización, que tiene como autor Armand V. Feigenbaum (1922) como se citó en Vargas y Aldana (2006) en su opinión, la calidad es una forma de vida de una empresa y

un método de gestión organizacional. Fue el primero en explorar el concepto de calidad, centrándose no solo en el proceso de producción, sino también en todas las funciones de gestión de la organización, integrando así la teoría general de los sistemas de calidad. Esto quiere decir que los elementos que componen el sistema no se centran en las áreas técnicas de la empresa, sino que abordan aspectos administrativos, organizativos y de marketing, buscando la satisfacción del cliente, la gestión del trabajo y la gestión financiera. (Vargas y Aldana, 2006).

Según Bustamante et al. (2018) La filosofía de Armand Feigenbaum se resume en tres puntos: liderazgo de calidad la gestión debe basarse en una buena planificación, manteniendo un esfuerzo constante hacia la calidad. Tecnología de calidad moderna Los problemas de calidad no pueden estar orientados sólo por el departamento de calidad. Es necesaria una integración de todos los departamentos de la empresa que participan en el proceso para evaluar e implementar nuevas técnicas para satisfacer a los clientes. Compromiso, organización, capacitación y motivación constante para toda la fuerza de trabajo involucrada en la organización debe llevarse a cabo dentro del proceso.

Esto va acompañado de una integración de calidad en la planificación de la empresa. Evolución de la calidad Enfoque de la calidad Feigenbaum brinda un enfoque humanista, ya que se enfoca en el ámbito administrativo y los recursos humanos de la organización, olvidándose de los recursos de la organización y los procesos. Actualmente, el manejo de recursos y procesos se puede observar bajo las diferentes certificaciones, como es el caso de las normas ISO, donde se garantiza que el proceso está siendo controlado y a su vez como objetivo final el alcance de la calidad (Vargas y Aldana, 2006).

### **3.3.3. Evaluación del concepto de calidad**

Los modelos de calidad surgieron en la década de 1970, la calidad-servicio puede considerarse como la relación entre el nivel de servicio, eficacia y expectativas del usuario. Por lo tanto, promover la calidad del servicio significa satisfacer las necesidades y expectativas de un usuario de manera eficaz (Morais et al., 2013). Al llevar a cabo la herramienta de medición del servicio de calidad en el sector salud se pueden analizar los resultados estadísticos que van a determinar las relaciones entre las variables o dimensiones. Las dimensiones que se evalúan según Zeithmal et al., (1990) son: Tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía.

Existen variadas contribuciones que numerosos investigadores han realizado durante los años, como Cronin y Taylor (1994), Parasuraman et al. (1985, 1988), Zeithaml et al. (1985, 1990, 1993, 1996, como se citó en Ibarra-Morales et al., 2014) estos autores, basados en la investigación cualitativa, formularon una medida para la calidad de los servicios, derivada de datos sobre un número de servicios otorgados. Entender la calidad del servicio es

involucrarse a reconocer las características del servicio que son intangibilidad, heterogeneidad e inseparabilidad (Parasuraman et al., 1985). De esa manera, la calidad del servicio se puede medir fácilmente (Ibarra-Morales et al., 2014).

Hoy en día aspectos como los emocionales se han ido incorporando al análisis de la calidad y se han agregado variables como expectativas y percepciones donde el cliente es la figura central, el juez y eje de la calidad (Albacete et al., 2005; Grönroos, 1984). Por ello, la calidad en los servicios puede ser medida como la diferencia entre el valor esperado y el valor percibido por el cliente (Kotler et al., 1998).

### **3.4. Elementos teóricos de la relación entre políticas públicas, salud y calidad.**

#### ***3.4.1 El concepto de políticas públicas, salud y calidad***

La gestión de políticas públicas y la investigación son procesos que se complementan. Las primeras deben resolver problemas concretos y las segundas deben ser orientadoras de la decisión hacia cambios sociales benéficos (Gómez et al., 2008). Es equivocado suponer que toda política de salud demanda una investigación, pues con frecuencia hay suficientes elementos de juicio como para justificar una decisión determinada sin necesidad de realizar estudios nuevos, y el problema consiste entonces en aprovechar la información Phillips (2001) como se citó en Gómez et al. (2008).

En otros casos, la decisión resulta más compleja, debido a las condiciones que no son explícitas ni evidentes. En relación a las políticas sanitarias, las investigaciones podrían mejorar la toma de decisiones de cuatro formas: informar sobre problemas que podrían ser prioritarios, guiar a los actores hacia mejores decisiones, reconceptualizar los problemas con el fin de que sean comprendidos y movilizar apoyos hacia una propuesta determinada (Milio, 1993).

Según Gibbons (2001) como se citó en Gómez et al. (2008) existen dos tipos de estudios con distinta influencia sobre las políticas: la investigación de los académicos y la producción del conocimiento que se da cuando se resuelven problemas sobre la marcha; en este último caso, el conocimiento se produce interdisciplinariamente por parte de distintos agentes que se mueven de un problema a otro, en consecuencia, el conocimiento no se descubre primero y se aplica después, sino que se genera y se produce por el mismo contexto en el cual se pone en marcha.

No todos los temas científicos interesan a los políticos. La habilidad de las investigaciones para influir en las decisiones en salud podría estar vinculada directamente con la relevancia del tema principal, la inteligibilidad del informe, la oportunidad de la difusión, la aplicabilidad

de las recomendaciones y la convergencia entre las conclusiones y las políticas actuales (Bronfman et al., 2000).

Las acciones productivas, ya sean conocimientos o decisiones políticas, están imbuidas de valores que afectan los resultados de ambos procesos y especialmente su interacción. La capacidad de la investigación para mejorar la toma de decisiones puede residir en los propios procesos de investigación preparatoria y formulación. Los investigadores involucrados en el Proyecto de Investigación Comparada sobre la Reforma del Sector Salud resaltaron las dificultades de realizar investigaciones sobre políticas de salud. Estos problemas suelen estar relacionados con la definición de las preguntas y objetos de investigación y las deficiencias de las bases de datos disponibles, relacionados con la falta de herramientas de análisis de datos cuantitativos y cualitativos y la forma en que se comunican los resultados (Gómez, 2008).

En la época de los noventa, las organizaciones internacionales mostraron un interés en la investigación de las políticas de salud especialmente, en cuestiones de reformas. En 1990, la Asamblea Mundial de la Salud enfatizó la necesidad de que las investigaciones en salud sirvan de base en para las políticas nacionales y promovió la investigación sanitaria nacional, Brundtland (1999) como se citó en Gómez (2008).

No todas las investigaciones producen resultados útiles, no todas las investigaciones se incorporan a las políticas y no todas las investigaciones tienen el mismo impacto cuando se implementan. Las implicaciones de la investigación para las políticas de salud también están limitadas por la variación regional y no se limitan a Hepworth (1997), Joffe (2002), el Departamento de Salud del Reino Unido (1999) y Frankish et al. (1966) como citados en Gómez (2008) sino que se refiere a los determinantes de la salud, el diseño y desempeño de los sistemas de servicios, la idoneidad y disponibilidad de la tecnología (Gómez, 2008). Según la descripción, el éxito de la política en el caso específico de la reforma de salud no estuvo asegurado por su validez científica, sino por cinco factores de éxito específicos de la gestión, cuya importancia se puede extrapolar a otras políticas de salud: la reforma, la gobierno y los beneficios potenciales para otras partes interesadas, los recursos técnicos necesarios, el nivel de participación popular y el momento de la implementación de políticas (Grindle y Thomas, 1990).

Para poder relacionar salud, calidad y políticas, se puede contemplar a los siguientes autores Grindle y Thomas, (1990); Gómez, (2008); Milio, (1993); Bronfman et al., (2000); Vargas y Aldana (2006) quienes sustentan que tanto la salud, la calidad y las políticas públicas deben trabajar en conjunto para que se pueda tener un aumento importante en el servicio del sector público de salud, desempeñando o creando sistemas de calidad que permitan evaluar constantemente el servicio. Con la mejora continua se puede abrir paso a una política que compacte la calidad y la salud.

### **3.4.2. Escuelas y autores que abordan la relación teórica entre salud, políticas públicas y calidad**

El concepto de calidad de vida está asociado al imaginario colectivo y a las primeras aproximaciones teóricas al concepto de salud, quizás por el amplio desarrollo de las investigaciones y los múltiples instrumentos de medición que relacionan la salud con la vida, pero el surgimiento del término puede ser En las décadas de 1920 y 1930 el economista británico Pigou, en sus trabajos sobre el cálculo de productos sociales netos, se dedicó a cuantificar los servicios o costos sociales de las decisiones gubernamentales (Tonon, 2010).

Przeworski (1997) como se citó en Tonon (2010) divide la política social en dos grandes categorías: políticas universalistas y políticas focalizadas. Los primeros, aunque son los más populares, son más caros, lo que implica que, cuando faltan, el acceso a los servicios sociales se asegura mediante procedimientos administrativos. Estos últimos, aunque más baratos, son menos populares porque se consideran un privilegio otorgado a determinados grupos demográficos.

Según Vargas (2007), las políticas públicas se pueden se pueden comprender como un proceso que se inicia cuando un gobierno detecta la existencia de un problema que, debido a su relevancia, merece su atención y finaliza con la evaluación de los resultados que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, mitigar o reducir ese problema. Todo comienza con el problema detectado, sin problemas no existirían las políticas públicas que como bien ya se ha mencionado están para resolver los problemas que se tienen como sociedad, deben ser igualitarias para cada miembro sin distinción o discriminación. Cada uno de los sectores cuenta con sus propias políticas públicas entre estos sectores se puede mencionar, el sector educativo, de seguridad, de agricultura, medio ambiental, agropecuario, desarrollo rural y por supuesto el sector sanitario o de salud que es al cual se está enfocándonos en la investigación.

### **3.4.3. Medición o evaluación de las políticas públicas en salud. Específicamente, lo relacionado a la evaluación de la calidad en sector salud**

Siguiendo a Kajanoja (2002) como se citó en Tonon (2010), se dice que, para estudiar la vida de los sujetos es necesario evaluar sus condiciones de vida específicas, mientras que para medir la satisfacción de los sujetos con diversos aspectos de la vida se deben utilizar las llamadas mediciones subjetivas, que afectarán la calidad de la vida. Las mediciones objetivas se basan en criterios explícitos y observaciones fuera del objeto de estudio, mientras que las mediciones subjetivas se basan en informes personales con criterios implícitos (Veenhoven, 2000, como se citó en Tonon, 2010). En el primer caso se utilizarán

los llamados indicadores objetivos, cuantitativos, en el segundo, se deberán construir indicadores cualitativos. Para medir la calidad de vida de la población, dado que el estudio de la calidad de vida incluye el entorno físico (bienestar social) y el entorno psicosocial (bienestar psicológico), se deben examinar las condiciones de vida. Satisfacción (aspecto subjetivo) (Tonon, 2010).

En cuanto a los indicadores sociales, Vos (1996) dividió los indicadores sociales en tres categorías: indicadores de producción, indicadores de insumos e indicadores de extracción. Las medidas de resultados reflejan el grado en que se satisfacen las necesidades de las personas, como la alfabetización (medidas de los niveles de vida), y no son adecuadas para el análisis causal, ni pueden usarse de forma aislada para determinar políticas que puedan cambiar el status quo.

Los indicadores de insumos se refieren a los medios para alcanzar un determinado nivel de vida, como el número de centros de salud y el número de médicos por habitante. Finalmente, los indicadores de acceso identifican los determinantes y en qué medida el uso de los recursos satisface efectivamente las necesidades de la población, ya que la existencia de servicios básicos no garantiza el acceso universal a estos servicios, pudiendo surgir problemas que dificulten su disponibilidad. Si bien estos últimos indicadores son los menos utilizados en las mediciones oficiales entre países, permiten comprender el impacto efectivo del aumento o disminución del gasto social en servicios básicos sobre el nivel de vida de diferentes grupos (Vos, 1996).

En cuanto a las políticas sociales, a menudo se basan en diagnósticos situacionales basados en indicadores sociales cuantitativos tradicionales, que no tienen en cuenta las percepciones, los deseos, las necesidades, la satisfacción y la sociedad en su formulación o incluso en su implementación. Dado que el proceso de construcción de estos indicadores no es sencillo, ya que cada conjunto de indicadores sociales apoya implícitamente la teoría del bienestar (Kajanoja, 2002, como se citó en Tonan, 2010), el uso de medidas de indicadores está destinado principalmente a centrarse en los intentos de establecer generalizaciones no responde a las percepciones que los sujetos tienen sobre su calidad de vida.

## **CAPÍTULO 4. ANÁLISIS METODOLÓGICO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN EL SECTOR PÚBLICO DE SALUD**

Para el presente capítulo, el objetivo es exponer el fundamento teórico metodológico de la calidad en el servicio y del análisis de las ecuaciones estructurales. En el primer subapartado se estudia el sustento teórico metodológico de la investigación que incluye una tabla de casos mexicanos que fortalecen la utilización de la metodología, se estudia también el sustento de las unidades de análisis, variables e indicadores. Se aborda las ventajas y desventajas del instrumento, así como sus características, el universo y muestra de estudio con sus respectivos cálculos y finalmente se muestran los resultados de la prueba piloto y el Alfa de Cronbach. Además, se aborda la metodología de las ecuaciones estructurales y la metodología del marco lógico. Con estos resultados se puede analizar la viabilidad del instrumento para continuar con el siguiente capítulo que aborda la aplicación del instrumento y su análisis.

### **4.1. Sustento teórico-metodológico de la investigación**

Se realizó una revisión de literatura que permite observar, analizar, compilar y sintetizar fundamentos teóricos de metodologías utilizadas por diversas investigaciones, en las cuales se observó que la más utilizada y repetida es la propuesta por Parasuraman et al. (1985) donde elaboraron un modelo teórico de calidad de servicio. Este modelo presenta diez dimensiones y es conocido también como el modelo de gaps o modelo de brechas, pues el modelo describe la calidad como la diferencia entre la expectativa y la percepción real del servicio dado. Posteriormente, estas diez dimensiones fueron reducidas a cinco. Las dimensiones simplificadas del modelo de Parasuraman et al. (1985) que valoran la calidad de los servicios, los factores descritos se sintetizaron en factores que se agruparon en cinco (5) dimensiones claramente diferenciadas que contienen ítems convergentes (Parasuraman et al., 1988). Estas dimensiones dan origen a un método denominado Modelo SERVQUAL cuyos descriptores son los siguientes:

- **Confianza:** Capacidad para desempeñar el servicio que se promete, de manera segura y precisa.
- **Responsabilidad:** Disponibilidad para ayudar a los clientes y para promover el servicio con prontitud.
- **Seguridad:** Conocimiento y cortesía de los empleados y su habilidad para inspirar buena fe y confianza.
- **Empatía:** Brindar a los clientes una atención individualizada y cuidadosa.
- **Tangibles:** Apariencia de las instalaciones físicas, el equipo, el personal y los materiales escritos.

Posterior a este modelo teórico surgen una variedad de adaptaciones propuestas por autores en diferentes contextos (Valencia, Piedrahita, Zapata, Benjumea y Palacios, 2018; Teshnizi, Aghamolae, Kahnouji, Teshnizi y Ghani, 2018; Numpaque y Rocha, 2016 como se citó en Bustamante et al., 2019) en realidad, las adaptaciones al modelo SERVQUAL para evaluar la satisfacción del usuario, en el caso particular de los servicios de salud, tienen más de 20 años de registro que, desde una perspectiva empírica, se puede observar que en los últimos cinco años, diversos trabajos y en diferentes países, se busca confirmar si este modelo es una medida de calidad válida en el marco de sus instituciones de salud.

Aún no son numerosos los casos mexicanos en los que se utilizó la metodología que se propone en el trabajo de investigación. A continuación, se presenta una tabla de casos mexicanos que han utilizado la metodología propuesta.

<b>Cuadro 1. Casos mexicanos aplicación del instrumento</b>					
<b>CASOS</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>UNIDAD</b>	<b>INSTRUMENTO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>RESULTADOS</b>
1	Ciudad Victoria, Tamaulipas	Hospital ABC, año 2014. Autores: Angélica Pedraza, Jesús Lavín, Anahí González e Idolina Bernal	Cuestionario con base SERVQUAL	Se realizaron 120 cuestionarios a voluntarios	Considerando la opinión de los usuarios, la calidad de los servicios en la unidad de análisis se categorizó en un nivel superior a cuatro factores: trato al paciente y empatía, eficacia y oportunidad, tiempos de espera, seguridad y limpieza. Se encontró un factor, el de capacidad de respuesta, con inferior calificación, en esta dimensión un porcentaje mayor (52.5%) señaló que el tiempo de espera en la consulta externa va de pésimo a regular; el 48.3 % de los usuarios evaluó de nivel bajo el servicio de urgencias; mientras que el 43.3% indico que el tiempo de espera para las consultas de especialidad va de pésimo a regular
2	Hermosillo, Sonora	Hospitales públicos de Hermosillo, año 2014. Autores: Luis Ibarra,	Cuestionario con base SERVQUAL	Se realizó la aplicación de 384 usuarios, con un nivel de confianza del 95%	Se obtuvo un porcentaje de satisfacción en el servicio del 72.96% y en la escala de Likert del 0 al 100, significó

		Belén Espinoza, Vanessa Casas			un servicio moderadamente satisfecho.
3	Celaya, Guanajuato	Hospital General de Celaya, año 2024. Autores: María de la Garza, Alejandra Calderón, Mónica Reyes, María García	Cuestionario con base SERVQUAL	Aceptación y aplicación de encuestas SERVQUAL modificadas para la medición de la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud	El coeficiente alfa de Cronbach fue 0,984 los factores de mayor insatisfacción en fueron: difícil acceso a citas, tiempo de espera para la atención en farmacia, caja y módulo el trato, en urgencias: deficiente resolución, poca disponibilidad de medicinas y tardanza para la atención en farmacia, caja y admisión.
4	Aguascalientes, Aguascalientes	Hospital UMF, año 2020. Autores: Arianna Esparza de Lira	Cuestionario con base SERVQUAL	Se aplicaron 150 cuestionarios de noviembre a diciembre 2013, a usuarios mayores de 18 años	El factor de confiabilidad estuvo evaluado en su mayoría como bueno (61.3%), excepto la puntuación en el equipo de diagnóstico, que alcanzó un 46.7% de valoración entre
Fuente: Elaboración propia con base en el marco teórico desarrollado.					

Los hallazgos revelaron que SERVQUAL presenta características psicométricas de validez, alta confiabilidad y aplicabilidad que lo consideran aceptable, para la evaluación de la calidad de los servicios hospitalarios, además de detectar aquellas áreas de oportunidad o mejora, desde la opinión de los usuarios (Ibarra-Morales, 2014).

Otro estudio se realizó en el hospital ABC de segundo nivel en Tamaulipas, para evaluar la calidad del servicio en cuál se calificaron diferentes dimensiones, por ejemplo empatía tuvo un buen resultado, sin embargo, el 27.5% piensa que la confianza que muestra el personal del hospital no es la adecuada, el 48.3% calificó como pésimo el servicio de urgencias y el 43.3% mencionó que debían mejorar el tiempo de espera para consultas de especialidad, el 25.8% mencionó que el aseos de las áreas es poco cuidado (Salas, 2021).

Se encontró un estudio llamado escala SERVQUAL validación en la población mexicana, realizado en el hospital general de Celaya, Guanajuato, donde se estudió el servicio que brindaba el área de enfermería. Un segundo estudio realizado en este mismo estado, aplicando de nueva cuenta el SERVQUAL, utilizado para evaluar la satisfacción de los usuarios en el servicio de salud, donde las variables con más insatisfacción fueron los

tiempos de espera para poder obtener citas, tardanza en la farmacia, caja y admisión, malos tratos en el área de urgencias, también poca eficiencia para la resolución de problemas y falta de medicamentos son las situaciones que peor califican los pacientes (Salas, 2021).

#### **4.1.1 Sustento teórico - metodológico de las unidades de análisis**

Con respecto a la evaluación de la medida cuantitativa de la calidad del servicio, uno de los trabajos más recientes se encuentra bajo la denominación de SERVQUAL (Díaz, 2005 como citado en Bustamante et al., 2019). Este estrategia de evaluación se basa mediante la aplicación del método de encuesta y sobre la base de un cuestionario que pretende evaluar un sistema de dimensiones y de ítems que representan los elementos fundamentales de la calidad de servicio (Chen et al., 2008, como se citó en Bustamante et al., 2019).

Los agentes que se tomarán en cuenta para la aplicación del cuestionario son los derechohabientes, es decir, los pacientes. Se interesa obtener información de la percepción de calidad que se tiene en los servicios del sector público de salud.

#### **4.1.2 Fundamento teórico – metodológico de las variables e indicadores**

Las dimensiones simplificadas del modelo de Parasuraman et al. (1985) que valoran la calidad de los servicios, los factores descritos se sintetizaron en factores que se agruparon en cinco dimensiones claramente diferenciadas que contienen ítems convergentes (Parasuraman et al., 1988). Donde las variables son las siguientes:

1. Confianza: Capacidad para desempeñar el servicio que se promete, de manera segura y precisa.
2. Confiabilidad: Disponibilidad para ayudar a los clientes y para promover el servicio con prontitud.
3. Seguridad: Conocimiento y cortesía de los empleados y su habilidad para inspirar buena fe y confianza.
4. Empatía: Brindar a los clientes una atención individualizada y cuidadosa.
5. Tangibles: Apariencia de las instalaciones físicas, el equipo, el personal y los materiales escritos.

Cada variable cuenta con sus indicadores y sus ítems. Las cuales se describen de manera más específica en la matriz de operacionalización, que se encuentra en el cuadro 2 en el apartado de anexos.

El soporte teórico de la matriz de operacionalización está basada en los principales autores que defienden la metodología que se propone llevar a cabo en la investigación, siendo Donabedian (1996), Parasuraman (1985), Zeithmal (1985) y Berry (1985) los máximos

representantes de la medición en el servicio del sector salud proponiendo 5 dimensiones y que son las variables dependientes;

1. Tangibilidad; los indicadores que hasta ahora se van a considerar son estructura y equipamiento
2. Confiabilidad; con los siguientes indicadores se cumple lo prometido, sincero interés por resolver los problemas
3. Capacidad de respuesta; teniendo como indicadores, tiempo de espera, rapidez de respuesta y disponibilidad.
4. Seguridad; la cual se evalúa la amabilidad del personal, conocimiento del personal y seguridad del paciente.
5. Empatía; que cuenta con los siguientes indicadores, comprensión de las necesidades del paciente, atención individualizada, horarios de atención pertinentes y como fue el primer contacto.

#### **4.1.3 Ventaja y desventaja del instrumento**

- a. Ventaja: Este método posibilitará analizar una comparación de las expectativas de los clientes y las percepciones de los clientes de cualquier organización en un período de tiempo determinado y de esta forma establecer similitudes y diferencias y así poder realizar diagnósticos de la satisfacción en cuanto a la calidad de servicio. También se pueden establecer comparaciones entre diferentes organizaciones que prestan el mismo servicio en otros lugares. Es un método sencillo de adaptar, el cual se puede modificar de acuerdo con las características de la organización que se desea evaluar. Por último, permitirá analizar la diversidad de opiniones de los clientes, percepciones y expectativas relacionadas con la calidad de servicio (Bustamante et al., 2019). Al utilizar esta metodología se está asegurando de tener un modelo que tenga confiabilidad y credibilidad, ya que es un modelo que se sigue desde el nivel mundial, internacional, nacional y se busca aplicarlo localmente.
- b. Desventaja: Este método se realizará a través de cuestionarios, por lo tanto, la información puede estar sesgada, debido a que las personas pueden no entender la dinámica del cuestionario, y por ello no saber con certeza si el significado de las preguntas es totalmente claro. Además, este cuestionario cuenta con 5 dimensiones, aún no definido el número de ítems, lo que, al evaluar las percepciones y las expectativas, puede ser tedioso al usuario de responder la totalidad de las preguntas.

