

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN



CALIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES Y FAMILIARES.
CASO: CENTRO MÉDICO HOSPITAL DEL PRADO

CASO PRÁCTICO

Que para obtener el grado de
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN

PRESENTA

CAMACHO VALERA FRANCISCO JAVIER

Director de Tesis
Dr. ISMAEL PLASCENCIA LOPEZ

Tijuana B. C. Diciembre de 2014

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres en primer lugar, quienes desde siempre buscaron los medios por darnos una educación integral y de quienes he recibido enseñanzas de vida, como el buscar explotar todo mi potencial en todos los ámbitos, seguir esforzándome y buscar siempre el mejorar. Agradezco a mis hermanos, quienes a su corta edad son ejemplo de disciplina y dedicación, y una motivación mas para vivir cada día. A mi esposa, quien desde novios me apoyó y brindó su paciencia en este proyecto. A mis amigos y familiares, quienes no han hecho otra cosa más que apoyarme, alentarme y motivarme para seguir adelante en la vida. A mis maestros y tutor, de quienes aprendí que no existe límite para el conocimiento y la importancia de estar al día renovándose y superándose a sí mismo. Pero ante todo doy gracias a Dios, por darme la oportunidad de existir y ser parte de esta experiencia maravillosa llamada vida.

RESUMEN

El concepto de calidad, ha estado presente en la industria durante mucho tiempo, y de manera formal a partir de Deming, sin embargo, en los servicios ha ganado importancia en los últimos años. Ha pasado de percibirse como una moda, hasta entenderse como una ventaja competitiva que las empresas desean alcanzar, para incrementar sus rentabilidad. En los servicios, la gestión de la calidad debe concebirse como una estrategia de mejora, y debe adoptarse de manera permanente a partir de la alta dirección, para influir en los siguientes niveles de la organización, donde todos los miembros deberán estar comprometidos sin excepción. La satisfacción del cliente debe ser el principal objetivo aplicado en todos los procesos.

De los tipos de servicios, los de salud suelen ser los más complejos, ya que su principal objetivo es preservar la vida humana. Sus estándares de calidad se han enfocado en los procesos clínicos donde médicos y enfermeros son los protagonistas. Sin embargo la calidad en la atención juega un papel importante en este tipo de empresas ya que todo el personal forma parte de él. La presente investigación busca analizar el nivel de satisfacción de pacientes y familiares de Centro Médico Hospital del Prado, basándose en las expectativas del paciente para generar estrategias de mejora una vez obtenidos los resultados.

Palabras Clave

Estrategia, Calidad, Servicios, Mejora, Ventaja Competitiva

ABSTRACT

The concept of quality has been in the industry for a long time, and in formally way since Deming, however, services have gained importance in recent years. It has been perceived as a fad in the beginning, until finally seen as a competitive advantage that companies want to achieve, to increase their profits. In services, the quality management should be seen as a strategy for improvement, and should be adopted permanently from senior management to influence the next levels of the organization, where all members must be committed without exception. Customer satisfaction should be the main goal in all applied processes.

From all the kinds of services, the health services are the most complex, because their main goal is to preserve the human life. Their quality standards have been focused on the clinic processes, where doctors and nurses are the main characters. However, the customer care quality is a very important subject in the companies; because all the employees are contribute on it. This research seeks to analyze the level of satisfaction of the patients and relatives in Centro Médico Hospital Del Prado, on the basis of expectations of them with the purpose of generating improvement strategies once the results are given.

Keywords

Strategy, Quality, Services, Improvement, competitive advantage.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I. EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del problema	5
1.2 Objetivos de la investigación	6
1.2.1 Objetivo general	6
1.3 Justificación	7
1.4 Diseño de la investigación	8
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Marco Contextual	9
2.1.1 La salud	9
2.1.2 Derecho a la salud	10
2.1.3 Función de la OMS	14
2.1.4 Sistemas de Salud	15
2.1.5 Los sistemas de Salud en el Mundo	17
2.1.6 Sistemas de salud en México	21
2.1.7 Sistemas de Salud en Baja California	23
2.1.8 Los servicios de salud privados	26
2.1.9 Acerca de Centro médico hospital del Prado	27
2.2 Marco Teórico	
2.2.1 La Calidad	37
2.2.2 Gestión de la calidad	39
2.2.3 Los 14 puntos de Deming	43
2.2.4 Trilogía de la calidad de Juran	44
2.2.5 Otros personajes	46
2.2.6 Modelos para la Gestión de la Calidad	49
2.2.7 Los servicios	53
2.2.8 Calidad en los servicios	55
2.2.9 Calidad en los servicios de salud	56
CAPITULO III. METODOLOGIA	
3.1 Alcance del Estudio	58
3.2 Operacionalización de las variables	59
3.3 Elaboración del instrumento de medición	60
3.4 Selección de la muestra	65
CAPITULO V. RESULTADOS Y CONCLUSIONES	
5.1 Resultados Descriptivos	66
5.2 Resultados estadísticos	71
5.3 Conclusiones y recomendaciones	75
Bibliografía	79
Anexos	81

INTRODUCCIÓN

El siglo XX representa hasta el momento una de las épocas más significativas para la historia de la humanidad. Durante este periodo se desarrollaron un sinnúmero de proyectos y cambios que vinieron a transformar la rutina del ser humano, principalmente facilitando y ofreciendo mayor comodidad en las actividades diarias. La inclusión de la tecnología en los quehaceres cotidianos ha logrado que veamos las cosas desde otra perspectiva. Actualmente no concebimos la mayor parte de nuestras labores, sin el uso de la tecnología.

El acceso a la información es otro aspecto que se ha visto beneficiado por la tecnología. El internet como herramienta, le ha dado al ser humano la ventaja de obtener casi cualquier información que se desee en cuestión de segundos. El mundo de los negocios es otro sector que se ha sometido a grandes cambios de manera positiva. Gracias a las telecomunicaciones, hoy en día se hace negocio prácticamente las 24 horas del día. Los husos horarios y la distancia han dejado de ser una barrera para el intercambio, transacciones y envíos entre países y continentes.

Los productores de bienes y servicios han ido adaptándose a los cambios en el mercado. La competencia ha crecido entre las empresas, los consumidores están mejor informados y son más exigentes, esto los ha obligado a mejorar sus procesos y establecer una dirección basada en la gestión de la calidad como un factor muy importante para la ventaja competitiva (Miranda González, Chamorro Mera & Rubio Lacoba, 2007).

En los últimos años el tema de calidad se ha vuelto protagonista en el mundo de los negocios. Las regulaciones en los procesos y controles, han llevado a las empresas a apegarse a un sistema de calidad prácticamente sin alternativa, ya que la competencia entre ellas va de la mano al nivel de calidad. Es muy común escuchar actualmente productos y servicios de calidad, como parte de la publicidad de los mismos. Este tema llega a ser un factor que influye en los clientes para adquirir un producto o contratar un servicio. La tendencia entre las empresas se ha ido dirigiendo hacia una cultura de calidad, donde los miembros de la cadena de valor deben cumplir con ciertas certificaciones o condiciones para poder seguir siendo proveedores.

La industria de manufactura lleva casi medio siglo desde que se introdujo en los temas de calidad. Actualmente las empresas de este tipo tienen bien definidos sus controles de calidad y estrategias de mejora continua. Su principal objetivo es reducir los defectos y evitar los errores para entregar productos de calidad. Por otra parte y a pesar de que las empresas de servicios tienen relativamente poco tiempo sumando esfuerzos en los temas de calidad, empresas contemporáneas como Walmart y Starbucks han adoptado desde su visión el ofrecer servicios de calidad. Desde empresas de servicios financieros, de consultoría, hotelería, transporte, telecomunicaciones, de salud, etc. se han preocupado por la mejora continua y el cumplimiento de estándares de calidad, para fortalecer su capacidad y competencia y crear ventaja sobre sus competidores.

Uno de los tipos de servicios más complejos son los servicios de salud, ya que preservar la vida humana es su principal objetivo. Los servicios de salud tienen un peso muy importante en la vida cotidiana, gran parte de la población tiene acceso a los servicios de salud públicos, privados y servicios abiertos. El sector salud es uno de los más complejos y delicados, ya que las personas y su salud, incluso su vida, son la base y razón

de ser del mismo. Aproximadamente el 75% de la población en nuestro país cuenta con acceso a estos servicios, ya sea de manera pública o privada (Coneval, 2014). En ambos casos, debido a la naturaleza de este giro, pacientes y familiares estarán en constante evaluación y crítica de su proveedor. Por una parte el sector público con sus carencias que no se pueden ocultar, y por otra el sector privado del que se espera un servicio de primer mundo. Ninguno de los dos podrá evitar ser blanco de la opinión y observación de sus usuarios, es decir pacientes y familiares.