#### **4.2. Implicaciones empíricas de la aplicación de la metodología de la investigación**

Es evidente la necesidad de que la población tenga un servicio de salud con calidad, donde se sientan seguros tanto económicamente como emocionalmente. Existe poco abordaje en

el tema sanitario a nivel local que permita abrir el panorama de las deficiencias por las que atraviesan los hospitales de la ciudad lo cual implica afectaciones directas al paciente y a su entorno inmediato como la familia. Si bien ya existen programas políticos para el bienestar donde se atienden las problemáticas de salud, no son lo suficientemente fuertes para abordar el nivel de calidad que se está dando en los servicios de salud, la política estatal se plantea garantizar el acceso efectivo, universal, gratuito y de calidad a toda persona sin distinción. Además de coordinar acciones con el gobierno federal para que se cuente con los medicamentos, materiales necesarios para dar un servicio integro. Se realizarán acciones como rehabilitación y equipamiento de hospitales, garantizando la presencia de médicos, especialistas y enfermeros las 24 horas del día y los 365 días del año, esto ligado con la profesionalización y educación continua del personal. Finalmente pretende fortalecer los mecanismos de control de calidad para mejorar el trato al paciente (PLADIEM, 2021).

Esta investigación se trata de un estudio para observar de qué manera los factores como la tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía incidieron en la percepción de calidad del servicio público de salud en Morelia, Michoacán. Implicó la creación de un cuestionario que se aplicará a los pacientes, para ver si la ciudadanía percibe los servicios del sector público de salud con calidad. Donde se tendrá un acercamiento a la ciudadanía que premonitorea tener sus opiniones y percepciones en cuanto a la calidad hospitalaria de la ciudad.

El diseño de investigación será de tipo no experimental, ya que no se manipularon las variables. Kerlinger (1998) afirma que:

“La investigación no experimental es una indagación empírica y sistemática en la cual el científico no tiene un control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables. Las inferencias acerca de las relaciones entre variables se hacen, sin una intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables dependientes e independientes” (p. 394).

Además de que se maneja corte transversal o transaccional aplicado con el instrumento de encuesta, la cual se aplicó en el año 2023. Por último, se buscó la relación que existe entre las variables independientes con la variable dependiente, lo cual indica que la investigación también es de carácter correlacional.

#### **4.2.1 Operacionalización de variables**

La operacionalización de variables da soporte a la construcción del instrumento de investigación, las variables se deben conocer mediante dos formas: la definición conceptual

y la definición operacional. Con respecto a la primera, se debe definir las variables como si fuese una palabra o frase dentro de un glosario; con respecto a la segunda, se precisa la forma en cómo se va a medir la variable, a esto se le llama: Operacionalización de variables (Arias, 2022).

La matriz de operacionalización de variables que se encuentra en el cuadro 2, contiene los principales autores que han estudiado las percepciones del servicio, se incluyeron las variables con sus respectivos conceptos y dada la literatura realizada se desglosaron las subvariables y sus indicadores para así poder realizar los ítems que pudieran medir dichas variables.

#### **4.2.2 Universo y muestra de estudio**

Estudio transversal analítico que se realizó en el 2023, la encuesta se aplicó en la ciudad de Morelia, dividiendo este espacio territorial en sus dos distritos 08 y 10. Los agentes que se tomarán en cuenta para la muestra son personas con edad mayor o igual a 18 años que sean derechohabientes y que hayan acudido a atenderse o hayan acompañado a otra persona a atenderse en los servicios públicos de salud. Los participantes serán seleccionados aleatoriamente, será una muestra estratificada para que sea representativa en cada distrito. Para calcular el tamaño de la muestra en una población finita, la fórmula es la siguiente:

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

Sustituyendo:

$$n = \frac{610,061(1.96)^2(0.5)(0.5)}{0.005^2(610,061-1)+1.96^2(0.5)(0.5)} = 384.0996$$

n= Tamaño de la muestra	n= 384.09964 encuestas a aplicar
N= Tamaño de la población o Universo	N= 610,061 habitantes mayores 18 años
Z= Nivel de confianza (90%, 95% y 99%)	Z= 1.96
p= población de éxito	p= 0.5
q= probabilidad de fracaso	q= 0.5
d= error estándar máximo aceptable	d= 0.05

De acuerdo con la fórmula para esta investigación se tendrá que aplicar 384 cuestionarios, para poder obtener el número de cuestionarios que se deben aplicar en cada distrito se utilizó un muestreo estratificado. La Muestra probabilística estratificada es un muestreo en

el que la población se divide en segmentos y se selecciona una muestra para cada segmento (Hernández-Sampieri et al., 2014).

<b>CUADRO 3 DATOS MUESTRA ESTRATIFICADA</b>				
<b>Municipio</b>	<b>L Estratos</b>	<b>ni =Poblacin Total</b>	<b>Peso Proporcional</b>	<b>Muestra estratificada</b>
Morelia	8	302,456	49.6%	190
	10	307,605	50.4%	194
	Total	610,061	100%	384

Fuente: Elaboración propia con base Sampiere

Este tipo de muestra fue seleccionada por la precisión y por la heterogeneidad que caracteriza a la población, el número de encuestas se distribuyó con el criterio de afijación proporcional. Se decidió utilizar los dos distritos de Morelia ya que es la información más segmentada en la página del INEGI.

#### **4.2.3 Definición y caracterización de las unidades de análisis**

Para las unidades de análisis se tomarán en cuenta en esta investigación a los ciudadanos que radiquen en el municipio de Morelia y que además sean igual o mayores a 18 años, ya que se tiene interés en la percepción que la sociedad tiene sobre los hospitales públicos de la ciudad, por lo que se estaría analizando las opiniones de cada agente encuestados.

#### **4.2.4 Caracterización de las variables y fuentes de donde se obtendrán**

En esta investigación se tomará en cuenta la ciudad de Morelia dividida en dos distritos que son el 8 y 10. De acuerdo con el muestreo estratificado se levantarán las encuestas necesarias en cada distrito con base a la información de población y vivienda del INEGI, para que sea una muestra representativa en cada uno y no exista sesgo.

Posteriormente se visitó cada distrito para levantar las encuestas con autorización del ciudadano y siendo una encuesta anónima. Se observó la dificultad de que no todos los ciudadanos estaban dispuestos a contestar la encuesta por diversos motivos tales como, desconfianza, no contaban con el tiempo para contestarla o simplemente no querían hacerlo. El total de encuestas aplicadas según la fórmula fue de 384 encuestas en donde se aplicaron 190 encuestas para el distrito 8 y 194 encuestas para el distrito 10 en la ciudad de Morelia.

#### **4.2.5 Caracterización del instrumento a aplicar**

La encuesta se considera un procedimiento más de recogida de datos, como los cuestionarios, las entrevistas, las escalas de opinión, los inventarios, etc., y forma parte de la fase de recogida de datos dentro de un método más amplio de investigación, tal como el método experimental, cuasiexperimental o correlacional. En este caso, el término encuesta es sinónimo de cuestionario o entrevista (Ordoñez y Fornos, 2017).

Para poder realizar la justificación estadística del instrumento, primero se debe definir la primera palabra que ayudará a sustentar la elección del instrumento. Como se sabe una parte importante del trabajo de campo es la estadística que es el arte de aprender a partir de los datos. Que se relaciona con la recopilación de datos, su descripción subsiguiente y su análisis, lo que lleva a extraer conclusiones (Ross, 2007).

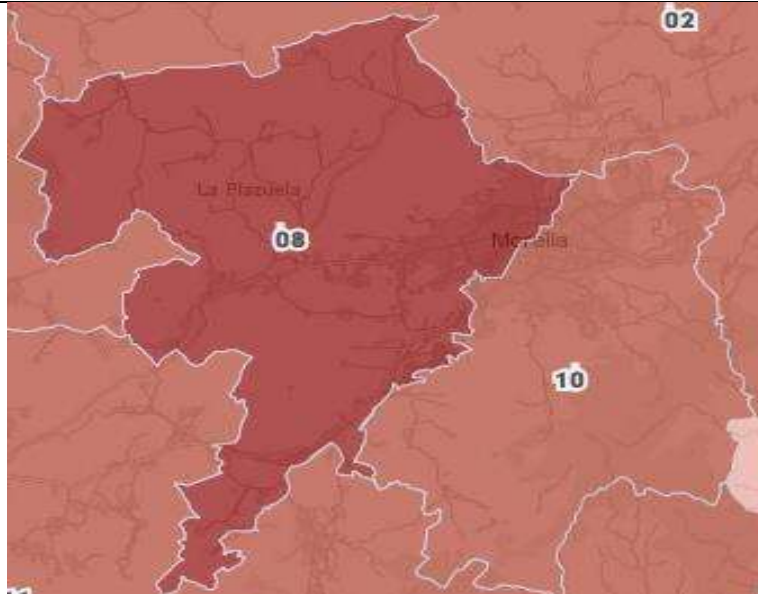
El instrumento seleccionado para esta investigación fue el cuestionario. Para García (2003) el cuestionario es un procedimiento considerado clásico en las ciencias sociales para la obtención y registro de datos. Su versatilidad permite utilizarlo como instrumento de investigación y como instrumento de evaluación de personas, procesos y programas de formación. Es una técnica de evaluación que puede abarcar aspectos cuantitativos y cualitativos. Su característica singular radica en que, para registrar la información solicitada a los mismos sujetos, ésta tiene lugar de una forma menos profunda e impersonal, que el "cara a cara" de la entrevista. Al mismo tiempo, permite consultar a una población amplia de una manera rápida y económica. La finalidad del cuestionario es obtener, de manera sistemática y ordenada, información acerca de la población con la que se trabaja, sobre las variables objeto de la investigación o evaluación (Alaminos y Castrejón, 2006).

La investigación social y educativa, en cuantas disciplinas científicas, comparten las estrategias generales del método científico, habiendo desarrollado además un conjunto de métodos y técnicas particulares adecuados a su objeto de estudio (Alaminos y Castrejón, 2006).

Una vez que se operacionalizaron las variables se procede a diseñar el instrumento de recolección de datos. Para el cual se utilizó la escala Likert. Para Kerlinger (1998) la escala Likert es:

“Un conjunto de reactivos verbales ante los cuales un individuo responde expresando grados de acuerdo o desacuerdo, o algún modo de respuesta” (p. 502)

### MAPA 1 CIUDAD DE MORELIA



Fuente: INEGI (2017)

Una vez que se operacionalizaron las variables se procede a diseñar el instrumento de recolección de datos. Para el cual se utilizó la escala Likert. Para Kerlinger (1998) la escala Likert es:

“Un conjunto de reactivos verbales ante los cuales un individuo responde expresando grados de acuerdo o desacuerdo, o algún modo de respuesta” (p. 502).

En la presente investigación se aplicó un cuestionario que consta de 83 ítems de tipo preguntas cerradas y tiene como base el modelo SERVQUAL el cual evalúa la calidad en el sector salud. El cuestionario abarcó las cinco dimensiones de la calidad: confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles. Se usará una escala Likert de 1-5 donde:

<b>Caudro 4</b>	
<b>Escala de equivalencia</b>	
<b>1</b>	<b>Nada satisfecho</b>
<b>2</b>	<b>Poco Satisfecho</b>
<b>3</b>	<b>Regular</b>
<b>4</b>	<b>Satisfecho</b>
<b>5</b>	<b>Totalmente satisfecho</b>

Fuente: Elaboración con base en los resultados de la encuesta y empleando el paquete estadístico SPSS

Su codificación puede ser 1 para nada satisfecho, 2 para poco satisfecho, 3 para regular, 4 para satisfecho y 5 para totalmente satisfecho, para las posibles respuestas del instrumento que se utilizó.

#### **4.2.6 Rasgos de la prueba piloto**

Para fines de la investigación se tuvo que realizar una prueba piloto con la aplicación del instrumento previamente creado para poder tener validez y proseguir con la investigación. En Investigación, la Prueba Piloto es parte del marco metodológico de los proyectos, esta sirve para realizar aproximaciones reales de los proyectos de investigación antes de establecer la prueba final. Por esta razón es importante que para que un trabajo formalice la recolección de datos, debe de tener como antecedente haber realizado una Prueba Piloto; esto contribuye a mejorar la validez y confiabilidad de los procedimientos (Mayorga-Ponce et al., 2020).

El objetivo de una prueba piloto como simulacro previo a la investigación final, es contribuir a disminuir los posibles sesgos y errores en la obtención de los datos que pueden orientar a mejorar la metodología previamente planteada. Las principales funciones de una prueba piloto son: conocer si los procedimientos para la obtención de datos planteada en la metodología son pertinentes (Mayorga-Ponce et al., 2020).

Previo a la aplicación del instrumento final se realizó una prueba piloto, la cual se aplicó a 18 personas que han tenido experiencia de ser atendidos en alguno de los hospitales del municipio de Morelia. Se les solicitó autorización para aplicar el cuestionario, tomándose una pequeña muestra de cada cuadrante de la ciudad. Los cuestionarios fueron impresos y explicados para poderse llevar a cabo.

Para medir la fiabilidad del instrumento que se aplicó con la prueba piloto, se utilizó el software "SPSS" Statistical Package for the Social Sciences, por sus siglas en inglés, traducido al español, sería paquete estadístico para las ciencias sociales, en el cual se obtuvo el Alfa de Cronbach, donde se puede apreciar la conexión que existe entre los ítems. Para dejar más claro acerca de la fiabilidad del instrumento, se puede afirmar que está relacionado con la precisión o consistencia de la medición (Barrios y Cosculluela, 2013).

Según López-Roldán y Fachelli (2015), Para incrementar la confiabilidad, es necesario disminuir los errores que se presentan, y en un instrumento como un cuestionario o un test, esto se realiza mediante:

1. Aumentar el número de ítems o preguntas.



Esta información obtenida de las encuestas fue sometida a pruebas en el programa SPSS para poder comprobar la validez del instrumento que se aplicó. A continuación, se muestran los resultados.

#### **4.2.6.2 Resultados del Alfa de Cronbach**

Una vez que se corrieron los datos en el programa SPSS, se realizó el análisis estadístico con la prueba de Alfa de Cronbach.

##### **Resumen de procesamiento de casos**

	N	%
Casos Válido	17	94.4
Excluido <sup>a</sup>	1	5.6
Total	18	100.0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

##### **Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
.977	83

En la prueba piloto se obtuvo un nivel de confiabilidad de 0.97, el cual se encuentra dentro del parámetro aceptable.

Una vez aprobado el instrumento se procederá a realizar la encuesta al total de la muestra para su análisis y presentación de resultados. Así como poder formular la propuesta de una política pública que su enfoque sea hacia la mejora de calidad en el sector público de salud.

#### **4.3 Descripción teórica - metodológica de las ecuaciones estructurales**

Dentro del trabajo de investigación se tomó la decisión de utilizar el modelo PLS-SEM, con el software SmartPLS 4 para realizar ecuaciones estructurales. Se decidió utilizar un modelo de ecuaciones estructurales ya que permiten abordar preguntas complejas y tomar en cuenta múltiples variables, con esto se pudo realizar el estudio con las cinco dimensiones que se contemplan en la evaluación de calidad. SEM es un método estadístico multivariado que permite modelar relaciones de correlación y causalidad entre constructos latentes. Es por ello que, para trabajar con este tipo de constructos (factores latentes), es necesario

conocer o al menos vislumbrar de antemano las relaciones entre estos y entre los constructos y sus indicadores (Vargas y Mora, 2017). Es un modelo muy completo que permite analizar de manera interna y externa todas las variables que decida el investigador.

El modelado de ecuaciones estructurales se creó para permitir una mayor flexibilidad para los modelos de regresión. Son menos restrictivos que los modelos de regresión porque permiten incluir el error de medición tanto en la variable criterio (la variable dependiente) como en la variable predictora (la variable independiente). Se pueden considerar diferentes modelos de análisis factorial que permiten efectos tanto directos como indirectos entre factores. Las ventajas de estos modelos son que desarrollan convenciones que permiten la representación gráfica, asumen relaciones causales entre variables, permiten vincular efectos entre variables y permiten interrelaciones entre variables (Ruiz et al., 2010).

Un modelo de ecuación estructural completo consta de dos partes básicas: un modelo de medición y un modelo de correlación estructural. El modelo de medición incluye cómo se mide cada constructo latente utilizando sus observables, los errores que afectan la medición y las relaciones que pueden encontrarse entre los constructos cuando los constructos se relacionan entre sí. El modelo completo tiene dos modelos de medición, uno para las variables predictores y otro para la variable dependiente. Los modelos de relaciones estructurales son los modelos que realmente queremos evaluar. Incluye los efectos y las relaciones entre constructos, a menudo variables latentes (Ruiz et al., 2010).

#### **4.3.1 Tipos de Variables Modelo PLS-SEM**

En un modelo estructural para Ruiz et al. (2010), se diferencian distintos tipos de variables de acuerdo con su papel y su medición:

- ✓ Variable observada o indicador. Variables que se mide a los sujetos. Por ejemplo, las preguntas de un cuestionario.
- ✓ Variable latente. Una propiedad que uno quisiera medir pero que no puede observar sin cometer un error de medición
- ✓ Variable exógena. Una variable que afecta a otra variable y no se ve afectada por ninguna variable. Las variables independientes en el modelo de regresión son exógenas.
- ✓ Variable endógena. Una variable afectada por otra variable. Las variables dependientes en el modelo de regresión son endógenas. Cualquier variable endógena está inevitablemente sujeta a error.

Los diagramas similares a diagramas de flujo se utilizan a menudo para representar un modelo de causa y efecto y las relaciones involucradas. Los diagramas de estructura siguen

convenciones especiales que deben entenderse para obtener las ecuaciones correspondientes (Ruiz et al., 2010).

- ✓ Las variables observables se representan encerradas en rectángulos.
- ✓ Las variables no observables (latentes) se observan en óvalos o círculo. Cualquier efecto estructural se visualiza por una flecha recta, donde su origen es la variable predictor y el final es la punta de la flecha, es la variable dependiente.
- ✓ Las medidas del modelo se representan sobre la flecha correspondiente.

En el modelo de ecuaciones estructurales se pueden distinguir dos elementos fundamentales; (a) un modelo de medida que representa las relaciones entre las variables latentes (o constructos) con sus indicadores (o variables empíricas), y (b) un modelo estructural que describe la interacción entre los constructos. El modelo de medida posibilita la utilización de diversas variables (indicadores), para una única variable latente dependiente o independiente. El propósito primordial del modelo de medida consiste en corroborar la idoneidad de los indicadores seleccionados para la medición de los constructos de interés, es decir, que el investigador evalúe la combinación de las variables observadas con el fin de identificar el constructo hipotetizado (Cupani, 2012).

El modelo estructural es una herramienta, que establece la conexión entre variables independientes y dependientes. En esta circunstancia, la teoría, previamente a la experiencia u otras directrices, permitirá al investigador discernir cuales son las variables independientes que predicen cada variable dependiente. Otra ventaja del SEM es que las relaciones entre las variables latentes pueden ser de tres tipos: covarianza, efectos directos o efectos indirectos (Cupani, 2012).

Los términos de error están conectados a los constructos por medio de variables con flechas unidireccionales. Los términos de error representan la varianza no explicada. El modelo estructural también contiene términos de error, se vinculan con las variables latentes. Para desarrollar los modelos path es necesario revisar dos teorías (Hair et al., 2019):

Teoría de medida: donde se determina cómo se miden las variables latentes (constructos). Existen dos formas de medir las variables no observables. Un enfoque se conoce como medida reflectiva donde las flechas van desde el constructo a las variables indicador, sosteniendo la idea de que el constructo causa la medida, teniendo un término de error asociado a cada indicador y el otro como medida formativa donde las flechas apuntan desde las variables indicador al constructo, indicando una relación causa (predictiva).

Y la segunda es la teoría estructural: que muestra cómo se vinculan las variables latentes unas con otras. La localización y la secuencia de los constructos se fundamentan en la teoría o en la experiencia y en el conocimiento que tiene el investigador. La evaluación de

estos modelos se lleva a cabo en un proceso en dos etapas. El proceso implica valorar separadamente los modelos de medida y el modelo estructural.

#### **4.4 Descripción teórica – metodológica de la matriz de marco lógico**

La Metodología de Marco Lógico es una herramienta que facilita el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyectos. Se enfoca en la orientación a metas, la orientación hacia el grupo objetivo e impulsa la participación, así como la comunicación de las partes interesadas (Ortegón et al., 2005).

El procedimiento fue concebido inicialmente como respuesta a tres obstáculos habituales en proyectos (Ortegón et al., 2005):

- I. Establecimiento de proyectos carentes de precisión, con objetivos diversos que no estaban específicamente vinculados con las actividades del proyecto.
- II. Proyectos que no se llevaban a cabo con éxito, y el alcance de la responsabilidad del gerente del proyecto no era claramente especificado.
- III. No existía una imagen clara de cómo se vería el proyecto si tuviese éxito, y los evaluadores no tenían una base objetiva para comparar lo que se preveía con lo que ocurriría en la realidad.

Es fundamental establecer una distinción entre lo que se conoce como Metodología de Marco Lógico y la Matriz de Marco Lógico. El enfoque metodológico se centra en el análisis del problema, el análisis de los involucrados, la jerarquía de objetivos y la selección de una estrategia de implementación adecuada. El resultado de esta metodología analítica es la matriz (el marco lógico), la cual resume lo que el proyecto pretende llevar a cabo, cuáles son los supuestos fundamentales y cómo los insumos y productos del proyecto serán supervisados y evaluados (Ortegón et al., 2005).

La metodología comprende dos etapas, las cuales se desarrollan de forma gradual en las etapas de identificación y de diseño del período de vida del proyecto. (Manual de Gestión del Ciclo de Proyecto citado en Ortégón et al., 2005):

- ✓ Identificación del problema y alternativas de solución, en la que se analiza la situación existente con el propósito de obtener una comprensión de la situación deseada y seleccionar las estrategias que se emplearán para alcanzarla.. La idea fundamental radica en que los proyectos están concebidos con el propósito de solucionar los obstáculos a los que se enfrentan los grupos meta o beneficiarios, tales como mujeres y hombres, y responder a sus necesidades e intereses. A continuación se presentan cuatro tipos de análisis para realizar: el análisis de involucrados, el análisis de problemas (imagen de la realidad), el análisis de

objetivos (visión del futuro y de una situación mejor) y el análisis de estrategias (revisión de diversas opciones en respuesta a una situación precisa).

- ✓ Planificación, dado que la idea del proyecto se convierte en un plan operativo efectivo para el desarrollo. En este período se estructura la matriz de marco lógico. Las actividades y los recursos están definidos y reflejados durante un período de tiempo.

La etapa de planificación se fundamenta en la percepción de una situación problemática y la motivación para solucionarla. La sensación o necesidad de examinar y analizar dicha situación puede surgir de diversos enfoques, algunos de ellos pueden ser: Implementar un plan de desarrollo y recuperación de infraestructura. Las necesidades o deficiencias de grupos de personas. La situación de vida deficiente se aprecia en algún diagnóstico en el ámbito local. Dentro de los acuerdos internacionales como la viabilidad necesaria para el intercambio comercial entre países Sin importar el origen, es fundamental realizar un análisis estructurado de la situación actual (Ortegón et al., 2005)

La Metodología Marco Lógico comprende cuatro elementos analíticos relevantes que contribuyen a impulsar este proceso, los cuales se describirán a continuación (Ortegón et al., 2005):

- **Análisis de involucrados:** Es extremadamente importante analizar todos los individuos o grupos, instituciones o empresas que pueden asociarse a un proyecto en particular. Analizar el personal relevante puede optimizar los beneficios sociales e institucionales del proyecto y minimizar el impacto negativo. Al explorar sus intereses y expectativas, puede atraer y fomentar el apoyo de quienes tienen intereses similares o complementarios al proyecto, reducir la resistencia de quienes tienen intereses opuestos y obtener el apoyo de quienes son indiferentes. El análisis de las partes interesadas revela: identificar a todos aquellos que podrían tener un interés o beneficiarse directa e indirectamente (pueden estar en diferentes niveles, por ejemplo, local, regional, nacional); descubrir sus roles, intereses, poderes relativos y habilidades para participar. Interpretar los resultados del análisis y definir cómo se incorporarán al diseño del proyecto.
- **Análisis del problema:** Durante el proceso de desarrollo del proyecto, es necesario identificar los problemas que se quieren solucionar, así como sus causas y consecuencias. El procedimiento consta de las siguientes fases: Analizar e identificar los problemas subyacentes de la situación. En la primera sesión de lluvia de ideas, aplique criterios de priorización y selectividad para identificar los problemas más importantes que afectan a la comunidad. Para investigar y evaluar su importancia, es necesario identificar las consecuencias más significativas del problema. Anota los motivos del principal problema

descubierto. Una vez identificado el problema principal (como causas y efectos), se crea un árbol de problemas. Un árbol de problemas proporciona una guía completa para una situación problemática.

- Análisis de objetivos el análisis de los objetivos permite describir el estado futuro a la que se pretende llegar cuando se haya resuelto el o los problemas. Convierte los estados negativos del árbol de problemas en soluciones. Todos los estados deben ser positivos y son los objetivos y se presentan en el árbol de objetivos en el que se observa los medios y de los fines. Este árbol ayuda a tener una visión universal y concreta de la situación positiva que se desea.

La siguiente fase se debe seleccionar la estrategia adecuada. En este momento se deben adoptar medidas para solucionar el problema planteado, para esto se debe utilizar como instrumento el árbol de objetivos (medios) con el fin de buscar, una acción efectiva en la práctica. La identificación de acciones es un proceso analítico que permite optimizar los medios. Es decir, en este paso se establecen acciones concretas para lograr la meta (Ortegón et al., 2005).

Una vez que se ha identificado el problema y que se estableció el objetivo se lleva a cabo un análisis extenso en el que se puede concluir en lo que se conoce como la Matriz de Marco Lógico. Para Sánchez (2007), la Matriz de Marco Lógico presenta en forma detallada los aspectos más importantes del proyecto. La matriz presenta cuatro columnas que dan la siguiente información:

- I. Un resumen narrativo de los cuatro niveles jerárquicos. Es la primera columna de la matriz de marco lógico que se evalúa por medio de la lógica vertical (vínculos causales de abajo hacia arriba).
- II. Indicadores (resultados específicos a lograr). Se establecen como el fin, objetivo, componentes y actividades. Los indicadores se encuentran en cada nivel de la matriz, se convierten en el punto de referencia y guía de las actividades de gestión y monitoreo, además de la evaluación del proyecto. Los indicadores deben tener cinco características: debe ser específico, medible, realizabl, pertinente y enmarcado en el tiempo. Es posible que sea cuantitativo o cualitativo, dependerá del enfoque del objetivo, Los indicadores deben evaluar el cambio que se debe atribuir al proyecto.
- III. Medios de verificación. Se debe identificar los enfoques y fuentes de recolección de información que posibilitará la evaluación y vigilancia los indicadores.
- IV. Supuestos. Se trata de los elementos externos que se encuentran fuera del control de la institución encargada de la intervención, que influyen en el logro o fracaso de este.

Dentro de las cuatro filas se encuentra información sobre de los objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos en los momentos distintos en la existencia del proyecto:

1. Fin al cual el proyecto contribuye de manera significativa después de que el proyecto estuvo en funcionamiento.
2. Propósito o meta alcanzada cuando el proyecto se ejecutó.
3. Componentes y Resultados completados durante el desarrollo del proyecto.
4. Actividades necesarias para elaborar los componentes y resultados

Los métodos utilizados por analistas y evaluadores, es decir, procedimientos de investigación, parten de una posición epistemológica y de un marco teórico, definen un conjunto de principios y normas, y llevan a cabo una serie de acciones que permiten la selección y coordinación de determinados métodos de análisis. El objetivo. Estos últimos son herramientas específicas para la recolección, análisis, procesamiento, síntesis e interpretación de datos (Cardozo, 2012, como se citó en Cardozo 2013).

En ciencias sociales ha sido más común el empleo de métodos estadísticos para describir datos y realizar inferencias a partir de un conjunto incompleto de ellos (muestra), por lo tanto, no determinístico, sino basado en la teoría de las probabilidades y el riesgo. Sin embargo, la estadística también tiene sus limitaciones: sólo permite asociar variables (Cardozo 2013). En consecuencia, las ecuaciones estructurales conforman el área estadística y matemática de la investigación, las cuales proporcionaron resultados de percepción de calidad del servicio del sector público, las cuales permitieron evaluar según la estadística cuáles de las variables estudiadas tienen un mayor impacto y de qué manera se pueden analizar y solucionar a dicha cuestión. En consecuencia, se presentará una propuesta de política pública enfocada en incrementar la calidad del servicio del sector público de alta calidad.

## **CAPÍTULO 5. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DEL SECTOR SALUD EN MORELIA, MICHOACÁN**

En este capítulo se presenta los resultados de la percepción de calidad del servicio del sector salud en Morelia, para determinar cuál fue la variable de mayor impacto y en qué medida la tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta y la empatía afectó dicha percepción de la sociedad. De esta forma el presente capítulo está organizado por un análisis de frecuencia y de correlación, seguido de los resultados de las ecuaciones estructurales derivadas del programa SmartPLS 4, por último, se realizó una discusión de resultados donde se analizó la situación que se presentó en la ciudad de Morelia, con esto se une al capítulo 6 en el cual se realizó la propuesta de política pública que surge a raíz del análisis y la metodología del marco lógico.

### **5.1 Análisis de Frecuencia**

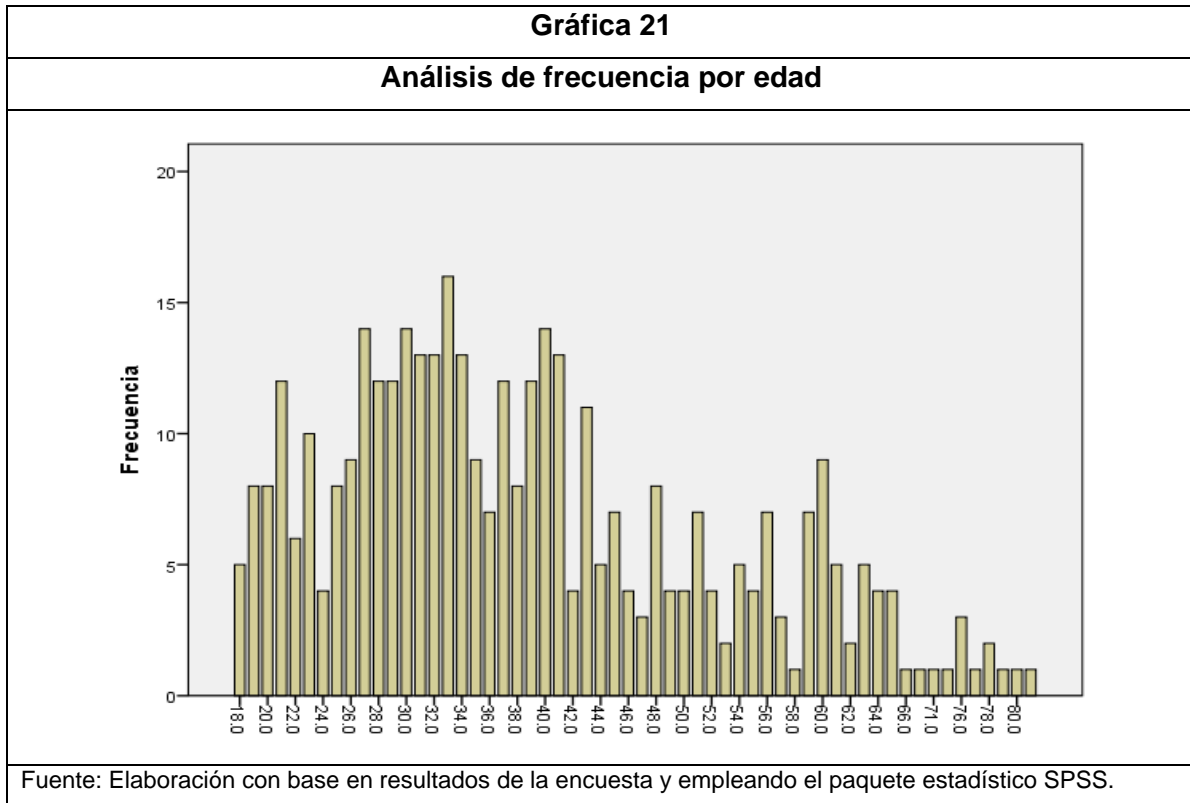
Se realizó un análisis de frecuencia con los datos que se obtuvieron por medio de la encuesta aplicada, para dicho análisis se utilizó el software SPSS (paquete estadístico para las ciencias sociales). En la Cuadro 5, referente al análisis de frecuencia por institución, se deduce que la Institución con más visitas en de la ciudad de Morelia es el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) con el 46.4% seguido de SS (Secretaría de Salud) con 26.6 % y por último el ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) con 16.6%.

En Morelia la SS, desempeña un papel relevante ya que esta institución contempla el hospital general de la ciudad donde se atiende a personas de escasos recursos o sin seguridad social con una diferencia de 85 visitas, no se debe perder de vista a esta institución, ya que es la que brinda atención al sector más vulnerable de la sociedad.

<b>Cuadro 5.</b>					
<b>Análisis de frecuencia por institución</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	IMSS	45	10.5	10.5	10.5
	ISSSTE	199	46.4	46.4	56.9
	SSA	71	16.6	16.6	73.4
	SSA	114	26.6	26.6	100
	Total	429	100	100	

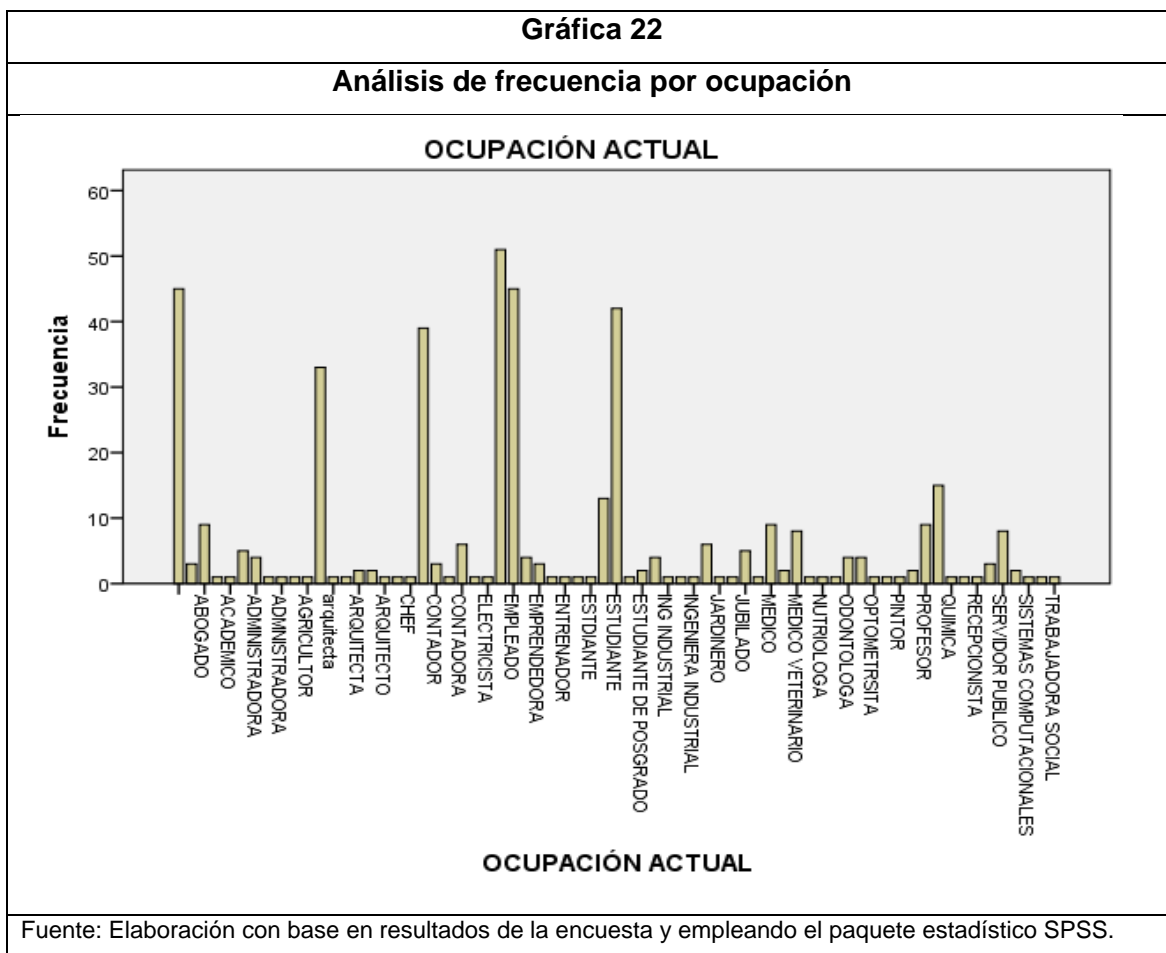
Fuente: Elaboración con base en los resultados de la encuesta y empleando el paquete estadístico SPSS.

En la Gráfica 21, se puede visualizar que el rango de edad de mayor prevalencia va de los 26 a los 40 años de edad, relativamente ciudadanos jóvenes quienes asisten a los hospitales de la ciudad.



<b>Cuadro 6.</b>		
<b>Análisis estadístico de edad</b>		
N	Válido	384
	Perdidos	45
Media		38.927
Mediana		36
Moda		33
Fuente: Elaboración con base en los resultados de la encuesta y empleando el paquete estadístico SPSS.		

Para datos más exactos, la media se encuentra en los 39 años, el rango de edad de mayor prevalencia que visita los servicios de salud ronda los 36 años y quienes más visitan los hospitales tienen 33 años. Con este análisis se puede concluir que de los 33 a los 39 años los ciudadanos de Morelia están más propensos a utilizar los servicios del sector público de salud. Es importante observar y enfocar las acciones públicas para evitar que el sector joven de la sociedad acuda precozmente a las instituciones.



En la gráfica 22, se realizó un análisis derivado de la pregunta de la encuesta donde se solicitaba la información ocupacional de las personas. Los perfiles profesionales que más se repitieron fueron; abogados, arquitectos, contadores, estudiantes, emprendedores que también abarca a los comerciantes y los empleados de cualquier área en empresas. Esta información ayudará a tener una idea de la capacidad económica para solventar cualquier gasto en salud, considerando que sean personas económicamente activas, de no ser el caso, la problemática es aún más compleja, ya que, se estaría enfrentando a un gasto de bolsillo que conduce al aumento de la pobreza en la sociedad.

En el cuadro 7, se muestra que las mujeres necesitan más los servicios de salud pública, con un 57.6% sobre 31.9% de la necesidad del hombre, en la ciudad de Morelia.

Cuadro 7.					
Análisis de frecuencia por género					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	HOMBRE	45	10.5	10.5	10.5
	MUJER	137	31.9	31.9	42.4
	Total	247	57.6	57.6	100
	Total	429	100	100	

Fuente: Elaboración con base en los resultados de la encuesta y empleando el paquete estadístico SPSS

De acuerdo con el análisis de frecuencia y, en resumen, se puede inferir que la institución con menor porcentaje de visitas es el ISSSTE y la de mayor frecuencia es el IMSS, seguida de SS.

Como se ha examinado a lo largo de esta investigación, la tangibilidad juega un papel fundamental, ya que, es una de las variables significativas y con mayor impacto en la calidad. Recordando esta variable involucra aspectos como la infraestructura, ubicación, limpieza, equipamiento funcional y moderno, si se cumple con estas características se estará logrando una mejora en la percepción de calidad del servicio del sector salud, por lo tanto, una mejora en la salud del ciudadano (Zeithmal et al., 1990).

Adicional se realizó un análisis de frecuencia por cada variable y con cada ítem que estas incluían. Los resultados que se obtuvieron forman parte importante en la investigación ya que permiten conocer los porcentajes y en qué medida los ciudadanos estaban o no satisfechos con aspectos del servicio público de salud. A continuación, se muestran algunos datos relevantes.

La variable dependiente que es la calidad del servicio del sector público de salud contiene tres subvariables que son la estructura, proceso y resultados (Salas, 2021). Cada una de estas subvariables están compuestas por los siguientes indicadores, para estructura se considera la ubicación, el equipamiento y la comodidad que existe en los hospitales, así como sus áreas internas, para el proceso se considera la comunicación, credibilidad y continuidad, es decir lo relevante desde que ingresa un paciente hasta que sale. Por último, se tiene el resultado donde se toma en cuenta la satisfacción, la competencia profesional y la seguridad (Salas, 2021). En este sentido se muestran en el cuadro 8 las respuestas obtenidas para calificar de manera general la variable independiente dentro del instrumento.

Cuadro 8					
1.1 En su opinión considera que la calidad del servicio del hospital que visitó es buena					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1.0	42	9.8	10.9	10.9
	2.0	157	36.6	40.9	51.8
	3.0	91	21.2	23.7	75.5
	4.0	86	20.0	22.4	97.9
	5.0	8	1.9	2.1	100.0
	Total	384	89.5	100.0	
Perdidos	Sistema	45	10.5		
Total		429	100.0		

Fuente: Elaboración con base en los resultados de la encuesta y empleando el paquete estadístico SPSS

Se trabajó con escala Likert donde la calificación de 1 = nada satisfecho 2 = poco satisfecho, 3 = regular, 4 = satisfecho y 5 = totalmente satisfecho. Como se observa 10.9% de los encuestados se encuentran nada satisfechos con la calidad del servicio del sector público de salud, el 40.9% están poco satisfechos con la calidad del servicio del sector público de salud, 23.7% calificaron de forma regular el servicio. El 22.4% están satisfechos con la calidad del servicio del sector público de salud y 2.1% están totalmente satisfecho con la calidad del servicio del sector público de salud.

Se expone a continuación algunos ítems que calificaron la tangibilidad que son los aspectos físicos que el cliente percibe en la organización. Cuestiones tales como limpieza y modernidad son evaluadas en tres elementos distintos (Wigodski, 2003).

Cuadro 9.					
1.2 Cómo calificarías las instalaciones físicas del hospital.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	acumulado
Válido	1.0	34	7.9	8.9	8.9
	2.0	124	28.9	32.3	41.1
	3.0	115	26.8	29.9	71.1
	4.0	102	23.8	26.6	97.7
	5.0	9	2.1	2.3	100.0
	Total	384	89.5	100.0	
Perdidos	Sistema	45	10.5		
Total		429	100.0		

Fuente: Elaboración con base en los resultados de la encuesta y empleando el paquete estadístico SPSS

Como se observa en el cuadro 9. El 8.9% de los encuestados están nada satisfechos con las instalaciones físicas de los hospitales que visitaron, 32.3% están poco satisfechos, 29.9% califican como regulares dichas instalaciones, 26.6% están satisfechos y el 2.3% están totalmente satisfechos con las instalaciones físicas. El mayor porcentaje de ciudadanos se encuentran insatisfechos, representando el 41.2%.

Uno de los ítems donde el resultado estuvo muy marcado es el que se muestra en el cuadro 10, donde se cuestiona si el equipamiento del hospital es el adecuado. Los resultados fueron los siguientes.

El 10.2% de los encuestados están poco satisfechos con que el equipamiento del hospital es el adecuado, el 47% está poco satisfecho, el 13.8% considera regular, el 26.6% está satisfecho y el 2.3% está totalmente satisfecho con el equipamiento básico como camas, equipo de monitoreo, ultrasonidos entre otros. Si se realiza la suma de los encuestados que están poco o nada satisfechos se tendría un total del 57.2%, esto llama la atención ya que el porcentaje representa a más de la mitad, se estaría hablando que la mayoría tiene una percepción poco satisfactoria en este apartado.

Cuadro 10.					
1.8 Considera que el equipamiento del hospital como camas, equipo de monitoreo, ultrasonidos, respiradores etc. es el adecuado.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	acumulado
Válido	1.0	39	9.1	10.2	10.2
	2.0	180	42.0	47.0	57.2
	3.0	53	12.4	13.8	71.0
	4.0	102	23.8	26.6	97.7
	5.0	9	2.1	2.3	100.0
	Total	383	89.3	100.0	
Perdidos	Sistema	46	10.7		
Total		429	100.0		

Fuente: Elaboración con base en los resultados de la encuesta y empleando el paquete estadístico SPSS

El cuadro 11. se relaciona con la comodidad del área de espera. Los resultados se muestran a continuación.

Cuadro 11.					
1.20 Considera que las instalaciones del área de espera son lo suficientemente cómodas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1.0	57	13.3	14.8	14.8
	2.0	217	50.6	56.5	71.4
	3.0	49	11.4	12.8	84.1
	4.0	56	13.1	14.6	98.7
	5.0	5	1.2	1.3	100.0
	Total	384	89.5	100.0	
Perdidos	Sistema	45	10.5		
Total		429	100.0		

Fuente: Elaboración con base en los resultados de la encuesta y empleando el paquete estadístico SPSS

Se observa que el 14.8% de los encuestados no están nada satisfechos con la comodidad del área de espera, el 56.5% está poco satisfecho, 12.8% considera la comodidad de esta zona regular, el 14.6 % se encuentra satisfecho y el 1.3% está totalmente satisfecho con la comodidad del área de espera. De nueva cuenta se tiene un valor por encima de la media que es el 71.3% que está insatisfecho con la comodidad de dichas instalaciones.

La siguiente variable que se consideró es la confiabilidad que es la habilidad de desarrollar el servicio prometido precisamente como se pactó y con exactitud (Wigodski, 2003). En cuadro 12 se puede revisar los resultados.

Cuadro 12.					
2.1 Considera que es efectiva la comunicación del personal del hospital con el paciente o sus familiares					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1.0	72	16.8	18.8	18.8
	2.0	152	35.4	39.6	58.3
	3.0	50	11.7	13.0	71.4
	4.0	106	24.7	27.6	99.0
	5.0	4	.9	1.0	100.0
	Total	384	89.5	100.0	
Perdidos	Sistema	45	10.5		
Total		429	100.0		

Fuente: Elaboración con base en los resultados de la encuesta y empleando el paquete estadístico SPSS

Se puede distinguir que 18.8% de los encuestados no están nada satisfechos con la comunicación del personal de salud hacia el paciente o familiares, 39.6% están poco

satisfechos, el 27.6% están satisfechos y el 1% se encuentran totalmente satisfechos. El porcentaje más notable es de quienes se encuentran poco satisfechos.

Cuadro 13.					
2.8 La coordinación que existe entre los departamentos del hospital le brinda a usted credibilidad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1.0	25	5.8	6.5	6.5
	2.0	198	46.2	51.6	58.1
	3.0	32	7.5	8.3	66.4
	4.0	126	29.4	32.8	99.2
	5.0	3	.7	.8	100.0
	Total	384	89.5	100.0	
Perdidos	Sistema	45	10.5		
Total		429	100.0		

Fuente: Elaboración con base en los resultados de la encuesta y empleando el paquete estadístico SPSS

El cuadro 13 referente a la percepción de los ciudadanos que tienen acerca de la credibilidad de los hospitales públicos se obtuvo los siguientes resultados. El 6.5% se encuentra nada satisfecho con la credibilidad que brinda el hospital, el 51.6% están poco satisfechos, el 8.3% consideran regular dicha credibilidad, 32.8% están satisfechos y solamente el 0.8% se encuentra totalmente satisfecho.

Como siguiente variable se tiene la capacidad de respuesta de los hospitales, algunas de las preguntas que se realizaron fueron las siguientes.

Cuadro 14.					
3.2 Considera que el personal ofrece un servicio rápido					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1.0	56	13.1	14.6	14.6
	2.0	186	43.4	48.4	63.0
	3.0	66	15.4	17.2	80.2
	4.0	54	12.6	14.1	94.3
	5.0	22	5.1	5.7	100.0
	Total	384	89.5	100.0	
Perdidos	Sistema	45	10.5		
Total		429	100.0		

Fuente: Elaboración con base en los resultados de la encuesta y empleando el paquete estadístico SPSS

Se puede observar en el cuadro 14 el 14.6% de los encuestados no están nada satisfechos con la rapidez del servicio, 48.4% está poco satisfecho, 17.2% considera que es regular la rapidez con que se atiende en los hospitales, 14.1% se encuentra satisfecho y solo el 5.7% está totalmente satisfecho.

En el cuadro 15 se puede visualizar los resultados del ítem 3.4 el cual hace referencia a los recursos humanos.

Cuadro 15.					
3.4 En su opinión considera que el personal es suficiente para atender con calidad a los pacientes"					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1.0	69	16.1	18.0	18.0
	2.0	156	36.4	40.6	58.6
	3.0	61	14.2	15.9	74.5
	4.0	71	16.6	18.5	93.0
	5.0	26	6.1	6.8	100.0
	Total	384	89.5	100.0	
Perdidos	Sistema	45	10.5		
Total		429	100.0		

Fuente: Elaboración con base en los resultados de la encuesta y empleando el paquete estadístico SPSS

Se puede deducir que el 18% de los encuestados considera que no es nada satisfactorio la cantidad de personal que tienen los hospitales para atender con calidad a los pacientes, el 40.6% están poco satisfechos, el 15.9% considera regular el número de trabajadores, el 18.5% se encuentra satisfecho y el 6.8% está totalmente satisfecho. Como se puede observar la carga de satisfacción es muy poca con tan solo el 25.3% sobre 58.6% de insatisfacción que genera la insuficiencia del recurso humano que se tiene en las instituciones públicas de salud.