CAPITULO I. EL PROBLEMA

A través de la presente investigación, se desean identificar las principales barreras para la atención eficiente a pacientes y familiares de Centro Médico Hospital del Prado, así como identificar la calidad en el servicio, con el fin de proponer estrategias de mejora en la atención.

1.1 Planteamiento del problema

El sector público de los servicios de salud en México, cuenta con una serie de carencias que a lo largo de los años es imposible pasar por alto, además los usuarios tienen una percepción negativa en cuanto a la atención del personal administrativo y médico, así como en los tiempos de respuesta de atención. Estas son algunas de las razones por las que aproximadamente el 25% de la población en nuestro país (INEGI, 2011), opta por recibir servicios de salud de manera privada, es decir, pagando directamente de su bolsillo, o a través de un seguro de gastos médicos mayores. Estos usuarios buscan en el sector privado una mejor atención y excelencia en la calidad en el servicio, tanto de la atención médica como del personal operativo. Sin embargo, estas condiciones en ocasiones no se dan en este sector, y la satisfacción de los usuarios se viene abajo al no cumplir sus expectativas. La comparación entre un sector y otro suele ser la mayor referencia para evaluar la calidad en la atención por parte de los usuarios.

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo general

Identificar y analizar el nivel de la calidad de la atención, a los pacientes y familiares de Centro Médico Hospital del Prado y proponer estrategias de mejora.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar el nivel de atención actual a los pacientes y familiares de Centro Médico Hospital del Prado.
- b) Analizar los procesos o instrumentos utilizados para brindar la atención a pacientes y familiares en Hospital Centro Médico Hospital del Prado.
- c) Diseñar o proponer estrategias para mejorar la calidad y la atención a pacientes y familiares de Centro Médico Hospital del Prado.

1.3 Justificación

La importancia del sector salud en nuestra región, se ha incrementado de manera considerable en los últimos años y ha beneficiado a la imagen de nuestra ciudad, lo que ha permitido atraer a pacientes, tanto nacionales como internacionales, debido a que no solo se ofrece un servicio individual, sino que de manera integral se busca coordinar a todos los proveedores como uno solo, desde el servicio médico, traslado y hospedaje. (Turismo de Salud, 2010). De esta forma las empresas privadas de salud buscan encontrar su ventaja competitiva en la mejora de la calidad de sus servicios. Sin embargo se enfrentan a una amenaza: la atención que se brinda en el sector público a los pacientes y familiares, en ocasiones se percibe como deficiente y de baja calidad y esto influye de manera indirecta ya sea porque el personal de ambos sectores en muchas ocasiones es el mismo, o porque los usuarios a su vez son clientes de ambos sectores y tienden a elevar las expectativas de los servicios privados de salud. Los responsables de las instituciones privadas de salud, necesitan tener una imagen clara del nivel de calidad en la atención, para tener una referencia objetiva y tomar decisiones de mejora.

1.4 Diseño de la investigación

La presente investigación, se realiza de tipo argumentativa exploratorio, con el modelo correlacionar de Hernández Sampieri.

Horizonte temporal y espacial

Esta investigación se realizó en Centro Médico Hospital del Prado. Ubicado en Calle Bugambilias No. 50 Frac. El Prado, en Tijuana B.C. durante el periodo de Febrero a Diciembre de 2014.

Universo y muestra

El universo de la presente investigación serán los pacientes y familiares de Centro Médico Hospital del Prado durante el periodo que dure la investigación.

Método de recolección de datos

Cuestionario utilizando la escala de Likert, basado en el modelo Servqual propuesto por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985)

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO (ESTADO DEL ARTE)

2.1 Marco Contextual

2.1.1 La salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su sitio web oficial, se describe como la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales. (OMS, 2013)

En la actualidad, la salud es una responsabilidad compartida, es decir, los estados ya no son los únicos responsables de mantener la salud de la población, ya que esta exige el acceso equitativo a la atención sanitaria. El acceso a los servicios de salud es un derecho que por naturaleza el ser humano posee. Esta institución es la más grande y respetada a nivel mundial en el tema de salud y con gran esfuerzo se mantiene gracias a las aportaciones de la ONU, fundaciones y contribuciones voluntarias de los estados miembros (OMS, 2013)

2.1.2 Derecho a la salud

La Constitución de la OMS establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. De acuerdo a cifras de la OMS, (2013) aproximadamente 150 millones de personas en todo el mundo se encuentran cada año en una situación financiera catastrófica debido a sus gastos sanitarios.