Como cuarta variable se consideró seguridad que es la habilidad para realizar el servicio prometido de modo fiable y cuidadoso (Payares et. al, 2017). En el cuadro 16 se observa el resultado referente al ítem de esta variable

Cuadro 16.					
3.18 Usted percibió que el personal de salud del Hospital cumplió siempre con medidas que garantizaran su seguridad como paciente (por ejemplo, lavado de manos, uso de guantes y tapabocas)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1.0	9	2.1	2.3	2.3
	2.0	124	28.9	32.3	34.6
	3.0	17	4.0	4.4	39.1
	4.0	187	43.6	48.7	87.8
	5.0	47	11.0	12.2	100.0
	Total	384	89.5	100.0	
Perdidos	Sistema	45	10.5		
Total		429	100.0		

Fuente: Elaboración con base en los resultados de la encuesta y empleando el paquete estadístico SPSS

Como se puede ver los resultados son favorables ya que únicamente el 2.3% se encuentra nada satisfecho, el 32.3% está poco satisfecho, 4.4% considera que el personal cumplió de forma regular las medidas de seguridad, el 48.7% está satisfecho y el 12.2% se encuentra totalmente satisfecho con la percepción de que el personal de salud cumplió con las medidas que garantizan la seguridad del paciente. Sin embargo, el 32.3% indica que es necesario seguir monitoreando que se cumpla con dichas medidas para garantizar la calidad del servicio.

La última variable que se evaluó es la empatía que es la capacidad del profesional para ponerse en el lugar del usuario/paciente y poder, así, comprender su punto de vista, sus reacciones y sentimientos frente a su estado de salud (Parasuraman et al., 1988).

En el cuadro 17 se pueden visualizar los resultados. El 5.7% se encuentra nada satisfecho con la empatía hacia sus necesidades, 39.3% está poco satisfecho, el 14.1% considera regular la empatía que se tiene con los pacientes frente a sus necesidades, el 36.2% está satisfecho y 4.7% se encuentra totalmente satisfecho. En este ítem podemos observar que no existe tanta discrepancia entre los que están satisfecho y los que están poco satisfechos. Sin embargo, es de considerarse que si bien no es una calificación pésima se puede mejorar.

<b>Cuadro 17.</b>					
<b>5. En su opinión el personal del hospital fue empático con sus necesidades</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1.0	22	5.1	5.7	5.7
	2.0	151	35.2	39.3	45.1
	3.0	54	12.6	14.1	59.1
	4.0	139	32.4	36.2	95.3
	5.0	18	4.2	4.7	100.0
	Total	384	89.5	100.0	
Perdidos	Sistema	45	10.5		
Total		429	100.0		

Fuente: Elaboración con base en los resultados de la encuesta y empleando el paquete estadístico SPSS

En el cuadro siguiente que es el 18. Se cuestionó acerca de la disposición que tiene el personal de salud para ayudar, los resultados se muestran a continuación.

<b>Cuadro 18.</b>					
<b>3.3 Considera que el personal del hospital siempre está dispuesto a ayudar</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1.0	42	9.8	10.9	10.9
	2.0	182	42.4	47.4	58.3
	3.0	59	13.8	15.4	73.7
	4.0	84	19.6	21.9	95.6
	5.0	17	4.0	4.4	100.0
	Total	384	89.5	100.0	
Perdidos	Sistema	45	10.5		
Total		429	100.0		

Fuente: Elaboración con base en los resultados de la encuesta y empleando el paquete estadístico SPSS

Como se observa en los resultados el 10.9% de los encuestados no se encuentra nada satisfecho con la disposición del personal para ayudar, el 47.4% está poco satisfecho con este aspecto, el 15.4% considera una disposición regular, 21.9% se encuentra satisfecho y el 4.4% está totalmente satisfecho con la disponibilidad del personal.

## 5.2 Análisis de correlación

Un coeficiente de correlación es un valor numérico que cuantifica el grado de correspondencia y relación lineal entre dos variables. Nos centraremos en dos de ellos: el coeficiente de correlación de Pearson y el coeficiente de correlación de Spearman. El primero es el coeficiente paramétrico, es decir, extrapola sus resultados a la población real, lo que significa que nuestra distribución muestral debe corresponder a la distribución real, es decir, que hay normalidad. Ésta es la principal diferencia entre las dos proporciones. El coeficiente de Pearson es paramétrico y debe cumplir el supuesto de normalidad de la variable, mientras que el coeficiente de Spearman es no paramétrico porque la distribución muestral no sigue la distribución conocida, por lo que el estimador muestral (Díaz et al., 2014).

La primera diferencia limita aún más la aplicabilidad de cada ratio. Debido a que Pearson es paramétrico y requiere normalidad univariada, solo se puede calcular con variables cuantitativas con intervalo de medición o niveles de relación. Por otro lado, si nuestras variables cuantitativas no cumplen el supuesto de normalidad (no están distribuidas a lo largo de una curva normal) o son variables cualitativas (ordinales), entonces solo queda utilizar el coeficiente de correlación de Spearman (Díaz et al., 2014).

En el cuadro 19 se realizó la correlación de Spearman. Con la cual se puede determinar si existe o no existe correlación entre variables. Los valores que se tomaron en cuenta en los cuadros 19 y 20 son los valores de significancia que pueden variar del 0 a 1. Donde sí es mayor de .05 significa que no existe relación entre variables, si es menor a .05 significa que hay una relación significativa entre variables y si es menor o igual a .01 significa que existe una correlación muy significativa entre las variables (Martínez et al., 2009).

Para el primer análisis en el cuadro 19, se puede observar que todos los valores de significancia son de .000 por lo que sí existe una relación muy significativa entre variables. La interpretación del coeficiente rho de Spearman concuerda en valores próximos a 1; indican una correlación fuerte y positiva. Valores próximos a -1 indican una correlación fuerte y negativa. Valores próximos a cero indican que no hay correlación lineal. Puede que exista otro tipo de correlación, pero no lineal. Los signos positivos o negativos solo indican la dirección de la relación; un signo negativo indica que una variable aumenta a medida que la otra disminuye o viceversa, y uno positivo que una variable aumenta conforme la otra también lo haga disminuye, si la otra también lo hace. En el cuadro 19 el coeficiente de todas las variables es positiva, por lo que su relación es directa y además es positiva (Martínez et al., 2009).

Al igual que el coeficiente de correlación de Pearson, el coeficiente de correlación de Spearman muestra la correlación entre variables, permite obtener coeficientes de correlación entre variables que se comportan de manera anormal y entre variables normales. Se calcula en base a una serie de intervalos asignados. Al igual que Pearson, los valores oscilan entre -1 y 1, donde 0 indica que no hay correlación y el signo indica una correlación de Spearman directa e inversa (Díaz et al., 2014).

El grado de relación entre las variables, de los valores que van de .80 a .99 tienen una correlación muy alta (Martinez et al., 2009). Los resultados obtenidos en el cuadro 19 están dentro de estos rangos y se podría concluir que los valores de Spearman están por encima de .80, además esta correlación es significativa. Entonces se puede afirmar que aun nivel de confianza de 99% en el servicio de calidad del sector salud hay una correlación positiva y muy alta entre la variable tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía, porque el valor de significancia de cada una es de .000, que se encuentra por debajo de .01 requerido.

Cuadro 19.						
Análisis de correlación de Spearman						
		TANGIBILIDAD	CONFIABILIDAD	CAPACIDAD DE RESPUESTA	SEGURIDAD	EMPATIA
TANGIBILIDAD	Coefficiente de correlación	1.000	.974**	.967**	.959**	.964**
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000	.000
	N	387	387	387	387	387
CONFIABILIDAD	Coefficiente de correlación	.974**	1.000	.974**	.975**	.971**
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.000	.000
	N	387	387	387	387	387
CAPACIDAD DE RESPUESTA	Coefficiente de correlación	.967**	.974**	1.000	.965**	.964**
	Sig. (bilateral)	.000	.000		.000	.000
	N	387	387	387	387	387
SEGURIDAD	Coefficiente de correlación	.959**	.975**	.965**	1.000	.971**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000		.000
	N	387	387	387	387	387
EMPATIA	Coefficiente de correlación	.964**	.971**	.964**	.971**	1.000
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	
	N	387	387	387	387	387

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

Fuente: Elaboración con base en los resultados de la encuesta y empleando el paquete estadístico SPSS

El siguiente análisis se realizó con El coeficiente de correlación de Pearson nos permite medir la fuerza y dirección de las asociaciones entre dos variables cuantitativas aleatorias y una distribución bivariada común. En este caso, simplemente intentaremos comprobar que cada perfil tiene una distribución normal unidimensional. El valor de correlación de Pearson varía de -1 a 1, donde los valores extremos indican una mayor correlación entre

las variables y 0 indica que no hay correlación. El signo positivo o negativo del coeficiente indica si la relación es directa (positiva) o inversa (negativa). La correlación de Spearman no implica causalidad ni dependencia (Díaz et al., 2014).

Para el segundo análisis en el cuadro 20, se puede observar que todos los valores de significancia son de .000 por lo que sí existe una relación significativa entre variables.

En el cuadro 20 el coeficiente de todas las variables es positivo, además su relación es directa.

El grado de relación entre las variables, de los valores que van de .80 a .99 tienen una correlación muy alta (Martínez et al., 2009). Los resultados obtenidos en el cuadro 20 están dentro de estos rangos y se podría concluir que los valores de Pearson están por encima de .80, además esta correlación es muy significativa. Entonces se puede afirmar que aun nivel de confianza de 99% en el servicio de calidad del sector salud hay una correlación positiva y muy alta entre la variable tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía, porque el valor de significancia de cada una es de .000, que se encuentra por debajo de .01 requerido.

Cuadro 20						
Análisis de correlación de Pearson						
		TANGIBILIDAD	CONFIABILIDAD	CAPACIDAD DE RESPUESTA	SEGURIDAD	EMPATIA
TANGIBILIDAD	Correlación de Pearson	1	.929**	.898**	.902**	.905**
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000	.000
	N	387	387	387	387	387
CONFIABILIDAD	Correlación de Pearson	.929**	1	.905**	.923**	.906**
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.000	.000
	N	387	387	387	387	387
CAPACIDAD DE RESPUESTA	Correlación de Pearson	.898**	.905**	1	.888**	.875**
	Sig. (bilateral)	.000	.000		.000	.000
	N	387	387	387	387	387
SEGURIDAD	Correlación de Pearson	.902**	.923**	.888**	1	.916**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000		.000
	N	387	387	387	387	387
EMPATIA	Correlación de Pearson	.905**	.906**	.875**	.916**	1
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	
	N	387	387	387	387	387

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

Fuente: Elaboración con base en los resultados de la encuesta y empleando el paquete estadístico SPSS

Con estas dos pruebas de correlación se concluye que las variables tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía tienen una correlación fuerte y un impacto directo y positivo sobre la calidad.

Las estrategias que afirma Simancas (2012) como se citó en Payares et al., (2017) referentes al endomarketing, permiten establecer pautas en la calidad del servicio, teniendo en cuenta que la institución debe reclutar y mantener a un equipo de trabajo capacitado que brinde confiabilidad, con herramientas de trabajo a la vanguardia de la tecnología y que estas sean suficientes para que agilicen las tareas del personal y en la medida cumplan a tiempo con la atención al paciente, de esta forma se estaría reduciendo los tiempos de espera los cuales fueron calificados en su mayoría como no satisfactorios, es decir que sus acciones conlleven a la calidad del servicio, para ellos es necesario definir estándares de calidad y suministrar a la fuerza laboral todos los elementos necesarios que hagan posible cumplir.

La calidad de un servicio de salud depende, en primer orden, de la competencia de sus profesionales, técnicos y demás trabajadores. O sea que, el factor decisivo es el recurso humano que en él labora. Dentro de los factores que influyen en su desempeño es determinante el nivel de competencia profesional alcanzado (Salas, 2010). La importancia del personal que labora en las instituciones es de vital importancia como lo mencionan ya que la confiabilidad, la capacidad de respuesta, la seguridad y la empatía recae sobre quienes brindan el servicio, ya que deben ser quienes tengan el conocimiento para no cometer errores y tener diagnósticos certeros, cumplir con las medidas de seguridad, tener una actitud adecuada para comprender las necesidades del paciente (Salas, 2010).

La estructura que resume la manera en que se definen y operan los servicios. Una buena estructura esto es suficientes recursos y un diseño apropiado, es probablemente el medio más importante de proteger y promover la calidad de atención. Incluye los recursos humanos, aspectos tangibles como equipamiento (Donabedian, 1990). Los aspectos tangibles que fueron calificados en su mayoría con una percepción poco satisfactoria implican una pérdida de calidad al no contar con la infraestructura adecuada.

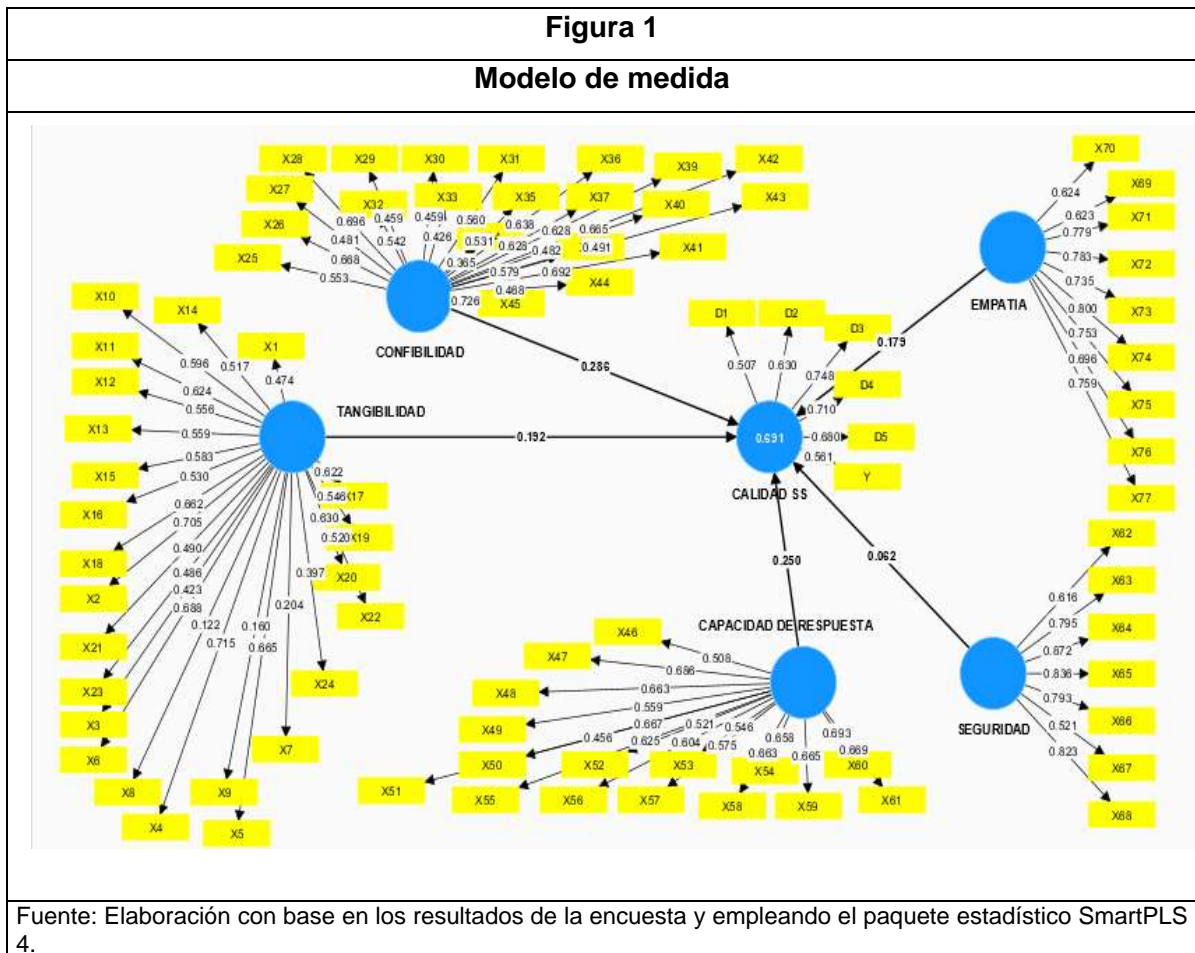
### **5.3 Modelo PLS-SEM de la percepción del servicio de calidad del sector público de salud**

Dentro del trabajo de investigación se tomó la decisión de utilizar el modelo de ecuaciones estructurales con mínimos cuadrados parciales (PLS-SEM) con el software SmartPLS 4. Se decidió utilizar un modelo de ecuaciones estructurales ya que permiten abordar preguntas complejas y tomar en cuenta múltiples variables, lo que permitió poder realizar el estudio con las cinco variables que se contemplan en la evaluación de calidad específicamente en la ciudad de Morelia, Michoacán.

### 5.3.1 Resultados Modelo de medida Reflectivo

El modelo de esta investigación es de tipo reflectivo ya que la dirección de las flechas es decir la causalidad va del constructo a los indicadores, lo que supone que si existe un cambio en el indicador no causa cambios en el constructo (Armas, 2022). Al correr por primera vez el modelo, se obtuvieron los siguientes resultados que se muestran a continuación en la figura 1, donde se observa el primer modelo de medida que se obtuvo.

En esta figura se puede visualizar que en el centro se encuentra un círculo azul más grande el cual representa la variable dependiente que es calidad, de aquí las líneas que salen de este círculo se unen con círculos azules más pequeños los cuales representan las variables independientes que a su vez están ligadas a sus ítems visualizados con un rectángulo amarillo indicando el número.



El valor mínimo de las cargas externas debe ser de .70, lo que sugiere niveles suficientes de fiabilidad del indicador, si un valor de fiabilidad compuesta está por debajo de .70 se mostrara en rojo (Hair et al., 2019). Por lo que se decidió eliminar los valores más bajos que se observan en la tabla para mejorar la fiabilidad de los resultados del modelo.

**Cuadro 21.**

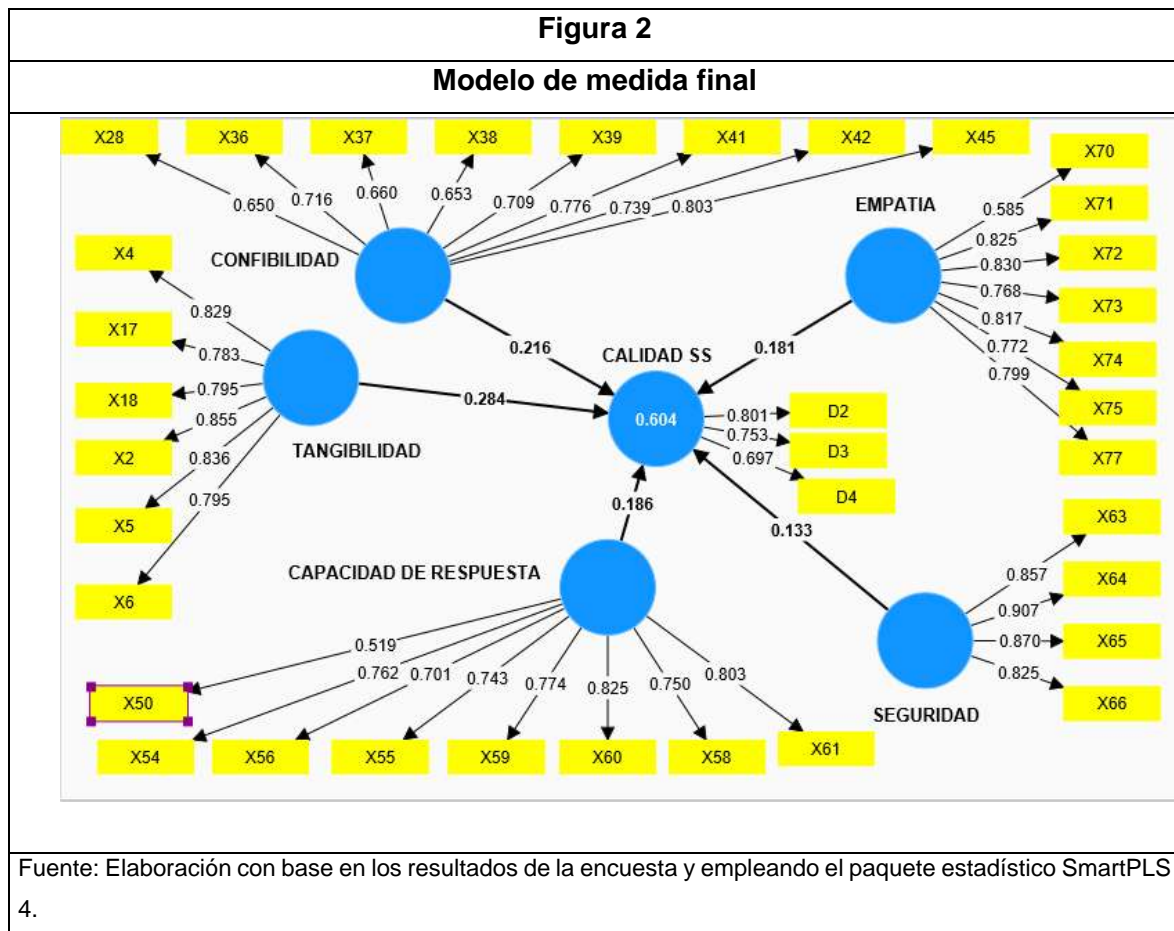
**Cargas externas**

	CALIDAD SS	CAPACIDAD DE RESPUESTA	CONFIBILIDAD	EMPATIA	SEGURIDAD	TANGIBILIDAD
D1	0.507					
D2	0.63					
D3	0.748					
D4	0.71					
D5	0.68					
X1						0.474
X10						0.596
X11						0.624
X12						0.556
X13						0.559
X14						0.517
X15						0.583
X16						0.53
X17						0.622
X18						0.662
X19						0.546
X2						0.705
X20						0.63
X21						0.49
X22						0.52
X23						0.486
X24						0.397
X25			0.553			
X26			0.668			
X27			0.481			
X28			0.696			
X29			0.459			
X3						0.423
X30			0.459			
X31			0.56			
X32			0.542			
X33			0.426			
X34			0.365			
X35			0.531			
X36			0.638			
X37			0.628			
X38			0.579			
X39			0.628			
X4						0.715
X40			0.482			
X41			0.692			

X42			0.665			
X43			0.491			
X44			0.468			
X45			0.726			
X46		0.508				
X47		0.686				
X48		0.663				
X49		0.559				
X5						0.665
X50		0.667				
X51		0.456				
X52		0.521				
X53		0.546				
X54		0.658				
X55		0.625				
X56		0.604				
X57		0.575				
X58		0.663				
X59		0.665				
X6						0.688
X60		0.693				
X61		0.669				
X62					0.616	
X63					0.795	
X64					0.872	
X65					0.836	
X66					0.793	
X67					0.521	
X68					0.823	
X69				0.623		
X7						0.204
X70				0.624		
X71				0.779		
X72				0.783		
X73				0.735		
X74				0.8		
X75				0.753		
X76				0.696		
X77				0.759		
X8						0.122
X9						0.16
Y	0.561					

Fuente: Elaboración con base en los resultados de la encuesta y empleando el paquete estadístico SmartPLS 4.

Se eliminaron las cargas externas menores a 0.40, se corrió de nuevo el modelo obteniendo los siguientes resultados que se muestran en la figura 2, donde se redujo la cantidad de ítems respecto a la primera figura.



Una vez que se depuró la información que no presentaba fiabilidad, se procedió a realizar las siguientes pruebas comenzando con los coeficientes path (Hair et al., 2019).