El derecho a la salud significa que los Estados deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible. Los problemas de salud suelen afectar en una proporción más alta a los grupos vulnerables y marginados de la sociedad, como lo son ancianos, menos de edad, y personas con capacidades especiales. (OMS, 2013)

El derecho a la salud está establecido en tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo. Por ejemplo el tratado de las Naciones Unidas sobre derechos humanos, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966; la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979; Convención sobre los Derechos del Niño, 1989 (OMS, 2013)

Para aclarar y hacer efectivas las medidas arriba mencionadas, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en el año 2000 una Observación general sobre el derecho a la salud (OMS, 2013)

En dicha Observación se afirma que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna, sino también los factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. (OMS, 2013)

Según la Observación general, el derecho a la salud abarca cuatro elementos:

- Disponibilidad. Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
 - No discriminación;
 - Accesibilidad física;
 - Accesibilidad económica (asequibilidad);
 - Acceso a la información.
- Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.

- Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados tres tipos de obligaciones:

- Respetar. Significa simplemente no perjudicar en el disfrute del derecho a la salud.
- Proteger. Es decir, adoptar medidas para impedir que terceros, interfieran en el disfrute del derecho a la salud (por ejemplo regulando la actividad de los actores no gubernamentales).
- Cumplir. Significa adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud, por ejemplo, adoptando leyes, políticas o medidas presupuestarias apropiadas (OMS, 2013)

Según la Observación general mencionada, el derecho a la salud también comprende obligaciones básicas a fin de garantizar el cumplimiento del derecho básico a la salud. Aunque ese nivel no se puede determinar porque es una tarea de cada país, sin embargo, para guiar el proceso de establecimiento de prioridades se enumeran las siguientes obligaciones básicas a proveer por parte de los estados:

- Servicios esenciales de atención primaria de la salud
- Alimentación esencial mínima que sea nutritiva

- Saneamiento
- Agua potable
- Medicamentos esenciales.

Otra obligación básica es la de adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública en los que se tengan en cuenta las preocupaciones en materia de salud de toda la población. Esa estrategia y ese plan deberán elaborarse y examinarse periódicamente a través de un proceso participativo y transparente; deberán incluir indicadores y bases de referencia que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados y deberán prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados (OMS, 2013)

Los Estados deben adoptar medidas para avanzar hacia la realización del derecho a la salud de conformidad con el principio de realización progresiva. Esto significa que deberán adoptar medidas deliberadas, concretas y específicas hasta el máximo de los recursos de que dispongan. Esos recursos incluyen aquellos proporcionados por el propio Estado y los procedentes de la asistencia y la cooperación internacionales. En este contexto, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir sus obligaciones contraídas en virtud del derecho a la salud y la renuencia a cumplirlas. (OMS, 2013)

2.1.3 Función de la OMS

La OMS cumple sus objetivos mediante las siguientes funciones básicas:

- Ofrecer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas.
- Determinar las líneas de investigación y estimular la producción, difusión y aplicación de conocimientos valiosos.
- Establecer normas y promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica.
- Formular opciones de política que aúnen principios éticos y de fundamento científico.
- Prestar apoyo técnico, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera.
- Seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias.

(Acerca de OMS, 2013)

2.1.4 Sistemas de Salud

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos, cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Los sistemas de salud necesitan personal, financiamiento, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero. (OMS, 2005)

Un buen sistema de salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible. Por ejemplo una mujer que recibe una carta recordándole que su hijo debe vacunarse contra una enfermedad potencialmente mortal, está obteniendo un beneficio del sistema de salud. Lo mismo ocurre con una familia que finalmente puede acceder al agua potable gracias a la instalación en su aldea de una bomba de agua financiada por un proyecto de saneamiento del gobierno, o con una persona con VIH/SIDA que obtiene medicamentos antirretrovíricos, asesoramiento nutricional y exámenes periódicos en un ambulatorio asequible. (OMS, 2005)

El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias. El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo. (OMS, 2005)

Los sistemas de salud de los países pobres, no son los únicos que tienen problemas. Algunos países ricos tienen grandes sectores de la población que carecen de acceso al sistema de salud, debido a que los mecanismos de protección social son injustos.