<b>Cuadro 22.</b>	
<b>Coefficientes Path</b>	
<b>CAPACIDAD DE RESPUESTA -&gt; CALIDAD</b>	0.186
<b>CONFIBILIDAD -&gt; CALIDAD SS</b>	0.216
<b>EMPATIA -&gt; CALIDAD SS</b>	0.181
<b>SEGURIDAD -&gt; CALIDAD SS</b>	0.133
<b>TANGIBILIDAD -&gt; CALIDAD SS</b>	0.284

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de SmartPLS 4

En el cuadro 22 se puede observar los coeficientes path los cuales indican que impacto tiene cada variable sobre la calidad. Capacidad de respuesta explica en un 18.6% a la calidad del servicio, el 21.6% la confiabilidad, 18.1% la empatía, 13.3% la seguridad y un 28.4% la tangibilidad. Por lo que se puede decir que la variable tangibilidad que es todo lo referente a equipamiento, limpieza, modernidad y ubicación es la que más está impactando sobre la calidad.

<b>Cuadro 23.</b>				
<b>Fiabilidad de consistencia interna</b>				
	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Fiabilidad compuesta (rho_a)</b>	<b>Fiabilidad compuesta (rho_c)</b>	<b>Varianza extraída media (AVE)</b>
<b>CALIDAD SS</b>	0.634	0.661	0.795	0.565
<b>CAPACIDAD DE RESPUESTA</b>	0.879	0.879	0.905	0.548
<b>CONFIBILIDAD</b>	0.864	0.871	0.893	0.512
<b>EMPATIA</b>	0.888	0.888	0.912	0.601
<b>SEGURIDAD</b>	0.888	0.893	0.922	0.749
<b>TANGIBILIDAD</b>	0.9	0.904	0.923	0.666
Fuente: Elaboración propia con base en resultados de SmartPLS 4				

En el resultado de fiabilidad del modelo, en el cuadro 23 se observa que el alfa de Cronbach tiene valores aceptables ya que se encuentran entre 0.70 y 0.90 los cuales son considerados como satisfactorios, excepto en la variable de calidad que están por debajo del .70, pero la literatura dice que el alfa de Cronbach es sensible y conservadora, por lo que se recomienda basarnos en la fiabilidad compuesta, la cual tiene en cuenta los diferentes valores de las cargas externas de las variables indicador. Basándose a esta recomendación se puede observar que en la columna de fiabilidad compuesta todas las variables están por encima del 0.70 por lo que son aceptables y satisfactorias.

Para la validez convergente a nivel de constructo, es la Varianza Extraída Media (AVE). Este criterio se define como el valor medio total de las cargas al cuadrado de los indicadores pertenecientes a un determinado constructo. El AVE es equivalente a la comunalidad. Un AVE de 0.50 o más, indica que, de medida, el constructo explica más de la mitad de la varianza de sus indicadores (Hair et al., 2019). Por lo que en la tabla presentada todos los valores obtenidos en AVE están por encima del 0.50 por lo que son aceptables.

### **5.3.2 Validez Discriminante**

La validez discriminante informa el grado en que un constructo es verdaderamente distinto de los otros constructos siguiendo los estándares empíricos. Así la existencia de validez

discriminante implica que un constructo es único y captura fenómenos no representados por otros constructos del modelo (Hair et al., 2019). Para esta prueba existen distintos criterios los cuales se resumen en las siguientes tablas.

Cuadro 24.						
Validez discriminante Criterio HTMT						
	CALIDAD SS	CAPACIDAD DE RESPUESTA	CONFIBILIDAD	EMPATIA	SEGURIDAD	TANGIBILIDAD
CALIDAD SS						
CAPACIDAD DE RESPUESTA	0.743					
CONFIBILIDAD	0.771	0.568				
EMPATIA	0.737	0.582	0.612			
SEGURIDAD	0.715	0.515	0.442	0.429		
TANGIBILIDAD	0.746	0.533	0.461	0.475	0.88	

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de SmartPLS 4

Según Hair et al., (2019) para este criterio debe tomarse .85 como un nivel mínimo relevante. En la tabla 24 se observa que todos los valores están por debajo de .85 excepto tangibilidad con seguridad que excede a .88 pero de acuerdo con Hair et al. (2019) podría ser hasta .90 el mínimo, por lo que, todos los resultados se encuentran por debajo de esta cifra. También ninguno de los resultados tiene valor de 1 por lo que se aprueba la validez discriminante

Cuadro 25.						
Validez discriminante Criterio Fornell-Larcker						
	CALIDAD SS	CAPACIDAD DE RESPUESTA	CONFIBILIDAD	EMPATIA	SEGURIDAD	TANGIBILIDAD
CALIDAD SS	0.751					
CAPACIDAD DE RESPUESTA	0.595	0.74				
CONFIBILIDAD	0.585	0.525	0.715			
EMPATIA	0.575	0.536	0.558	0.775		
SEGURIDAD	0.6	0.462	0.397	0.386	0.865	
TANGIBILIDAD	0.647	0.484	0.414	0.431	0.794	0.816

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de SmartPLS 4

En el cuadro 25 se puede observar que la primera carga de cada constructo es mayor que las siguientes que se encuentran por debajo de cada una. Por lo que aporta validez discriminante de los constructos para este criterio.

### 5.3.3 Criterio de cargas cruzadas

En el cuadro 26 se muestra los resultados del último criterio que se revisó.

Cuadro 26.

## Validez discriminante Criterio de cargas cruzadas

	CALIDAD SS	CAPACIDAD DE RESPUESTA	CONFIBILID AD	EMPATIA	SEGURIDA D	TANGIBILID AD
D2	0.801	0.526	0.42	0.42	0.689	0.782
D3	0.753	0.441	0.453	0.458	0.255	0.296
D4	0.697	0.34	0.475	0.439	0.285	0.217
X17	0.417	0.33	0.286	0.28	0.512	0.783
X18	0.506	0.367	0.296	0.32	0.536	0.795
X2	0.558	0.465	0.349	0.388	0.731	0.855
X28	0.545	0.408	0.65	0.469	0.343	0.297
X36	0.362	0.321	0.716	0.384	0.276	0.283
X37	0.363	0.299	0.66	0.346	0.236	0.274
X38	0.301	0.297	0.653	0.342	0.207	0.231
X39	0.357	0.351	0.709	0.379	0.312	0.317
X4	0.564	0.419	0.357	0.406	0.721	0.829
X41	0.439	0.437	0.776	0.423	0.315	0.32
X42	0.428	0.401	0.739	0.369	0.237	0.293
X45	0.454	0.432	0.803	0.428	0.301	0.329
X5	0.54	0.364	0.361	0.356	0.783	0.836
X50	0.535	0.519	0.557	0.463	0.257	0.269
X54	0.399	0.762	0.325	0.352	0.295	0.336
X55	0.375	0.743	0.299	0.344	0.381	0.395
X56	0.331	0.701	0.256	0.309	0.283	0.279
X58	0.392	0.75	0.329	0.378	0.31	0.264
X59	0.482	0.774	0.393	0.389	0.423	0.43
X6	0.556	0.406	0.362	0.34	0.571	0.795
X60	0.44	0.825	0.406	0.418	0.395	0.433
X61	0.452	0.803	0.408	0.429	0.347	0.403
X63	0.478	0.393	0.327	0.339	0.857	0.675
X64	0.572	0.483	0.385	0.371	0.907	0.718
X65	0.481	0.393	0.324	0.297	0.87	0.671
X66	0.534	0.322	0.331	0.323	0.825	0.68
X70	0.584	0.421	0.478	0.585	0.265	0.275
X71	0.406	0.398	0.398	0.825	0.279	0.299
X72	0.408	0.42	0.421	0.83	0.275	0.34
X73	0.4	0.4	0.447	0.768	0.303	0.315
X74	0.394	0.393	0.442	0.817	0.354	0.398
X75	0.39	0.408	0.403	0.772	0.335	0.371
X77	0.404	0.405	0.355	0.799	0.257	0.318

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de SmartPls4

Para el criterio de cargas cruzadas según Hair et al. (2019), cada indicador con sus respectivos ítems debe tener un valor mayor que los otros constructos, si se revisa el cuadro 26 se puede corroborar que para calidad sus tres indicadores D2, D3, y D4 tienen valores más altos horizontalmente, si son comparados con los otros constructos, de igual forma para X2, X4, X5, X6, X17 y X18 correspondientes a tangibilidad tienen valores más altos comparados con los otros constructos. Así con cada uno de los siguientes indicadores, por lo que, también este criterio aporta validez discriminante de los constructos.

### 5.3.4 Resultados del modelo estructural

Terminadas las primeras pruebas se continúa a la siguiente fase. Una vez confirmado que las medidas del modelo son fiables y válidas, se debe pasar a la valoración estructural. Esto supone examinar la capacidad predictiva del modelo y las relaciones entre los constructos (Hair et al., 2019). Como primer paso debe hacerse una valoración de la colinealidad y analizar los datos del coeficiente de determinación. En los siguientes cuadros se muestran ambos resultados.

<b>Cuadro 27.</b>	
<b>Resultados Colinealidad (VIF)</b>	
	<b>CALIDAD SS</b>
<b>CAPACIDAD DE RESPUESTA</b>	1.717
<b>CONFIBILIDAD</b>	1.661
<b>EMPATIA</b>	1.694
<b>SEGURIDAD</b>	2.784
<b>TANGIBILIDAD</b>	2.912
Fuente: Elaboración propia con base en resultados de SmartPLS 4	

El valor de tolerancia debe ser por debajo de 0.2 (VIF por encima de 5), en los constructos predictivos como indicadores de colinealidad (Hair et al., 2019). Como se observa en los resultados del cuadro 27 no se tiene ningún valor igual o mayor a 5 por lo que no se existe colinealidad y pasa la prueba con todos los constructos establecidos.

El coeficiente de determinación es una medida del poder predictivo del modelo. El valor de  $R^2$  va desde 0 a 1, de tal forma que cuanto mayor sea el valor, mayor será el nivel de precisión en la predicción, ahora bien, el valor de  $R^2$  ajustada reduce el valor de  $R^2$  y así este sistema compensa el hecho de añadir constructos exógenos no significativos para incrementar la varianza explicada ( $R^2$ ) (Hair et al., 2019).

El resultado del cuadro 28 se observa que  $R^2$  y de  $R^2$  ajustada difiere muy poco, por lo que se concluye que las variables establecidas en esta investigación explican en un 59.9% la calidad del servicio del sector público de salud.

<b>Cuadro 28.</b>		
<b>R-Cuadrada Coeficiente de determinación</b>		
	<b>R-cuadrada</b>	<b>R-cuadrada ajustada</b>
<b>CALIDAD SS</b>	0.604	0.599
Fuente: Elaboración propia con base en resultados de SmartPLS 4		

### 5.3.5 Coeficientes path del modelo estructural

Estos coeficientes representan las relaciones hipotetizadas entre los constructos. Los coeficientes path tienen valores estandarizados entre -1 y +1 (Hair et al., 2019).

El cuadro 29 muestra los resultados del modelo estructural, se ejecutó el proceso bootstrapping. De manera que se muestran los resultados del contraste de hipótesis. Se puede observar que las cinco hipótesis tienen una influencia significativa con sus respectivas variables latentes.

<b>Cuadro 29.</b>					
<b>Coeficientes Path Modelo estructural</b>					
	<b>Muestra original (O)</b>	<b>Media muestral (M)</b>	<b>Desviación estándar (STDEV)</b>	<b>T estadística ( O/STDEV )</b>	<b>P valor</b>
<b>CAPACIDAD DE RESPUESTA -&gt; CALIDAD SS</b>	0.186	0.185	0.043	4.29	<b>0</b>
<b>CONFIBILIDAD -&gt; CALIDAD SS</b>	0.216	0.219	0.046	4.713	<b>0</b>
<b>EMPATIA -&gt; CALIDAD SS</b>	0.181	0.183	0.041	4.391	<b>0</b>
<b>SEGURIDAD -&gt; CALIDAD SS</b>	0.133	0.132	0.051	2.625	<b>0.009</b>
<b>TANGIBILIDAD -&gt; CALIDAD SS</b>	0.284	0.282	0.062	4.564	<b>0</b>
Fuente: Elaboración propia con base en resultados de SmartPLS 4					

Se observa que todos los valores P, están por debajo del .05 lo cual indica que son estadísticamente significativos a un nivel de confianza del 95%.

Utilizando el bootstrapping, los niveles de significancia de coeficiente path indican que las estrategias de calidad en el servicio implementadas deben mejorarse para generar confianza en las personas usuarias, ya que las personas encuestadas plantean que se debe mejorar la parte tangible y la capacidad de respuesta generar confianza en las personas usuarias, ya que las personas encuestadas plantean que se debe mejorar la parte tangible y la capacidad de respuesta.

Para la primera hipótesis se puede observar en los resultados que la capacidad de respuesta afectó significativamente la calidad del servicio público de salud, en la segunda hipótesis la deficiencia en seguridad impactó significativamente en la percepción de calidad del servicio público de salud. La tercer hipótesis donde los resultados muestran que la escasez tangible también perjudicó la percepción de la calidad del servicio del sector público de salud, como cuarta hipótesis referente a la empatía se puede concluir que la ausencia de empatía afectó significativamente la percepción de la calidad del servicio al sector público de salud y como última hipótesis donde se expone que los centros de salud pública que generan mayor confianza tuvieron significancia cuanto a la mejora de los niveles de percepción de calidad del servicio del sector público de salud en la ciudad de Morelia, Michoacán.

#### **5.4 Discusión de resultados**

Los resultados obtenidos en primera instancia a partir del trabajo de campo permiten analizar la percepción de los ciudadanos en la calidad del servicio del sector público de salud en la ciudad de Morelia. El método que se utilizó fue la aplicación de encuestas en los dos distritos de Morelia siendo el distrito 8 y 10, donde se levantó una muestra total de 384 encuestas. De estas el 57.6% fueron mujeres y 31.9% hombres. Se obtuvo información que argumenta que la institución más visitada es el IMSS con un 46.4%, seguido de SS con 26.6 % y por último el ISSSTE con 16.6% de visitas.

Se sabe con los resultados que la institución con mayor demanda es el IMSS y no por mucho seguido de Secretaria de Salud, es importante destacar que estas dos instituciones tienen la mayor carga de trabajo, por lo que, para hacer frente a esta demanda, se deben tener estándares de eficiencia altos, estos estándares a los que se refiere están inmersos en las variables estudiadas en esta investigación; Tangibilidad; Apariencia de las instalaciones físicas, el equipo, el personal y los materiales escritos (Parasuraman et al., 1988). Confiabilidad; Capacidad para desempeñar el servicio que se promete, de manera segura y precisa (Parasuraman et al., 1988). Capacidad de Respuesta; Disponibilidad para ayudar a los clientes y para promover el servicio con prontitud (Parasuraman et al., 1988).

Empatía; Brindar a los clientes una atención individualizada y cuidadosa (Parasuraman et al., 1988). Todas estas variables deben ser evaluadas sobre todo donde se presenta mayor carga de trabajo, ya que, se encontrarán aspectos de mejora por el número de pacientes que se atienden por día y la capacidad de las instituciones.

Dentro del análisis estadístico demográfico las personas que acuden más a los servicios del sector salud tienen un rango de edad entre 30 y 39 años, por lo que se puede deducir que es un sector de la población joven. Además, el perfil ocupacional de los encuestados muestra que los más repetidos fueron; abogados, arquitectos, contadores, estudiantes, emprendedores que también abarca a los comerciantes y los empleados de cualquier área. La mayoría de los encuestados son personas económicamente activas, sin embargo, se desconoce el nivel de ingreso con el que cuentan, por lo que, no se puede asegurar que tengan la capacidad económica, para solventar gastos en salud inesperados, por una mala atención o para comprar materiales, hacerse estudios por fuera o incluso comprarse medicamentos costosos en el sector privado. Todo esto conlleva una relación directa con el gasto de bolsillo y a los aumentos en los niveles de pobreza.

Se realizó la evaluación de la variable dependiente (y) que es calidad del servicio del sector público de salud donde se consideraron algunas preguntas generales. Los resultados son impactantes ya que en la percepción de calidad del servicio del sector salud se obtuvo que un 51.8% de los ciudadanos encuestados están poco satisfechos contra el 24.5% que si se encuentran satisfechos por la calidad del servicio, así mismo la confiabilidad de la atención brindada en los hospitales fue calificada en un 3.1% como nada satisfactoria, 46.7% poco satisfactoria, 7% de forma regular, 39.7% consideró la confiabilidad como satisfactoria y 3.4% la calificó como totalmente confiable la atención médica.

La seguridad en general se calificó de la siguiente manera 6.3% nada satisfactoria, 35.7% poco satisfactoria, 17.4% regular, 33.1% satisfactoria y 7.6% estuvieron totalmente satisfechos de la seguridad que se brindó en los hospitales. Por último, la empatía de forma general fue calificada de la siguiente forma 9.6% de los encuestados estuvieron nada satisfechos, 39.3% poco satisfechos, 19.5% calificaron con regular, 27.9% se encontraron satisfechos y 3.6% totalmente satisfechos. Una vez evaluados de forma general las variables independientes se analizaron los ítems más representativos de cada uno mostrando resultados más profundos para cada variable.

La primera variable independiente evaluada fue tangibilidad donde se les solicitó a los encuestados que contestaran si consideraban el equipamiento como camas, respiradores, ultrasonidos, monitores etc. es el adecuado. Un 10.2% se mostró nada satisfecho, 47% poco satisfecho, 13.8% consideró regular el equipamiento, 14.6% estuvieron satisfechos y 1.3% totalmente satisfecho. De manera general la comodidad de las áreas del hospital sobre todo en las salas de espera la satisfacción fue muy baja con un 15.9% sobre 71.4%

de insatisfacción en cuanto a la comodidad. Como último referente la limpieza en general fue calificada en un 49.3% como satisfactoria, 7% de forma regular y 43.6% poco satisfactoria.

La segunda variable independiente calificada es confiabilidad. Principalmente se cuestionó acerca de la percepción que tiene el usuario en cuanto a la comunicación del personal con el paciente o sus familiares, 58.4% se mostraron insatisfechos con dicha comunicación ya que comentaron que no existía un canal constante y debían esperar horas para obtener información de los médicos o de algún personal de salud. 28.6% estuvieron satisfechos con la comunicación y atención que se les brindó. La calificación que se les dio a la comunicación que se tiene entre áreas refiriéndonos a la serie de procedimientos como estudios, intervenciones quirúrgicas, medicación, consulta entre otros, como la percibían a los cual un 67.9% la consideró insatisfactoria y solamente un 23.5% estuvieron satisfechos.

La tercera variable que considerar es capacidad de respuesta, donde prácticamente se cuestionó acerca de los tiempos de espera. Un dato interesante fue que el 63% de los ciudadanos no están satisfechos con el tiempo de espera antes de ser atendido, 17.2% indicó que le parece regular el tiempo de espera y el 19.8% se encuentra satisfecho. En temas de recursos humanos, se cuestionó acerca de si consideraban suficiente al personal del hospital para que recibieran una atención de calidad a lo cual el 58.6% está insatisfecho y el 25.3% se encuentra satisfecho, el rango de diferencia entre la insatisfacción y la satisfacción es alto. Los resultados en la espera de la farmacia tampoco mostraron resultados positivos ya que el 62.2% está insatisfecho con el tiempo de espera, otra área que mostró resultados similares fue la realización de trámites en el área administrativas, obtuvo un 71.6% de insatisfacción en cuanto al tiempo de espera.

La cuarta variable evaluada fue la seguridad. Uno de los ítems más representativos es el que indica si el personal cumplió con las medidas de seguridad como lavado de manos, uso de tapabocas, guantes entre otros. Los resultados fueron los siguientes el 34.6% está insatisfecho con las medidas de seguridad y el 60.9% se encuentra satisfecho con las medidas de seguridad a pesar de que los resultados se inclinan hacia la satisfacción no debemos perder de vista que el 34.6% aun es un resultado alto y que las complicaciones de los pacientes comienzan con la falta de medidas higiénicas. La señalización de los hospitales tuvo un 47.8% de satisfacción y un 41.4% de insatisfacción.

Como ultima variable se consideró la empatía, donde se calificó la empatía del personal, se obtuvieron los siguientes resultados. 5.7% no se encontró nada satisfecho, el 39.3% poco satisfecho, el 36.2% está satisfecho y el 4.7% estuvo totalmente satisfecho. El trato de los médicos tuvo un 50.3% de satisfacción y 40.1% de insatisfacción, para el área de enfermería 36.2% estuvieron poco satisfechos y 50.3% satisfechos con el trato que se les

brindó. Una parte importante para tomar en cuenta es la disposición que tiene el personal para ayudar, 58.3% no estuvo satisfecho y el 26.3% estuvieron satisfechos.

Estas cinco variables evaluadas mostraron la percepción que la ciudadanía tiene acerca de si el servicio del sector público de salud es de calidad, los datos estadísticos que se obtuvieron en cada uno se muestra que la tendencia es hacia la insatisfacción más que a la satisfacción, por lo que se puede deducir que cada área tiene áreas de oportunidad que podrían incrementar la calidad si se realizan concientización y acciones específicas para mejorar los procesos.

Además de se obtuvieron coeficientes de correlación de Spearman que indican que el grado de relación entre las variables, va de .80 a .99 teniendo una correlación alta. Se podría afirmar que aun nivel de confianza de 99% en el servicio de calidad del sector salud hay una correlación positiva y alta entre la variable tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía, porque el valor de significancia de cada una es de .000, que se encuentra por debajo de .01 requerido. Con este análisis descriptivo se abre camino al análisis del modelo estructural con el cual se evaluó precisamente las dimensiones antes mencionadas y su impacto en la calidad.

Como comentarios finales después de obtener estos resultados de PLS-SEM, se puede concluir que todas las pruebas por las que se sometió el instrumento aplicado fueron satisfactorias. Donde se cuenta con la validez y fiabilidad, concluyendo que los ítems representan a las variables de forma adecuada. No existe validez discriminante, es decir, los constructos no están relacionados y se están midiendo distintas situaciones referentes a la calidad. Tampoco existe una fuerte colinealidad entre variables, dado que los valores que se obtuvieron están por debajo del valor 5 el cual demuestra una fuerte correlación.

Adicional se puede demostrar con los resultados del modelo, que las variables estudiadas representan en un 59.9% efectos sobre la calidad del servicio de salud, cada una de las variables tienen un impacto distinto, capacidad de respuesta impacta un 18.6% a la calidad del servicio, 21.6% la confiabilidad, 18.1% la empatía, 13.3% la seguridad y un 28.4% la tangibilidad, con esto se confirma que si bien todas las variables afectan la calidad, la tangibilidad y confiabilidad tienen las mayores afectaciones.

Todas las variables tienen un impacto en menor o mayor medida sobre la calidad del sector salud, es importante poder establecer medidas de mejora que lleven a un aumento en la calidad del sector salud, para mejorar el estado de salud de las personas que acuden a dichos centros así como su percepción.