Otros están luchando contra el aumento de los costos, debido a la utilización ineficiente de los recursos. (Archivo OMS, 2005)

De los sistemas sociales más importantes para un país y su gobierno, se encuentran los denominados sistemas de salud, los cuales son los de mayor complejidad y reto para cualquier gobierno. Al estudiar los sistemas sanitarios de un país, se analizan los valores de la sociedad y sus gobernantes con respecto a la salud; sus modelos de financiación y de asignación de recursos sanitarios, el grado de protección sanitaria deseado, su legislación, su organización administrativa y su modelo de gestión adoptado para garantizar una prestación de servicios eficaz, efectiva, eficiente y de calidad. (OECD, 2008)

Los sistemas sanitarios, son, por lo tanto, sistemas sociales que la Organización Mundial de la Salud (OMS) los ha definido más recientemente como: un conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, los lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial, y en el sector de la salud y otros sectores afines. (Archivo OMS, 2005)

Los sistemas sanitarios son sistemas complejos, abiertos e interrelacionados con factores determinantes de otros sistemas, como el sistema político, el sistema fiscal o el sistema educativo y deben cumplir, para considerarse sistema de acuerdo con la OMS, las cualidades de ser: un sistema universal que dé cobertura a toda la población; con atención integral, tanto higiene y salud mental, medicina preventiva, asistencia primaria, asistencia terciaria de todas las patologías agudas y crónicas; debe tener equidad en la distribución

de los recursos; debe ser eficiente, es decir, aportar las mejores prestaciones y el mejor nivel de salud al menor coste; debe ser un sistema con flexibilidad, con objeto de poder adaptarse y responder de manera rápida a las nuevas necesidades; con participación de los ciudadanos en la planificación y gestión del sistema. (Archivo OMS, 2005)

2.1.5 Los sistemas de Salud en el Mundo

Como menciona Caro (2013), actualmente a nivel global, los sistemas de salud están compartidos entre el sector público y privado. Según una lista de Bloomberg, su estudio sitúa en los primeros lugares a Hong Kong, Singapur y Japón, en el ranking de los sistemas de salud de los 48 principales países.

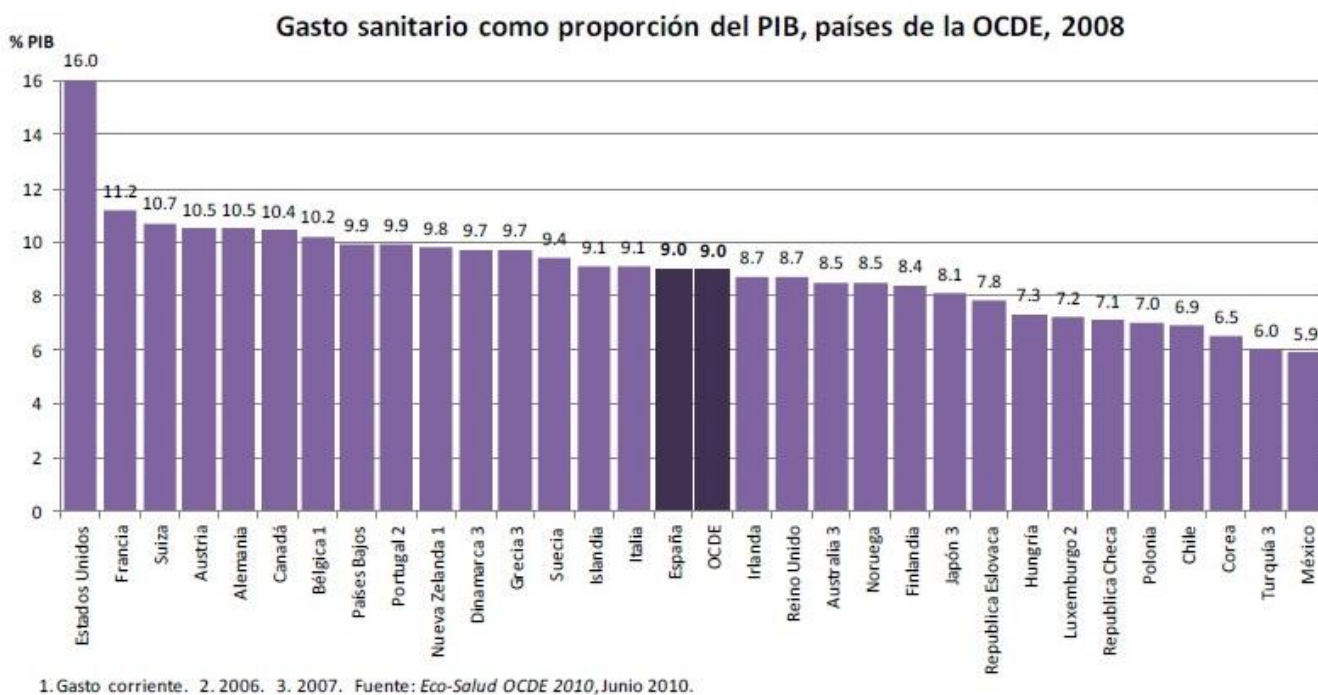
Estados Unidos, junto con su debate en torno a la reforma de salud impulsada por su presidente Obama, se ubica en el antepenúltimo lugar de esta clasificación, seguido por Serbia y Brasil. México se posiciona dentro de los 20 primeros lugares. Sin embargo, el sector salud es un problema para algunos gobiernos. Algunos gobiernos podrían caer en la insostenibilidad de su sistema de salud, como Japón, por lo que se ha optado por solicitar al sector privado que asuma mayores responsabilidades y actividad en este sector. Países como Singapur y Japón, sostienen su sistema de salud gracias a la recaudación de impuestos en el sector privado. (Caro, 2013)

Los sistemas de salud de un gobierno deben cumplir con objetivos fundamentales como la universalidad, por lo que deben abarcar y dar cobertura a prácticamente toda la población, con referencia al concepto de universalidad, los países de la Unión Europea

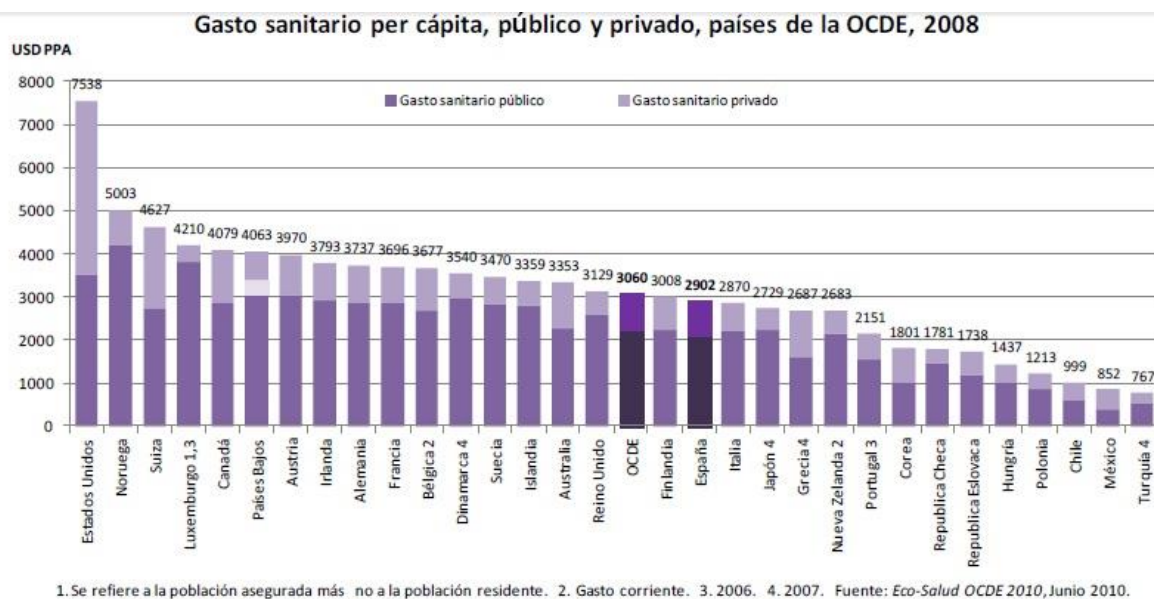
firmaron en 1996 la Carta de la Reforma de la Atención Sanitaria de Ljubljana, que habla sobre las reformas sanitarias, y que dentro de los principios fundamentales, dice que debe haber cobertura universal y acceso equitativo para toda la población a la asistencia necesaria; también debe haber equidad, considerado este atributo como parte importante y fundamental en todos los países democráticos, donde el concepto de equidad está muy arraigado y es totalmente complementario al de universalidad. (OECD, 2008)