## **CAPÍTULO 6. PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA PARA AUMENTAR LA CALIDAD DEL SERVICIO DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD EN MORELIA.**

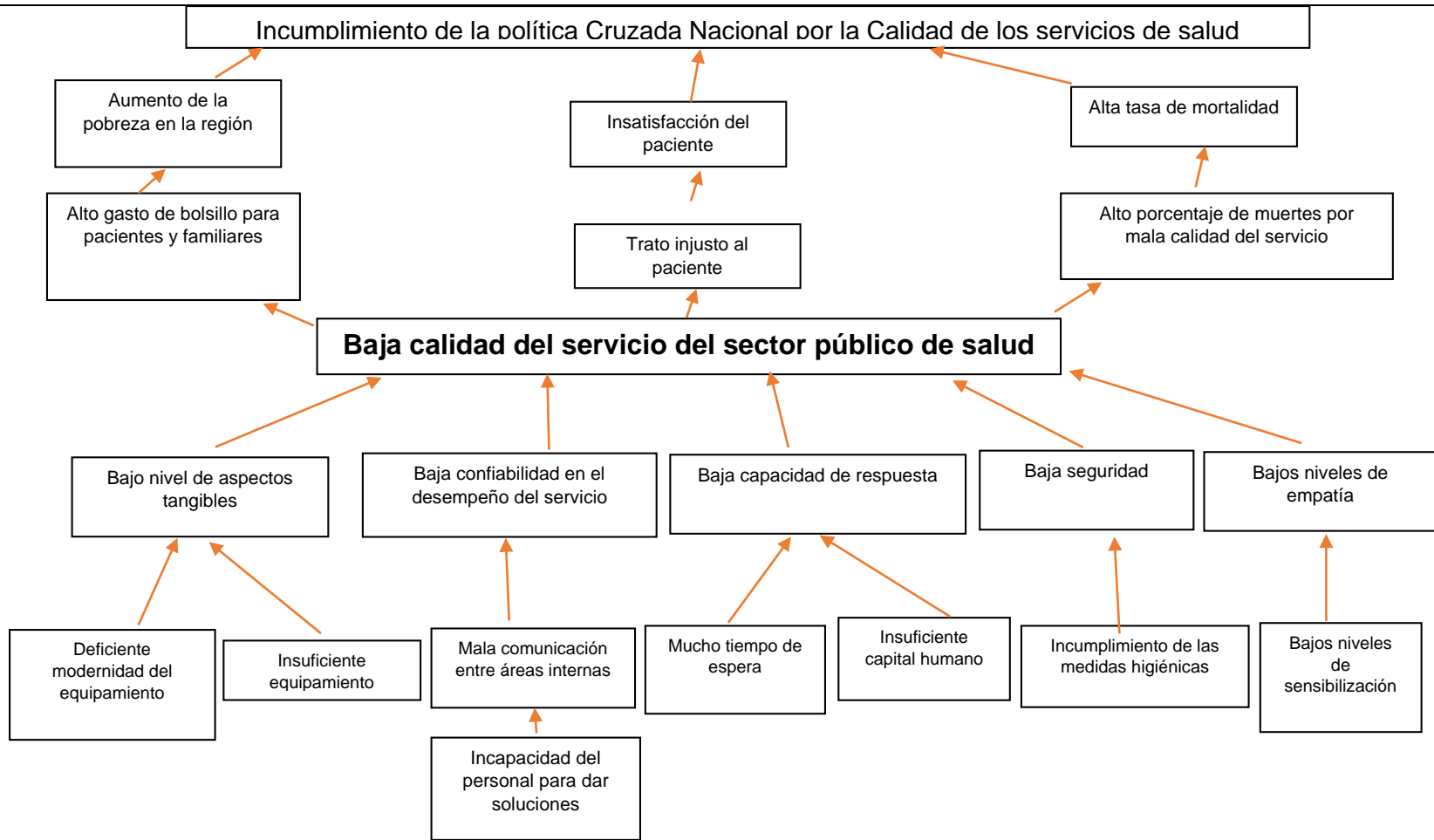
Este capítulo tiene por objetivo presentar una propuesta de política pública para aumentar la calidad en los servicios de salud pública en Morelia, la cual se deriva del análisis de los resultados expuestos en el capítulo anterior. Este capítulo se estructura en primer lugar por el planteamiento de la situación problemática, en el segundo subapartado se presenta el árbol de problemas y la solución a estos problemas observados con el árbol de objetivos, incluyendo el análisis de involucrados. Con ello se llega a exponer las alternativas de solución y se continúa con la matriz de marco lógico donde se presentan propuestas para la mejora de calidad del servicio público de salud. Finalizando con las conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación.

### **6.1 Situación problemática**

Miles de michoacanos carecen de acceso real a los servicios de salud y no pueden recibir los tratamientos o terapias que requieren, ya que no están afiliados a ninguna de las instituciones de seguridad social o enfrentan padecimientos para los cuales no hay cobertura. Por eso, la meta que se ha planteado es promover y garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito a los servicios de salud, con calidad, calidez, humanismo, empatía, pertinencia cultural, trato no discriminatorio y con perspectiva de género (PLADIEM, 2021). Por ello es fundamental incrementar la calidad que se ofrece en el sector salud. Con los resultados de PLS, donde la variable que más tiene impacto es la tangibilidad con un 28.4% seguido de confiabilidad con 21.6% las cuales se consideraron como en la elaboración del marco lógico.

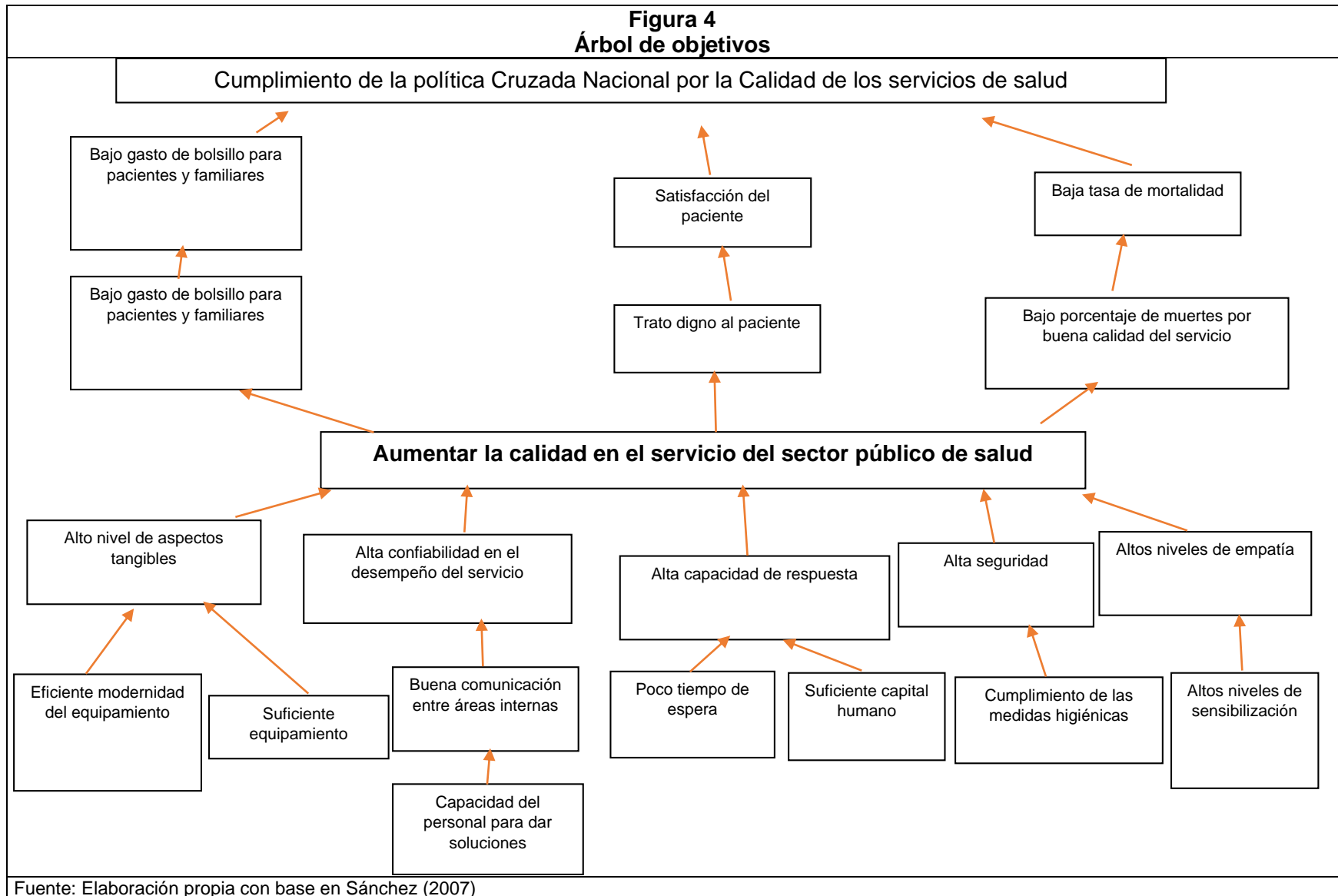
Para elaborar el árbol de problemas, se tomó en cuenta el capítulo de contextualización que brinda datos de la problemática que atraviesa el sector público de salud en todos los escalares, siendo la calidad un punto focal en la ciudad de Morelia. Posteriormente se realizó el árbol de objetivos en el cual se expuso la situación deseada, de acuerdo a los resultados obtenidos del modelo PLS-SEM y de los análisis de frecuencia y correlación expuestos en el capítulo anterior. Las alternativas se plantean en torno a la baja calidad del servicio del sector público de salud en la ciudad de Morelia, Michoacán.

**Figura 3**  
**Árbol de problemas**



Fuente: Elaboración propia con base en Sánchez (2007)

**Figura 4**  
**Árbol de objetivos**



Siguiendo con el procedimiento de creación de la propuesta de política pública, se realizó el análisis de involucrados, donde se muestran quienes estarían incluidos, que tanto pueden o no afectar que se realicen las alternativas de solución.

## 6.2 Análisis de involucrados

Para realizar el análisis de involucrados se realizó una meticulosa reunión de manera informal por parte de la investigadora con profesionales de la salud, es decir, psicólogos, médicos y enfermeros para poder determinar quiénes participaban en el proceso.

<b>Tabla 2</b>				
<b>Análisis de involucrados</b>				
<b>Actor</b>	<b>Grupo (Institución pública, privada, organizaciones)</b>	<b>Posición ¿Apoya o se opone al programa?</b>	<b>Fuerza ¿Cuál es el grado de poder /capacidad de afectar el programa?</b>	<b>Intensidad ¿Cuál es el grado de involucramiento que tiene con el programa?</b>
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS	2	1	1
Secretaría de Salud	SS	2	1	1
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSTE	2	1	1
Sindicatos de cada institución	Sindicatos	4	1	1
Gobierno del Estado	Gobierno	2	1	1
Profesionales de la salud	Psicólogos, médicos, enfermeros	1	3	2
Evaluadores institucionales de procesos	Ingenieros, políticos	1	3	2
<p><b>Nota:</b> para dimensionar y diferenciar posición, fuerza e intensidad se utilizó la escala Likert.  <b>Posición:</b> totalmente apoya (1); capaz de afectar (2); ni apoya ni se opone (3); se opone (4); y totalmente se opone (5).  <b>Fuerza:</b> totalmente capaz de afectar (1); capaz de afectar (2); ni capaz de afectar ni incapaz de afectar (3); incapaz de afectar (4); totalmente incapaz de afectar (5).  <b>Intensidad:</b> totalmente involucrado (1); involucrado (2); ni involucrado ni no involucrado (3); poco involucrado (4); nada involucrado (5).</p>				
Fuente: Elaboración propia con base a resultados de la investigación.				

### 6.3 Acciones e identificación de alternativas

Considerando los análisis realizados se proponen las siguientes alternativas:

1. Realizar un proyecto de equipamiento para los hospitales y revisiones al equipo ya existente.
2. . Programas de capacitación al personal de salud en su área.
3. . Evaluaciones de conocimiento constantes al personal de salud.
4. Actualización de manuales internos para mejorar la comunicación entre áreas.

### 6.4 Matriz de marco lógico

<b>Tabla 3</b>				
<b>Matriz de Marco Lógico</b>				
	Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
Fin	Cumplimiento de la política Cruzada nacional por la Calidad de los servicios de salud.	Aumento en la capacidad de atención.	Mayor número de ingresos (personas atendidas) en los hospitales.	Sindicatos y fuerza laboral permitan la aplicación de la encuesta.
Propósito	Aumentar la Calidad en el servicio del sector público de salud.	Porcentaje de Satisfacción del paciente.	Encuestas aplicadas a pacientes.	Sindicatos y fuerza laboral permitan la aplicación de la encuesta.
Componentes	<p>Proyecto de equipamiento y revisión del equipamiento</p> <p>Programas de capacitación al personal de salud en su área.</p> <p>Evaluaciones de conocimiento constantes al personal de salud.</p> <p>Actualización de manuales internos para mejorar la comunicación entre áreas.</p>	<p>Inventario del equipamiento actual.</p> <p>Porcentaje de personal que haya tomado las capacitaciones.</p> <p>Porcentaje del personal que haya tomado los talleres de sensibilización</p>	<p>Revisión presencial del equipamiento.</p> <p>Listas y registros de asistencia a capacitaciones, talleres y evaluaciones.</p> <p>Manuales revisados y actualizados.</p> <p>Informes del estado actual</p>	<p>Hay un plan de continuidad en las revisiones de los equipos y la capacitaciones, talleres y evaluaciones al personal de salud.</p> <p>Personal de salud y sindicatos aceptan las propuestas para la mejora en la calidad del servicio.</p>

		Número de manuales en revisión.	del equipo médico.	
Acciones	Realizar inventario del equipo y si es funcional.	Inventario digital	Equipo médico funcional	Personal de salud y sindicatos aceptan las propuestas para la mejora en la calidad del servicio.
	Contratación de especialistas en equipos médicos para revisiones.	Número de personas contratadas para las revisiones del equipo médico.	Revisión de las contrataciones de los facilitadores de las capacitaciones, talleres y evaluaciones.	
	Contratación de expertos para brindar capacitaciones.	Número de personas contratadas para brindar las capacitaciones, talleres	Manuales actualizados	
	Implementación de exámenes para evaluaciones.	Número de evaluaciones y revisión de manuales de salud,		
	Evaluar manuales actuales y mejorarlos.			

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la investigación y empleando la metodología propuesta por Sánchez (2007).

## CONCLUSIONES

A nivel mundial, uno de los temas que se tiene como prioridad es la salud, siendo una de sus metas la cobertura sanitaria universal y brindar servicios médicos de calidad, los cuales sean accesibles para toda persona, sin importar su condición económica, en apoyo con la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y por supuesto cada país con su gobierno. Resulta interesante el marco global que da la Organización Mundial de la Salud, se podría prevenir gran cantidad de muertes y malos diagnósticos si se da un servicio de calidad. Las enfermedades no transmisibles han incrementado los últimos años en todo el mundo, lo cual requiere de mayor capacidad hospitalaria y altos estándares de calidad para poder salvar más vidas. Además, la pandemia del COVID-19 ha dejado al descubierto la poca preparación que tiene el sistema de salud para hacerle frente a nuevas enfermedades.

A pesar de que los objetivos de desarrollo sostenible han destacado la calidad como pieza fundamental de la cobertura sanitaria no se han mostrado resultados extraordinarios en tema de calidad del servicio. El gobierno mexicano en el 2000 diseñó una política multisectorial llamada Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, la cual implica que todas las instituciones tanto públicas como privadas mejoren la calidad, con un trato digno y atención más eficiente. Esto fue uno de los primeros pasos que se dieron en el país referente a la calidad del servicio. Esta política se implantó también a nivel estatal, por otro lado, en Michoacán, se tiene el Plan De Desarrollo Integral, donde se planteó garantizar el acceso gratuito y efectivo a los servicios de salud, con calidad, humanismo, empatía, trato digno y sin discriminación.

Los principales autores que sustentan que la calidad es un pilar de los servicios médicos son Avedis Donabedian, Zeithmal, Parasuraman, Berry, Cronin y Taylor, Ibarra-Morales, Albacete, Kotler entre otros, los cuales introdujeron conceptos básicos como estructura, proceso y resultado. La estructura como los medios materiales y sociales empleados, proceso que incluye las aptitudes del personal, así como su forma de organización y control, por último, los resultados, derivándose cinco dimensiones que son la tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía, de manera que la calidad se pueda medir fácilmente. La tangibilidad que hace referencia al equipamiento, modernidad tanto de las instalaciones como del equipo, la limpieza y ubicación tiene un impacto directo sobre la calidad, la confiabilidad que hace referencia a la comunicación dentro de los distintos departamentos, con los familiares que se encuentran en las salas de espera, más los diagnósticos correctos y el conocimiento del personal también tienen un impacto considerable en la percepción de calidad. La capacidad de respuesta que abarca los tiempos de espera en cada área del hospital destacando urgencias, hospitalización, quirófano y farmacia, el seguimiento de los tratamientos para concluir satisfactoriamente el trabajo del personal y el número de personal que sea suficiente para la pronta atención, también tienen influencia directa sobre la calidad, pasando a la variable seguridad, fue la

que menor tenía impacto, sin embargo, si tiene afectaciones dentro de la percepción, en esta variable se evaluó la señalización del hospital, el acceso seguro hacia los hospitales y la seguridad que inspiraba la estructura y distribución del hospital. La última variable es la empatía que tiene que ver más con los aspectos emocionales, por parte tanto del paciente como del personal médico y enfermeros, para poder comprender las necesidades de cada uno de ellos, el ser amables mostrando un interés por ayudar a los pacientes, esto también interviene en la percepción de la calidad del ciudadano.

Una vez que se identificaron las variables mediante la matriz de operacionalización se creó el instrumento, un cuestionario que se aplicó en la ciudad de Morelia para conocer la percepción del servicio del sector público de salud, con los resultados se realizaron dos diferentes análisis, el primero que fue un análisis de frecuencia donde se encontró que la institución más visitada es el IMSS, seguido de Secretaria de Salud, también que las mujeres visitan en mayor medida los hospitales con un 57.6% y los hombres con 31.9%. Dentro del análisis estadístico demográfico las personas que acuden más a los servicios del sector salud tienen un rango de edad entre 30 y 39 años, por lo que se puede deducir que es un sector de la población joven.

Analizando las variables estudiadas, los resultados son impactantes, ya que, en la percepción de calidad del servicio del sector salud se obtuvo que un 51.8% de los ciudadanos encuestados están poco satisfechos, contra el 24.5% que si se encuentran satisfechos por la calidad del servicio, así mismo la confiabilidad de la atención brindada en los hospitales fue calificada en un 3.1% como nada satisfactoria, 46.7% poco satisfactoria, 7% de forma regular, 39.7% considero la confiabilidad como satisfactoria y 3.4% la calificó como totalmente confiable la atención médica, la seguridad se calificó de la siguiente manera, 6.3% nada satisfactoria, 35.7% poco satisfactoria, 17.4% regular, 33.1% satisfactoria y 7.6% estuvieron totalmente satisfechos de la seguridad que se brindó en los hospitales. Por último, la empatía fue calificada de la siguiente forma 9.6% de los encuestados estuvieron nada satisfechos, 39.3% poco satisfechos, 19.5% calificaron con regular, 27.9% se encontraron satisfechos y 3.6% totalmente satisfechos.

Como se observa la variable que tiene el mayor impacto es la tangibilidad, en este sentido, es importante retomar los resultados específicos de esta variable donde se les solicitó a los encuestados si consideraban el equipamiento como camas, respiradores, ultrasonidos, monitores etc. es el adecuado. Un 10.2% se mostró nada satisfecho, 47% poco satisfecho, 13.8% considero regular el equipamiento, 14.6% estuvieron satisfechos y 1.3% totalmente satisfecho. La segunda variable con mayor impacto es la confiabilidad donde la calificación que se les dio a la comunicación que se tiene entre áreas refiriéndonos a la serie de procedimientos como estudios, intervenciones quirúrgicas, medicación, consulta entre otros. como la percibían a los cual un 67.9% la considero insatisfactoria y solamente un 23.5% estuvieron satisfechos. Para el análisis de correlación de Pearson se puede afirmar

que aún nivel de confianza de 99% en el servicio de calidad del sector salud hay una correlación positiva y muy alta entre la variable tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía, porque el valor de significancia de cada una es de .000, que se encuentra por debajo de .01 requerido.

Además se realizó un modelo de ecuaciones estructurales donde se obtuvieron los siguientes resultados del modelo de medida reflectivo, para los coeficientes path los cuales indican que impacto tiene cada variable sobre la calidad. Capacidad de respuesta explica en un 18.6% a la calidad del servicio, el 21.6% la confiabilidad, 18.1% la empatía, 13.3% la seguridad y un 28.4% la tangibilidad. Por lo que se puede decir que la variable tangibilidad que es todo lo referente a equipamiento, limpieza, modernidad y ubicación es la que más está impactando la percepción del servicio de calidad. Para las pruebas de la validez y fiabilidad, se concluyó que los ítems representan a las variables de forma adecuada. No existe validez discriminante, es decir, los constructos no están relacionados y se están midiendo distintas situaciones referentes a la calidad. Tampoco existe una fuerte colinealidad entre variables, dado que los valores que se obtuvieron están por debajo del valor 5 el cual demuestra una fuerte correlación. Adicional se puede demostrar con los resultados del modelo estructural que las variables estudiadas representan en un 59.9% efectos sobre la calidad del servicio de salud, por otro lado, se observa que todos los valores P, están por debajo del .05 lo cual indica que son estadísticamente significativos a un nivel de confianza del 95%.

Realizando el contraste de los resultados con el objetivo general de la investigación donde se buscó determinar de qué manera los factores como la tangibilidad, capacidad de respuesta, confiabilidad, seguridad y empatía incidieron en la percepción de calidad del servicio público de salud en Morelia, Michoacán. Se obtuvo que capacidad de respuesta explica en un 18.6% a la calidad del servicio, el 21.6% la confiabilidad, 18.1% la empatía, 13.3% la seguridad y un 28.4% la tangibilidad. Por lo que se puede decir que la variable tangibilidad que es todo lo referente a equipamiento, limpieza, modernidad y ubicación es la que más está impactando sobre la calidad.

Finalmente, con los resultados se aprueba la hipótesis de esta investigación la cual es la siguiente; La falta de capacidad de respuesta, seguridad, tangibilidad, empatía y confiabilidad incidieron en la percepción del sector público de salud en Morelia, Michoacán. Con todos los resultados se aprueba la hipótesis de esta investigación la cual es la siguiente; La falta de capacidad de respuesta, seguridad, tangibilidad, empatía y confiabilidad incidieron en la percepción del sector público de salud en Morelia, Michoacán.

## RECOMENDACIONES

Como conclusión del capítulo 5, donde se llevó a cabo la metodología del marco lógico, para poder hacer el análisis, que pudiera proponer alternativas viables ante la situación problemática que se planteó, es decir, la baja calidad del servicio del sector público de salud en Morelia. Michoacán. Derivado de los resultados donde la tangibilidad y la confiabilidad son los factores que mayor impacto tienen, por lo que una de las alternativas de solución es realizar un proyecto de equipamiento para los hospitales y revisiones al equipo ya existente, además de programas de capacitación al personal de salud en su área, así como evaluaciones de conocimiento constantes al personal de salud y actualización de manuales internos para mejorar la comunicación entre áreas. Se explican las acciones específicas que conlleva cada una de las propuestas. Queda por escrito un antecedente de esta línea de investigación que abrirá la posibilidad de continuar con estudios más profundos hacia las instituciones públicas de salud. Una limitante importante con la que se enfrentó la investigación fue la nula apertura de las instituciones públicas, de la ciudad de Morelia para aplicar el instrumento dentro de las instalaciones. Además de tener poca información de los datos estadísticos por cada una de las instituciones. Se recomienda realizar una investigación que considere al personal de salud de las instituciones para tener la percepción del capital humano que ofrece el servicio, además de que se pueda lograr evaluar la calidad estando dentro de las instituciones, pues aún falta por indagar temas relevantes y posibles variables que estén influyendo sobre la cuna investigación calidad. Es necesario estudiar los impactos específicos de cada una de las variables estudiadas, incluyendo presupuestos otorgados por el gobierno y su distribución, de la misma forma sería interesante poder contemplar la derechohabiencia y sus impactos en la mortalidad ya que este aspecto debe ser de suma importancia para la sobrevivencia y que juega un papel importante en la calidad que se le puede ofrecer a un paciente que es derechohabiente a uno que no lo es.

## REFERENCIAS

- Aguilar, C. (2017). *Evaluación de políticas públicas, una aproximación*. (1er Ed.). México. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Aguilar, L. (1993). *Antologías de Política Pública*. (1er Ed). México. Porrúa.
- Aiken, L. R. (2003). *Tests psicológicos y evaluación*. Pearson Educación
- Alaminos, A., y Castejón, J. (2006). *Elaboración, análisis e interpretación de encuestas, cuestionarios y escalas de opinión*. Universidad de Alicante. España, [https://scholar.google.com/scholar?as\\_occt=title&as\\_q=Elaboraci%C3%B3n%2C+an%C3%A1lisis+e+interpretaci%C3%B3n+de+encuestas%2C+cuestionarios+y+escalas+de+opini%C3%B3n](https://scholar.google.com/scholar?as_occt=title&as_q=Elaboraci%C3%B3n%2C+an%C3%A1lisis+e+interpretaci%C3%B3n+de+encuestas%2C+cuestionarios+y+escalas+de+opini%C3%B3n).
- Albacete, C., Fuentes M., y Lórens, F. (2007). Service quality measurement in rural accommodation. *Annals of Tourism Research*, 34(1): 45-65.
- Almeida, G., Mori, F., Fagundes, F., Montoya, M., y Coelho, A. (2013). Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998–2008. *Rev. Panam Salud Pública*, 33(2):90–7.
- Álvarez, C. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69-79.
- Álvarez, J., Bustamante, M., López, A., y Del Castillo, F. (1960) Historia de la salubridad y asistencia en México. *Secretaría de Salubridad y Asistencia México*, 2(4):925-926.
- Álvarez, J., Bustamante, M., López, A., y Del Castillo, F. (1960) Historia de la salubridad y asistencia en México. *Secretaría de Salubridad y Asistencia México*, 2(4):925-926
- Arias, J. (2022). Guía para elaborar la operacionalización de variables. *Espacio I+D, Innovación más Desarrollo*, 10(28).
- Attia-Konan, A., Serge, A., Touré, A., y Kouadio, K. (2019). Distribution of out of pocket health expenditures in a sub-Saharan Africa country: evidence from the national survey of household standard of living, *Cote d'Ivoire. BMC Res Notes*, 12(1):25.
- Ávila, C., y Gabarrot, M. (2009). Retos locales de la política social en México: el funcionamiento del programa de desarrollo humano "oportunidades" en una comunidad indígena bajo el sistema de gobierno de usos y costumbres. *Confines de relaciones internacionales y ciencia política*, 5(9):67-82.
- Ayvar, F., Navarro, J., y Ramos, R. (2020). La eficiencia de los centros de salud en Michoacán: un análisis a través de la envolvente de datos. En *FACTORES CRÍTICOS Y ESTRATÉGICOS EN LA INTERACCIÓN TERRITORIAL DESAFÍOS ACTUALES Y ESCENARIOS FUTUROS* (pp. 234-250). Universidad Nacional

Autónoma de México y Asociación Mexicana de Ciencias para el Desarrollo Regional A.C, Coeditores, Ciudad de México.