El concepto de equidad en términos sanitarios, se refiere a la necesidad de una igualdad tanto en la posibilidad de acceso como en la igualdad de trato, sin distinción de sexos religión o razas; e igualdad de cartera de servicios para todos los ciudadanos de la misma nación, con los mismos programas de vacunación y tratamiento. (OECD, 2008)

En cifras macroeconómicas, el gasto que los diversos países destinan al componente sanitario es variable. En la figura 1 se pueden ver comparativamente, el gasto que los países más importantes realizan en materia de salud. Destacando Estados Unidos y muchos países de la Unión Europea. (OECD, 2008)

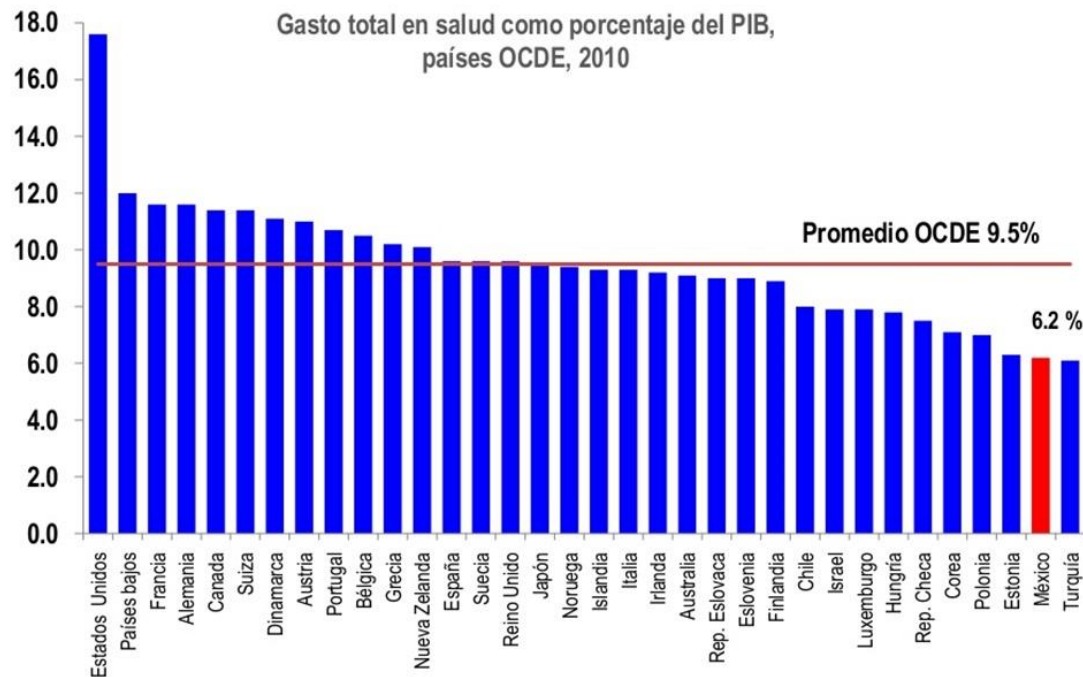


En la figura 2 se presenta el gasto que realizan los países dividido por sector y en dólares americanos. En la parte superior de cada barra se representa el gasto del sector privado y en la parte inferior el del público.



Datos en Dólares US, ajustados por paridad de poder de adquisición (PPA), lo cual permite comparar los gastos entre los países con una base en común. PPA es la tasa de cambio que iguala el costo de una canasta dada de bienes y servicios entre diferentes países.

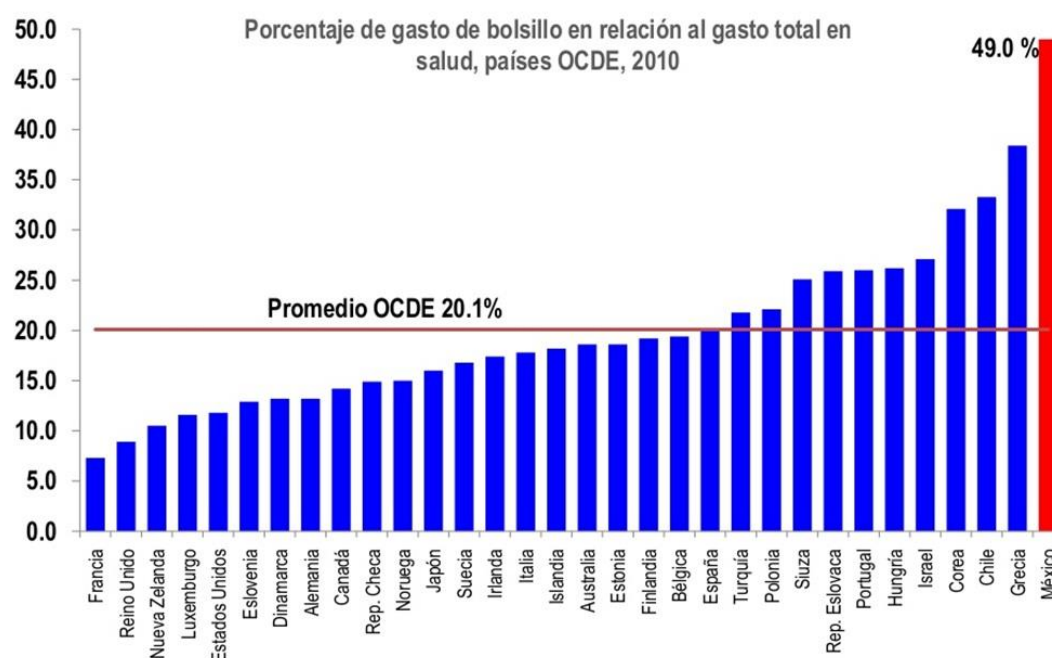
Una tabla más reciente nos muestra la tendencia de nuestro país, que se mantiene entre



Fuente: OECD Health Data 2012.

los países con menor gasto per cápita en el sector salud. Solo por encima de Turquía, México aporta el 6.2% del PIB al sector salud.

Como consecuencia el gasto de bolsillo en nuestro país representa al más alto entre los países de la OECD, es decir, el gasto que realiza la población de su propio bolsillo representa el 49%



Note: Promedio OCDE no incluye Austria y Países Bajos, cuyos datos no eran disponibles.

Fuente: OECD Health Data 2012.

2.1.6 Sistemas de salud en México

El censo actual de la población total mexicana es de 112 336 538 personas, de las cuales 51.16% son mujeres y 48.84% son hombres. (INEGI, 2013) En la tabla 1 se muestra la distribución de la población mexicana según el tipo de institución proveedora del servicio de salud, donde se muestra que el 24.9% de la población total, utiliza los servicios de salud privada, por ejemplo, hospitales, clínicas, sanatorios y consultorios.

Derechohabiencia y uso de servicios de salud

Distribución porcentual de la población usuaria de servicios de salud según tipo de institución para cada sexo y grupo de edad, 2010

Sexo				
Grupos de edad	Población usuaria	Seguridad social ^a	Servicios médicos privados ^b	Servicios a población abierta ^c
Hombres	53172426	36.1	28.4	35.2
0 a 4 años	5308873	30.8	24.4	44.4
5 años	1091876	32.2	25.6	41.8
6 a 14 años	9950115	32.4	24.5	42.8
15 a 64 años	33501289	37.1	30.9	31.7
65 y más años	3284405	47	22.2	30.5
No especificado	35868	26.5	20.4	21.3
Mujeres	56552347	36.7	26.5	36.5
0 a 4 años	5146702	30.7	24.7	44.1
5 años	1065772	32.5	25.4	41.8
6 a 14 años	9645282	32	24.7	43
15 a 64 años	36803389	37.8	27.6	34.3
65 y más años	3857195	47.4	22.5	29.8
No especificado	34007	28.9	21	26.6
		34.9	24.9	36