- Baker-Goering M., Roy K., y Howard D. (2019). Relationship Between Adherence to Antihypertensive Medication Regimen and Out-of-Pocket Costs Among People Aged 35 to 64 With Employer-Sponsored Health Insurance. *Preventing chronic disease*, 16, 32.
- Banco Mundial (2023). *Salud, Panorama general*. Consultado el 30 de enero de 2023, desde: <https://www.bancomundial.org/es/topic/health/overview>
- Barraza-Lloréns, M., Panopoulou, G., & Díaz, B. (2013). Income-related inequalities and inequities in health and health care utilization in Mexico, 2000–2006. *Rev Panam Salud Pública*, 33(2):122–30.
- Barrios, F. (2007). Administración de calidad total para un mejoramiento continuo de los servicios en el IPN. (Tesis de grado). Universidad Pedagógica Nacional, Bogotá, Colombia.
- Barrios, M., y Cosculluela, A. (2013). Fiabilidad. En J. Meneses (coord.), *Psicometría* (pp. 75–140). UOC
- Barroso, C. (2012). La obesidad, un problema de salud pública. *Espacios Públicos*, 15(33):200-215.
- Bronfman M., Langer A., y Trostle J. (2000). *De la investigación en salud a la política. La difícil traducción*. México. Manual Moderno.
- Bustamante, D., Arista, y Valle, Y., y Tapia P. (2018). Administración de la calidad total: Análisis crítico de la teoría de feigenbaum. *Global Business Administration Journal*, 2(1), 21-26.
- Callander, E., Fox, H., y Lindsay, D. (2019). Gasto de bolsillo en atención médica en Australia: tendencias, desigualdades y el impacto en el nivel de vida de los hogares en un país de altos ingresos con un sistema de atención médica universal. *Health Econ Rev*, 9:10.
- Cardona A., y Franco A. (2005). La salud pública como disciplina científica: fundamento para los programas de formación académica. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(2):107- 114.
- Cardona A., y Franco A. (2005). La salud pública como disciplina científica: fundamento para los programas de formación académica. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(2):107- 114.
- Cardozo, M. (2013). Políticas públicas: los debates de su análisis y evaluación. *Andamios*, 10(21), 39-59.
- Casas, F. (1996). *Bienestar social. Una introducción psico-sociológica*. PPU. Barcelona. <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/5756>
- Clemente, P., Fortuny B., y Tort-Martorell, X. (2003). *Modelo de excelencia de la EFQM aplicado al ámbito sanitario*. Barcelona. Faura Casas Editorial.

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2022). *Evaluación estratégica de salud, primer informe*. Consultado el 31 de enero de 2024, desde:  
[https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/Evaluacion\\_Estrategica\\_Salud\\_Primer\\_Informe.pdf](https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/Evaluacion_Estrategica_Salud_Primer_Informe.pdf)
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2020). *Informe de pobreza y evaluación 2020*. Consultado el 4 de agosto de 2023 desde:  
[https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes\\_de\\_pobreza\\_y\\_evaluacion\\_2020\\_Documentos/Informe\\_México\\_2020.pdf](https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes_de_pobreza_y_evaluacion_2020_Documentos/Informe_México_2020.pdf).
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2020). *Informe de pobreza y evaluación 2020*. Consultado el 5 de agosto del 2023 desde:  
[https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes\\_de\\_pobreza\\_y\\_evaluacion\\_2020\\_Documentos/Informe\\_Michoacan\\_2020.pdf](https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes_de_pobreza_y_evaluacion_2020_Documentos/Informe_Michoacan_2020.pdf).
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2023). *Datos Abiertos. Indicadores demográficos 1950-2050*. Consultado el 5 de agosto del 2023 desde:  
[https://conapo.segob.gob.mx/work/models/CONAPO/pry23/Mapa\\_Ind\\_Dem23/index\\_2.html](https://conapo.segob.gob.mx/work/models/CONAPO/pry23/Mapa_Ind_Dem23/index_2.html)
- Corrales, A., Quijano, N., y Góngora, E. (2017). Empatía, comunicación asertiva y seguimiento de normas: un programa para desarrollar habilidades para la vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1):58-65.
- Cronin, J. y Taylor, S. (1994). SERVPERF vs. SERVQUAL. Reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *Journal of Marketing*, 58(1): 125-131.
- Cronin, J., y Taylor, S. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension, *Journal of Marketing*, 56(3), p. 55-68.
- Cupani, M. (2012). Análisis de Ecuaciones Estructurales: conceptos, etapas de desarrollo y un ejemplo de aplicación. *Revista tesis*, 1(1), 186-199.
- Dantés, O., Sesma, S., Becerril, Victor., Knaul, F., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53(2), 220-232.
- De La Guardia Gutiérrez, M., y Ruvalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90.
- De Sousa, M., Merchán, E., y Machado, A. (2011). El programa Salud de la Familia en el Brasil: de las conquistas a los desafíos. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 30(1): 66-74.
- Deming, W. (1989). *Calidad, Productividad, Competitividad: la salida de la crisis*. Madrid. Díaz de Santos.
- Díaz, C. (1998). El ciclo de las políticas públicas locales. Notas para su abordaje y reconstrucción. *Políticas Públicas y desarrollo local*, 67, 107.
- Díaz, I., García, C., León, M., Ruiz, F., y Torres, F. (2014). Guía de Asociación entre variables (Pearson y Spearman en SPSS). *Facultad de Ciencias Sociales (FACSO)*.

- Donabedian A. (1966). Evaluation the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Memorial Fund Quarterly*, 44 (3), 166 -203.
- Donabedian, A. (1990). Reseña de la calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. *Salud Pública de México*, 32(2) pp 248-249.
- Dubos, R. (1959). *Mirage of health. Utopias, progress and biological change*. (1er Ed.). Nueva York. Anchor Books.
- El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2017). *Mapa digital Morelia*. Consultado el 20 de diciembre del 2023, desde: (inegi.org.mx).
- Ellison, L. (1983). Spiritual well being conceptualization and measurement. *Journal of psychology and theology*, 11(4), 330-338.
- Estudio Básico de Comunidad Objetivo (EBCO). (2018). *Líneas de acción y recomendación para el periodo 2018-2024 CIJ Benito Juárez*. Consultado el 8 de junio de 2023, desde: <http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9450/9450RYLA.html>
- Frenk, J. (1992). La nueva salud pública. En: Organización Panamericana de la Salud, editor. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. *Organización Panamericana de la Salud*, p. 75-83.
- Gallego, J. (2001). Aspectos teóricos sobre la salud como un determinante del crecimiento económico. *Lecturas de economía*, (54), 35-53.
- García, H., Díaz, P., Ávila, D., y Cuzco, M. (2015). La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud. *Anales de la Facultad de Medicina*, 76:7-26.
- García, T. (2003). El cuestionario como instrumento de investigación/evaluación. *Centro Universitario Santa Ana*, 1(1), 1-47.
- García-Fabila, E. (2018). Recordando a Avedis Donabedian Tres lustros después. Calidad de la atención médica. *Revista Medicina e Investigación Universidad Autónoma del Estado de México*, 6(1), 48-52.
- García-Ramírez, J., y Vélez-Álvarez, C. (2013). América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: políticas públicas implementadas. *Revista de Salud Pública*, 15(5), 731-742.
- Gavidia, V., y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, 26:161-175.
- Giménez, E., Caballero, R., Peralta, N., y Araujo, J. (2019). Análisis del gasto de bolsillo ante la enfermedad de personas de 60 y más años según su condición de pobreza en Paraguay. *Rev Salud Pública Paraguay*, 9(2), 46-52.
- Giménez, V., Navarro, J. y Ayvar, F. (2016). Generación de bienestar social en México: un estudio DEA a partir del IDH. *Economía Sociedad Y Territorio*, (52), 591-622.
- Gómez, R., Orozco D., Rodríguez F., y Velásquez V. (2008). Políticas públicas y salud: relación entre investigación y decisión. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32. 164-176.

- Grindle, M., y Thomas, J. (1990). After the decision: Implementing policy reform. *World development*. Elsevier, 18:1163-1181.
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18 (4): 36-44.
- Guerra, R., Roque, R., y Meizoso, M. (2015). Conceptos e indicadores de calidad en la actividad archivística. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 14(3).
- Guerrero, J. (2020). Densidad de recurso humano y desigualdad en gastos en salud en países de las Américas. *Rev Panam Salud Pública*, 44.
- Guix, J. (2005). Calidad en salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 19(4):325-332.
- Hair, J., Hult, T. Ringle, C., Sarstedt, M., Castillo, J., Cepeda, G., y Roldán, J. (2019). *Manual de partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)* (2da Ed.). España: OmniaScience.
- Hernández, R. Vela, N. y Aguirre, H. (2012). Niveles de evaluación de la calidad En Secretaria de salud [SS] (Ed.), *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia* (pp15-34).
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (Vol. 4, pp. 310-386). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. & Baptista-Lucio, P. (2014). Selección de la muestra. En *Metodología de la Investigación* (6ª ed., pp. 170-191). México: McGraw-Hill.
- Ibarra-Morales, L., Espinoza-Galindo, B., y Casas-Medina, V. (2014). Aplicación del modelo Servqual para evaluar la calidad en el servicio en los hospitales públicos de Hermosillo, Sonora. *Tecnociencia Chihuahua*, 8(2).
- Kemm, J., y Parry, J. (2004). *The development of HIA*. In Kemm JPJPS, ed. Health impact assessment: concepts, theory, techniques and applications. Oxford. University Press.
- Kerlinger, F. (1998). *Investigación del Comportamiento*. México D.F. Mc Graw Hill.
- Kotler, B., Makens, J., y Bowen, J. (1998). *Marketing para hotelería y turismo*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Laurell, A. (2007). Health System Reform in Mexico: A Critical Review. *International Journal of Health Services*, 37(3): 515-535.
- Ley de salud del estado de Michoacán de Ocampo. (2021). Periódico Oficial del Estado de Michoacán. 22 de julio de 2021. Michoacán. México. Consultado el 8 de noviembre de 2023, desde: <http://congresomich.gob.mx/file/LEY-DE-SALUD-REF-22-DE-JULIO-DE-2021-1.pdf>
- López, E. Sifuentes, M. Rodríguez, R., Aguilar, S. y Perea, G. (2021). Evaluación de la calidad del servicio en las clínicas de la Licenciatura en Estomatología de la BUAP:

- metodologías SERVPERF y Donabedian. *Entreciencias: diálogos en la sociedad del conocimiento*, 9(23).
- López-Roldán, P., y Fachelli, S. (2015). Metodología de la investigación social cuantitativa. UAB.
- Makinen, M., Waters, H., Rauch, M., Almagambetova, N., Bitran, R., Gilson, L., McIntyre, D. Pannarunothai, S., Prieto, A., Ubilla, G., y Ram S. (2000). Inequalities in health care use and expenditures: empirical data from eight developing countries and countries in transition. *Bull World Health Organ*, 78(1):55-65.
- Martínez, M. y Fierro, E. (2018). Aplicación de la técnica PLS-SEM en la gestión del conocimiento: un enfoque técnico práctico. *RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 8(16), 130-164.
- Martínez, R. Tuya, L., Martínez, M, Pérez, Al., y Cánovas, A. (2009). CHARACTERIZATION OF THE SPEARMAN CORRELATION RANKS COEFFICIENT. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(2).
- Martínez, R., Tuya, L., Martínez, M., Pérez, A., y Cánovas, A. (2009). CHARACTERIZATION OF THE SPEARMAN CORRELATION RANKS COEFFICIENT. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(2).
- Matarazzo, J. (1980). Behavioural health and behavioural medicina. Frontiers of a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807- 817
- Matsumoto, R. (2014). Desarrollo del modelo Servqual para la medición de la calidad del servicio en la empresa de publicidad Ayuda Experto. *PERSPECTIVAS*, (34), 181-209.
- Mayorga-Ponce, R., Virgen, K., Martinez, Martinez, A., y Salazar, D. (2020). Prueba Piloto. *Educación Y Salud Boletín Científico Instituto De Ciencias De La Salud Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo*, 9(17), 69-70.
- Mercedes, J., Moguel, A., Valdés, C., González, E., Martínez, G., Barraza, M., Aguilera, N., Trejo, S., Soberón, G., Frenk, J., Ibarra, I., Lee, G., Tapia, R., Kuri, P., Noriega, C., Cano, F., y Uribe, P. (2013). Universalidad de los servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 55, 1-64.
- Milio, N. (1993). La contribución de la investigación. En: Ciudades Sanas: la nueva salud pública y la investigación que necesitamos. *Revisiones en Salud Pública*, 3:155-67.
- Mindell, J., Boaz, A., Joffe, M., Curtis, S., y Birley, M. (2004). Enhancing the evidence base for health impact assessment. *J Epidemiol Community Health*. 58:546-551.
- Monge, D. (2020). Políticas públicas: de la teoría a la práctica. *Revista de Ciencias Sociales*, 169(3):11-16.
- Morais, M., Santos da Silva E., Rizatto D., y Melleiro M. (2013). The use of the quality model of Parasuraman, Zeithaml and Berry in health services. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 47(5),1227-1232.

- Moreno, E., Miguel, J., Díaz, M., García, M. y Césarman, E. (1982). *Sociología histórica de las instituciones de salud*. México. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Ningenda, G., Magaña-Valladares L., y Ortega-Altamirano, D. (2013). Recursos humanos para la salud en el contexto de la reforma sanitaria en México: formación profesional y mercado laboral. *Gaceta Médica de México*. 149(555), 61.
- OCDE. (2022b). *Gasto y financiación de la salud: Indicadores de gasto en salud*. Consultado el 3 de marzo del 2023, desde: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
- OCDE. (2022c). *Doctores, total, por cada 1.000 habitantes*. Consultado el 3 de marzo del 2023, desde: <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm#indicator-chart>
- OCDE. (2022d). *Tasas de mortalidad infantil, total muertes / 1000 nacidos vivos*. Consultado el 3 de marzo del 2023, desde: <https://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm>
- OCDE. (2022e). *Camas de hospital, total por cada 1.000 habitantes*. Consultado el 3 de marzo del 2023, desde: <https://data.oecd.org/healthreq/hospital-beds.htm>
- OCDE. (2022f). *La esperanza de vida al nacer, hombres /total/mujeres*. Consultado el 3 de marzo del 2023, desde <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm#indicator-chart>
- OCDE. (2022g). *Tasa de mortalidad infantil, total muertes /1.000 nacidos vivos*. Consultado el 3 de marzo del 2023, desde: <https://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm#indicator-chart>
- OCDE. (2022h). *Camas de hospital, total por cada 1.000 habitantes*. Consultado el 3 de marzo del 2023, desde: <https://data.oecd.org/healthreq/hospital-beds.htm>
- OMS. (2009). *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Consultado el 5 de enero del 2023, desde: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_R14-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf)
- OMS. (2011). *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Conferencia Mundial sobre determinantes sociales de la salud*. Consultado el 10 de enero del 2023 desde: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/rio\\_political\\_declaration\\_spanish.pdf?sfvrsn=891f1a3b\\_5](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/rio_political_declaration_spanish.pdf?sfvrsn=891f1a3b_5)
- OMS. (2013). *Determinantes sociales de la Salud*. Consultado enero de 2013, desde: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
- OMS. (2017). *Estrategia de Recursos Humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 29ª Sanitaria Panamericana*. Consultado el 11 de enero del 2023, desde: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=29-es-9250&alias=42334-csp29-r15-s-334&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=42334-csp29-r15-s-334&Itemid=270&lang=es)
- OMS. (2020). *Servicios de Salud de Calidad*. Consultado el 11 de enero del 2023 desde: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

- OMS. (2023). *Cobertura sanitaria universal (csu)*. Consultado el 12 de enero del 2023, desde: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).
- OMS. (2024). Calidad de atención. Consultado el 23 de enero del 2024, desde: [https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1)
- OMS. (s.f). *Salud Universal*. Consultado el 4 de febrero del 2023, desde: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
- OPS. (2014). *Estrategia para la cobertura universal de salud*. 154.<sup>a</sup> Consultado el 27 de febrero del 2023, desde :<http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/ce154-r17-s.pdf?ua=1>.
- OPS. (2011). *Manual de Medición y Monitoreo de Indicadores de las metas regionales de recursos humanos para la salud: un compromiso compartido*. Consultado el 27 de febrero del 2023 desde: <https://www.observatoriorh.org/manual-de-medición-y-monitoreo-indicadores-de-las-metas-regionales-de-recursos-humanos-para-la-salud>.
- OPS. (2016). *Medición de metas regionales en el Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud*. Consultado el 27 de febrero del 2023, desde: <http://www.observatoriorh.org/?q=node/242>. México.
- OPS. (2017). *Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país*. Consultado el 15 de marzo el 2023 desde: [www.paho.org/permissions](http://www.paho.org/permissions)
- OPS. (2021a). *Gasto público en salud como porcentaje del producto interno bruto, 2020*. Consultado el 4 de enero de 2023, desde: <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-mexico>.
- OPS. (2021b). *Índice de desarrollo humano en la Región de las Américas, 2021*. Consultado el 12 de marzo del 2023 desde: <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-mexico>.
- OPS. (2022a). *Health in the Americas en Perfil de país - Venezuela | Health in the Americas*. Venezuela. Consultado el 13 de marzo del 2023, desde: <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-venezuela>
- OPS. (2022b). *Salud universal*. Consultado el 13 de marzo del 2023 desde: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
- Ordoñez, J. & Fornos, V. (2017). Metodología de investigación enfocada en el análisis Cualitativo–Cuantitativo aplicado a los Factores que condicionan la deserción escolar de los alumnos de secundaria Somotillo. *Revista Iberoamericana de Bioeconomía y Cambio Climático*, 3(5).
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2005). *Objetivos del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe. Objetivos de desarrollo del milenio. Informe 2006: una mirada a la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer en América Latina y el Caribe*. Consultado el 24 de enero 2023 desde: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/5d33ee69-86a8-4f90-91e3-2e19ba9691b2/content>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: resumen analítico del informe final* Consultado el 3 de enero del 2023 desde: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2009). *Plan estratégico 2008-2012*. Consultado el 20 de diciembre del 2023, desde: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6219>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2022a). *Gasto en salud*. Consultado el 2 de marzo del 2023, desde: <https://www.oecd.org/espanol/estadisticas/gastoensalud.htm>
- Ortegón, E., Pacheco, J. y Prieto, A. (2005). Metodología del marco lógico. *Para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). Consultado el 23 de diciembre del 2023 desde: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp>.
- Ortegón, E., Pacheco, J., y Prieto, A. (2005). *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*. Consultado el 2 de diciembre del 2023 desde: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/2d86ecfb-f922-49d3-a919-e4fd4d463bd7/content>
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., y Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 377(9779):1778-97.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., y Berry, L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *The Journal of Marketing*, 49(4), 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., y Berry, L. (1988). Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perc. *Journal of retailing*, 64(1), 12-40.
- Parry, J., y Kemm J. (2005). Criteria for use in the evaluation of health impact assessments. *Public Health*. 119:1122-9.
- Parsons, W. (2007). *Políticas públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. México. Flacso.
- Payares, K., Berdugo, A., Caridad, M. y Navarro E. (2017). Endomarketing y calidad de servicio interno en las pequeñas y medianas empresas del sector salud 38(57), 32.
- Plan de Desarrollo Integral del Estado de Michoacán (PLADIEM). (2021). *Plan de Desarrollo Integral del Estado de Michoacán*. Consultado el 15 de noviembre de 2023, desde: <https://michoacan.gob.mx/plan-estatal/>.
- Pressman, J., .Pressman, J. y Wildavsky, A. (1973). *Implementation: how great expectations in Washington are dashed in Oakland ;Oakland; or, why it's amazing that federal programs work at all, this being a saga of the Economic Development Administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation of ruined hopes*. Berkeley. University of California Press.

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2023). *¿Qué son los objetivos de Desarrollo Sostenible?* Consultado el 10 de marzo del 2023, desde: <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals>
- Rasul, F., Kalmus, O., Sarker, M., Adid, H., Hossain, S., y Hasan, Z. (2019). Determinants of health seeking behavior for chronic non-communicable diseases and related out-of-pocket expenditure: results from a cross-sectional survey in northern Bangladesh. *J Health Popul Nutr.* 38, 48.
- Revuelta, B. (2007). La implementación de políticas públicas. *Díkaion*, 21(16), 135-156.
- Rodríguez de Romo, A., y Rodríguez, M. (1998). Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX. *História, ciências, saúde-Manguinhos*, 5, 293-310.
- Rodríguez-Rodríguez, J., y Reguant-Álvarez, M. (2020). Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 13(2), 1-13.
- Rosander, A. (1994). *Los catorce puntos de Deming aplicados a los servicios*. Ediciones Díaz de Santos. España.
- Ross, S. (2007). *Introducción a la Estadística* (1er Ed.). España. Editorial Reverté.
- Ruiz, M., Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Modelos de Ecuaciones estructurales. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 34-45.
- Salas, J. (2021). Políticas Públicas para mejorar la calidad de servicios de salud. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(1), 253-266.
- Salas, R. (2010). Propuesta de estrategia para la evaluación del desempeño laboral de los médicos en Cuba. *Educación Médica Superior*, 24(3), 387-417.
- Sanchez, N. (2007) El marco lógico. Metodología para la planificación, seguimiento y evaluación de proyectos. *Visión Gerencial*, (2), 328-343.
- Sánchez, R. y Echeverry J. (2004). Validación de escalas de medición en salud. *Revista de Salud pública*, 6, 302-318.
- Secretaria de Economía (2022). *Establecimientos de Salud por Institución, Morelia: Economía, empleo, equidad, calidad de vida, educación, salud y seguridad pública*. Consultado el 12 de abril 2023 desde: ([economia.gob.mx](http://economia.gob.mx)).
- Secretaria de salud (SS) (2012a). Continuidad de una política pública: SICALIDAD En J. Santacruz, M. Delgado, A. Álvarez, H. Márquez, E. Trejo, J. Castillo y E. Gómez (Ed.), *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia* (pp15-34). México: Secretaria de Salud.
- Septien, M. (1993). Proyecto de establecimiento de igualas médico-farmacéuticas en toda la república. *Salud Pública De México*, 35(1), 100-106.
- Silberman, M., Moreno, L., Kawas, V., y González, E. (2013). Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal: Una experiencia desde los centros de salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 56(4).
- Sistema de Indicadores del Estado de Michoacán (2020). *Camas censables por cada 100,000 habitantes en Instituciones Públicas de Salud*. Consultado el 6 de marzo

- del 2023 desde:  
[http://187.174.190.2/SII/desp\\_informacion\\_tabulada.jsp?id\\_eval\\_cat\\_indicadores=176&tipo=3&cobertura=1&entidad\\_federativa=16&tab\\_active=mapa&tendencia=inc#](http://187.174.190.2/SII/desp_informacion_tabulada.jsp?id_eval_cat_indicadores=176&tipo=3&cobertura=1&entidad_federativa=16&tab_active=mapa&tendencia=inc#).
- Sistema de Indicadores del Estado de Michoacán (2020). *Camas censables por cada 100,000 habitantes en Instituciones Públicas, en Michoacán 2006-2020*. Consultado el 2 de marzo del 2023 desde:  
[http://187.174.190.2/SII/desp\\_informacion\\_tabulada.jsp?id\\_eval\\_cat\\_indicadores=176&tipo=3&cobertura=1&entidad\\_federativa=16&tab\\_active=grafica&tendencia=inc](http://187.174.190.2/SII/desp_informacion_tabulada.jsp?id_eval_cat_indicadores=176&tipo=3&cobertura=1&entidad_federativa=16&tab_active=grafica&tendencia=inc).
- Sistema de Indicadores del Estado de Michoacán (2020). *Esperanza de vida al nacer por entidades federativas*. Consultado el 6 de marzo del 2023 desde:  
[http://187.174.190.2/SII/desp\\_informacion\\_tabulada.jsp?id\\_eval\\_cat\\_indicadores=172&tipo=3&cobertura=1&entidad\\_federativa=16&tab\\_active=grafica&tendencia=inc](http://187.174.190.2/SII/desp_informacion_tabulada.jsp?id_eval_cat_indicadores=172&tipo=3&cobertura=1&entidad_federativa=16&tab_active=grafica&tendencia=inc).
- Sistema de Indicadores del Estado de Michoacán (2020). *Esperanza de vida al nacer, 2006-2020*. Consultado el 2 de marzo del 2023 desde:  
[http://187.174.190.2/SII/desp\\_informacion\\_tabulada.jsp?id\\_eval\\_cat\\_indicadores=187&tipo=3&cobertura=1&entidad\\_federativa=16&tab\\_active=tabulado](http://187.174.190.2/SII/desp_informacion_tabulada.jsp?id_eval_cat_indicadores=187&tipo=3&cobertura=1&entidad_federativa=16&tab_active=tabulado).
- Sistema de Indicadores del Estado de Michoacán (2020). *Médicos en contacto directo con el paciente por cada 100,000 habitantes*. Consultado el 2 de marzo del 2023 desde:  
[http://187.174.190.2/SII/desp\\_informacion\\_tabulada.jsp?id\\_eval\\_cat\\_indicadores=187&tipo=3&cobertura=1&entidad\\_federativa=16&tab\\_active=tabulado](http://187.174.190.2/SII/desp_informacion_tabulada.jsp?id_eval_cat_indicadores=187&tipo=3&cobertura=1&entidad_federativa=16&tab_active=tabulado)
- SS. (2021b). *Programa-Sectorial-de-Salud-2015-2021*. México. Secretaría de salud. México.
- SS. (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México: Secretaría de Salud. México
- SS. (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México. Secretaría de Salud. México.
- SS. (2012b). La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud: una estrategia de gran escala. En E. Ruelas (Ed.), *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia* (pp15-34). México: Secretaria de Salud.
- SS. (2012c). Niveles de evaluación de la calidad. En R. Hernández, N. Vela y H. Aguirre (Ed.), *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia* (pp15-34). México: Secretaria de Salud.
- SS. (2012d). *La calidad de la atención a la salud en México, a través de sus instituciones: 12 años de experiencia*. México: Secretaría de salud. México.
- SS. (2021a). *78 años de la Secretaría de Salud*. México: Secretaría de Salud. México
- SS. (2022). *Economía, empleo, equidad, calidad de vida, educación, salud y seguridad pública*. México. Secretaría de salud. México

- Tamez, S. y Eibenschutz, C. (2008). El seguro popular de salud en México: pieza clave de la inequidad en salud. *Revista de salud pública*, 10, 133-145.
- Tirado, A. (2021). El concepto de salud y su aproximación desde diferentes disciplinas. *Revista Ciencias Biomédicas*, 10(1), 55-60.
- Tonon, G. (2010). La utilización de indicadores de calidad de vida para la decisión de políticas públicas. *Polis. Revista Latinoamericana*, 9(26), 361-370.
- Uribe, M., y Abrantes, R. (2013). Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades? *Perfiles latinoamericanos*, 21(42), 135-162.
- Valenzuela, M. (2005). Indicadores de Salud: características, uso y ejemplos. *Ciencia y Trabajo*, 17, 118-122.
- Vargas, C. (2007). Análisis de las políticas públicas. *PERSPECTIVAS*, (19), 127-136.
- Vargas, M., y Aldana, L. (2007). *Calidad y servicio: Conceptos y herramientas*. Colombia: Universidad de la Sabana.
- Vargas, T. y Mora, R. (2017). Tamaño de la muestra en modelos de ecuaciones estructurales con constructos latentes: Un método práctico. *“Actualidades Investigativas en Educación”*. 17(1), pp. 1-34.
- Vos, R. (1996). *Hacia un sistema de indicadores sociales*. Washington D.C. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. Desde: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Hacia-un-sistema-de-indicadores-sociales.pdf>
- Wigodski, J. (2003). What is SERVQUAL? Consultado el 9 de febrero del 2023, desde: [http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Nov2003/2763\(07/11/2016\)](http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Nov2003/2763(07/11/2016))
- Xu, K., Soucat, A., Kutzin, J., Brindley, C., Vande, N., Touré, H., Aranguren, M., Li, D., Barroy, H., Flores, G., Roubal, T., Indikadahena, C., Cherilova, V., y Siroka, A. (2018). *Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends*. Consultado el 8 de mayo del 2023 desde: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/276728/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-18.3-eng.pdf?sequence=1>.
- Yusuf, F., y Leeder, S. (2020). Recent estimates of the out-of-pocket expenditure on health care in Australia. *Aust Health Rev.* 44:340-6.
- Zeithaml, V., Parasuraman, A., y Berry, L. (1990). *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. USA: Simon and Schuster.

## ANEXOS

**Cuadro 1.**

<b>Matriz de Congrencia</b>						
IDENTIFICACIÓN	OBJETIVO	MARCO TEÓRICO	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES
¿De qué manera los factores como la tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía incidieron en la percepción de calidad del servicio público de salud en Morelia, Michoacán?	Determinar cuáles fueron los principales factores que impactaron en la calidad del sector salud en Morelia, Michoacán.	<b>Calidad</b>	La falta de capacidad de respuesta, seguridad, tangibilidad, empatía y confiabilidad fueron los principales factores que afectaron la calidad del sector salud en Morelia, Michoacán.	Calidad	La calidad de atención consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es por consiguiente la medida en que se espera que la atención sinistrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y	estructura, ubicación, equipamiento, comodidad, comunicación, atención oportuna, credibilidad, continuidad, satisfacción, efectividad, integralidad, competencia profesional, seguridad
¿Hasta qué punto la escasez tangible afectó la calidad del sector salud en Morelia, Michoacán?	Investigar hasta qué punto la escasez tangible afectó la calidad del sector salud en Morelia, Michoacán.		La escasez tangible perjudicó la calidad del sector salud en Morelia, Michoacán.	Tangibilidad	Son los aspectos físicos que el cliente percibe en la organización. Cuestiones tales como limpieza y modernidad son evaluadas en tres elementos distintos (Wigodski, J. 2003).	Recursos materiales suficientes, personal suficiente y con conocimiento, instalaciones y equipo moderno
¿Hasta qué punto la incapacidad para generar confiabilidad influyó en la calidad del sector salud en Morelia, Michoacán?	Identificar hasta qué punto la incapacidad para generar confiabilidad influyó en la calidad del sector salud en Morelia, Michoacán.		Los centros de salud pública que generan mayor confianza mejoran sus niveles de calidad del sector público salud en Morelia, Michoacán.	Confiabilidad	la capacidad del profesional para ponerse en el lugar del usuario/paciente y poder, así, comprender su punto de vista, sus reacciones y sentimientos frente a su estado de salud (Perez et al, 2017). /	Apariencia del personal, preparación del personal, Ayuda otorgada
¿De qué modo la falta de seguridad repercutió en la calidad del sector salud en Morelia, Michoacán?	Explorar en qué modo la falta de seguridad repercutió en la calidad del sector salud en Morelia, Michoacán.		Como la carencia de seguridad daño la calidad del sector salud en Morelia, Michoacán.	Seguridad	Habilidad para realizar el servicio prometido de modo fiable y cuidadoso (Payares et al, 2017)	Instalaciones seguras, confianza y seguridad, señalización extrahospitalaria, señalización intrahospitalaria
¿De qué manera la ausencia de empatía daño la calidad del sector salud en Morelia, Michoacán?	Analizar de qué manera la ausencia de empatía daño la calidad del sector salud en Morelia, Michoacán.		Debido a la ausencia de empatía la calidad del sector salud en Morelia, Michoacán se vio afectada.	Empatía	la capacidad del profesional para ponerse en el lugar del usuario/paciente y poder, así, comprender su punto de vista, sus reacciones y sentimientos frente a su estado de salud (Perez et al, 2017).	Amabilidad del personal, puntualidad, información a familiares, Ayuda otorgada
¿En qué medida la falta de capacidad de respuesta afectó la calidad del sector salud en Morelia, Michoacán?	Establecer en qué medida la falta de capacidad de respuesta afectó la calidad del sector salud en Morelia, Michoacán.		La falta de capacidad de respuesta afectó negativamente la calidad del sector salud en Morelia, Michoacán.	Capacidad de respuesta	la capacidad del profesional para dar una respuesta rápida y adecuada al paciente. (Perez et al, 2017).	Tiempo de espera, Rapidez de respuesta, Ayuda otorgada
¿De qué forma la consideración de los factores contribuye a una mejor política de calidad en el sector público de salud en Morelia, Michoacán?	Explicar de qué forma la consideración de los factores contribuye a una mejor política de calidad en el sector público de salud en Morelia, Michoacán.		La contribución de los factores como la tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía contribuyeron a una mejor política de calidad en el sector público de salud en Morelia, Michoacán.	tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía	Equipo, instalaciones físicas, ponerse en el lugar del otro, que se tengan los conocimientos necesarios y las medidas de seguridad	Modernidad de equipo, limpieza, tiempos de espera, trato digno, comunicación adecuada

Fuente: Elaboración propia con base a la matriz de operacionalización

CUADRO 2.									
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES									
Teoría	Variables	Dimensión	Sub variables	Definición	Indicadores	Definición	Ítems		
Donabedian (1966)	Calidad en el servicio del sector salud	Calidad "es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud" (Donabedian, 1966).	<b>Calidad</b>						1.1
			<b>Estructura</b> Donabedian (2005), Salas (2021)	Miden la calidad de las características de los servicios y el estado de los recursos para prestarlos. Los indicadores de estructura se desarrollan en cuatro categorías: estructura física, ocupacional, financiera y organizacional, de acuerdo a los siguientes recursos: recursos materiales, instalaciones, equipos y presupuesto monetario. Recursos humanos: número y calificación del personal. Aspectos institucionales o gerenciales: organización del personal médico y métodos para su evaluación (Donabedian, 2005).	<b>Estructura</b>				1.2
									1.3
									1.4
					<b>Ubicación</b>	Situación o lugar en el que se encuentra una cosa			1.5
									1.6
									1.8
					<b>Equipamiento</b>	Son todos aquellos equipos electrónicos, mecánicos y electromecánicos que forman parte de un hospital, clínica o centro médico y se utilizan directamente en la atención médica del paciente (Chávez, 2010).			1.9
									1.1
									1.11
									1.12
									1.13
									1.14
					<b>Comodidad</b>	Comodidad como causa de alivio al malestar, comodidad como un estado de tranquilidad y satisfacción, comodidad como cualquier cosa que haga la vida fácil o agradable Florez (2001).			1.15
					Parasuraman (1985) Grönroos)	Calidad en el servicio del sector salud	Calidad "es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud" (Donabedian, 1966).	<b>Proceso</b> Donabedian (2005), Salas (2021)	Miden de forma directa o indirecta la calidad de la actividad llevada a cabo durante la atención al paciente; mediante el conjunto de acciones realizado principalmente por el médico como generador de documentación; por ejemplo, la historia clínica y otros documentos resultantes de la actividad asistencial (Donabedian, 2005)
<b>comunicación</b>	Mantener a los clientes informados, utilizando un lenguaje que puedan entender, así como escucharlos (Parasuraman, Zeithaml y Berry 1985, 1988).			2.3					
<b>Credibilidad</b>	Veracidad, creencia y honestidad en el servicio que se provee (Parasuraman, Zeithaml, Berry 1988).			2.7					
				2.9					
<b>Continuidad</b>	Longitudinalmente a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo...) y en cualquier circunstancia (consulta en el centro de salud, urgencias, seguimiento hospitalario) (Becker, 2022).			2.1					
Zeithaml (1985) Grönroos)	Calidad en el servicio del sector salud	Calidad "es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud" (Donabedian, 1966).	<b>Resultado</b> Donabedian (2005), Salas (2021)	Miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas; el beneficio logrado en los pacientes, o cambios en la salud atribuibles a la atención recibida, incluyen: Indicadores centinela, indicadores de datos agregados (continuos o basados en tasas), indicadores trazadores e indicadores basados en opinión del paciente (Donabedian, 2005)					
					<b>Satisfacción</b>	El concepto de satisfacción reporta a la percepción íntima que experimenta el cliente o usuario y a la evaluación que éste realiza del respecto del servicio al cual se enfrenta, sea en términos de si éste respondió a sus necesidades o bien si la entrega le permite alcanzar y superar sus propias expectativas (Zeithaml, 2002)			3.1
					<b>Integralidad</b>	El término integralidad abarca un conjunto de actividades y de sentidos articulados entre sí, comprendiendo acciones individuales y colectivas en la organización de los servicios de salud, en las prácticas y modelos asistenciales y sus respectivos agentes – gestores, profesionales y usuarios – en los diferentes niveles de atención del sistema (Becker, 2022).			3.1
									3.11
					<b>Competencia profesional</b>	Posesión de las destrezas requeridas y conocimiento del proceso de prestación del servicio (Parasuraman, Zeithaml, Berry 1988).			3.12
									3.14
<b>Seguridad</b>	Inexistencia de peligros, riesgos o dudas (Parasuraman, Zeithaml, Berry 1988).			3.15					

## CUESTIONARIO



La presente encuesta tiene como finalidad recabar la información necesaria para llevar a cabo una investigación académica de la Maestría de Políticas Públicas del Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales (ININEE) de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo; por lo que se pide que las respuestas sean honestas. Informarle que la información brindada se manejará de manera confidencial.



**Instrucciones: Marque la opción de la respuesta de acuerdo a su percepción sea la más adecuada a la situación**

### Perfil entrevistado

<b>Edad:</b>		<b>Genero:</b>		<b>Ocupación:</b>	
--------------	--	----------------	--	-------------------	--

<b>Variable D1</b>	<b>Calidad en el servicio público de salud</b>
<b>Indicador 1 Estructura</b>	<b>Subindicador: Ubicación</b>

<b>1.1 En su opinión considera que la calidad del hospital es adecuada?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>1.2 Como calificarías las instalaciones físicas del hospital?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>1.3 Las instalaciones físicas como paredes, puertas, ventanas de salas de espera, consultorios, quirófanos, laboratorio del Hospital están bien cuidadas?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>1.4 Considera que la limpieza de las instalaciones es adecuada?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>1.5 Considera que la ubicación del hospital es la más adecuada?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>1.6 Qué tan conveniente es la ubicación del hospital para usted?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>Indicador 1 Estructura</b>	<b>Subindicador: Comodidad</b>
-------------------------------	--------------------------------

<b>1.15 Considera que las instalaciones del área de urgencias son lo suficientemente cómodas?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>1.16 Considera que las instalaciones del área de hospitalización son lo suficientemente cómodas?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>1.17 Considera que las instalaciones del área del quirófano son lo suficientemente cómodas?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>1.18 Considera que las instalaciones del área del laboratorio son lo suficientemente cómodas?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>1.19 Considera que las instalaciones del área de consultorios son lo suficientemente cómodas?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>1.20 Considera que el área de espera es cómoda?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

**1.7 Considera usted que la zona donde se encuentra el hospital es la mas adecuada?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

**Indicador 1 Estructura Subindicador: Equipamiento**

**1.8 Considera que el equipamiento del hospital es el adecuado?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

**1.9 Considera que el equipamiento en el area de urgencias es suficiente?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

**1.10 Usted cree que el equipamiento en el area de hospitalización es suficiente?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

**1.11 En su opinion considera que el equipamiento en el area de quirofanos es el adecuado?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

**1.12 Considera que el equipamiento en el area de laboratorios es suficiente?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

**1.13 Considera que el equipamiento en el area de consultorios es el adecuado?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

**1.14 Considera que el equipamiento en el area de espera es el adecuado?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

**Indicador 2 Proceso**

**2.1 Considera que es efectiva la comunicación del personal del hospital con el paciente o sus familiares?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

**2.1 Cómo calificarías la información brindada por el personal del hospital?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

**2.2 Considera que la información que se brinda es dada por parte del médico?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

**Indicador 2 Proceso Subindicador: Comunicación**

**2.3 Considera que la interacción comunicativa entre usted y el personal del hospital es buena?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

**2.4 Le comunicaron de manera adecuada el proceso para agendar una consulta?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

**2.5 El personal del hospital le comunico el tiempo que tardaría en ser atendido?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

**2.6 Usted considera que la comunicación entre areas del hospital es adecuada?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

<b>Indicador 2</b>	<b>Proceso</b>	<b>Subindicador: Credibilidad</b>		
--------------------	----------------	-----------------------------------	--	--

**2.7 El profesionalismo que refleja el personal médico hace que usted se sienta tranquilo en su servicio?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

**2.8 La coordinación que existe entre los departamentos del hospital le brinda a usted credibilidad?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

**2.9 Usted está de acuerdo con el diagnóstico que recibió?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

<b>Indicador 2</b>	<b>Proceso</b>	<b>Subindicador: Continuidad</b>		
--------------------	----------------	----------------------------------	--	--

**2.10 Se le da continuidad a los tratamientos dentro del hospital?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

**2.11 Qué tan fácil fue conseguir una cita de seguimiento?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

**2.12 En su opinión el personal está interesado en darle continuidad a su tratamiento?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

<b>Indicador 3</b>	<b>Resultados</b>			
--------------------	-------------------	--	--	--

**3. Usted considera que la atención médica que le brinda el hospital resolvió su padecimiento?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

**3.4 Considera que fue adecuado el tiempo que duró en ser atendido en el área de hospitalización?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

**3.5 Se siente satisfecho con el tiempo que duró en ser trasladado al quirófano?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

**3.6 Considera que fue adecuado el tiempo que tardó en ser atendido en el área de laboratorio?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

**3.7 Se siente satisfecho con el tiempo que tardó en ser atendido en el área de consultas?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

**3.8 Considera que fue adecuado el tiempo que tardó en ser atendido en el área de farmacia?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

**3.9 Los trámites que tuvo que realizar en el Hospital para ser**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

<b>Indicador 3</b>	<b>Resultados</b>	<b>Subindicador: Integralidad</b>		
--------------------	-------------------	-----------------------------------	--	--

**3.10 Considera que se ofrece un servicio completo para atender su padecimiento?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

<b>Indicador 3</b>	<b>Resultados</b>	<b>Subindicador: Satisfacción</b>		
<b>3.1 Que tan satisfecho se encuentra usted con la atención brindada hacia su padecimiento?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>3.2 Se siente satisfecho con los horarios de atención del hospital?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>3.3 Considera que fue adecuado el tiempo que duro en ser atendido en el area de urgencias?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>Indicador 3</b>	<b>Resultados</b>	<b>Subindicador: Seguridad</b>		
<b>3.15 Considera que se siente seguro en las instalaciones del hospital?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>3.16 Cómo calificarías la limpieza en el hospital?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>3.17 Cómo calificarías la higiene del personal del hospital?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>3.11 Considera que las diferentes areas trabajan de manera integral para mejorar el servicio en el hospital?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>Indicador 3</b>	<b>Resultados</b>	<b>Subindicador: Competencia profesional</b>		
<b>3.12 Considera que el hospital tiene buenos profesionales brindando atención ?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>3.13 Cómo calificarías la disposición del hospital para responder a sus preguntas médicas?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>3.14 Las respuestas del personal de salud del hospital ante sus preguntas, fue apropiada?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>Variable 12</b>	<b>Confiabilidad</b>			
<b>2. Usted como calificarías las confiabilidad del hospital?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>Indicador 2</b>	<b>Confiabilidad</b>	<b>Subindicador: Confiabilidad</b>		
<b>2.1 En su opinión el personal médico/enfermeros cumplen lo prometido?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>2.2 Usted cree que el personal tiene un sincero interés por resolver problemas de salud del paciente?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

3.18 Usted percibió que el personal de salud del Hospital cumplió siempre con medidas que garantizaran su seguridad como paciente (por ejemplo, lavado de manos, uso de guantes y tapabocas)

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

3.19 Considera que la señalización del hospital es la adecuada?

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

<b>Variable I1</b>	<b>Tangibilidad</b>			
--------------------	---------------------	--	--	--

1. Usted considera que el hospital tiene una estructura adecuada?

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

1.1 Usted considera que el hospital cuenta con el equipo adecuado para brindar un buen servicio?

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

<b>Indicador 1</b>	<b>Tangibilidad</b>	<b>Subindicador: Estructura-Limpieza</b>		
--------------------	---------------------	--	--	--

1.2 Considera en general que el hospital se encuentra limpio?

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

1.3 Considera que personal es pulcro?

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

<b>Indicador 1</b>	<b>Tangibilidad</b>	<b>Subindicador: Modernidad-Equipamiento</b>		
--------------------	---------------------	--	--	--

1.4 En su opinión las instalaciones de los hospitales son visualmente modernas?

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

1.5 El hospital cuenta con a señalización adecuada?

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

<b>Indicador 2</b>	<b>Confiablez</b>	<b>Subindicador: Exactitud</b>		
--------------------	-------------------	--------------------------------	--	--

2.3 Considera usted que el servicio se hace de la manera correcta la primera vez?

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

2.4 Usted cree que se concluye el servicio, tratamiento, procedimiento, revisión en tiempo?

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

2.5 Considera que no se cometen errores al atenderse en el hospital?

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

<b>Variable I3</b>	<b>Capacidad de respuesta</b>			
--------------------	-------------------------------	--	--	--

3. Considera que la capacidad de respuesta del hospital es satisfactoria?

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

<b>Indicador 3</b>	<b>Cap. De respuesta</b>	<b>Subindicador: Rapidez</b>		
--------------------	--------------------------	------------------------------	--	--

3.1 Considera que hubo prontitud en atender sus peticiones?

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

3.2 Considera que el personal ofrece un servicio rápido?

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

3.3 Considera que el personal del hospital siempre está dispuestos a ayudar?

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

3.4 En su opinion considera que el personal es suficiente para atender con calidad a los pacientes?

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
-----------------	-----------------	---------	----------------	-----------------------

<b>1.6 Usted considera que los equipos dentro del hospital tienen apariencia moderna?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>Variable 14</b>	<b>Seguridad</b>			
<b>4. En su opinión considera la seguridad brindada en el hospital es la adecuada?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>Indicador 4</b>	<b>Seguridad</b>	<b>Subindicador: Fiabilidad</b>		
<b>4.1 Considera que es el comportamiento del personal del hospital es amable?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>4.2 Considera usted que el conocimiento del personal médico del hospital es el adecuado?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>Indicador 4</b>	<b>Seguridad</b>	<b>Subindicador: Precaución</b>		
<b>4.3 Considera que la capacidad de los profesionales del Hospital para solucionar su necesidad de salud, fue adecuada?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>4.4 Usted como paciente se siente seguro (salas de espera, señalización, rampas, lugares seguros) cuando acude al hospital?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>Variable 15</b>	<b>Empatía</b>			
<b>5. En su opinión el personal del hospital fue empático con sus necesidades?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>Indicador 5</b>	<b>Empatía</b>	<b>Subindicador: Comprensión</b>		
<b>5.1 Considera que el personal del hospital comprenden sus necesidades?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>5.2 Considera que se ofrece una atención individualizada?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>Indicador 5</b>	<b>Empatía</b>	<b>Subindicador: Amabilidad</b>		
<b>5.3 Considera que los médicos le brindaron un adecuado trato?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>5.4 Considera que los enfermeros le brindaron un adecuado trato?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>5.5 Cree usted que el horario de atención del hospital es conveniente?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

<b>5.6 En su opinión considera usted que el primer contacto por parte del personal de salud del Hospital fue el adecuado?</b>				
Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho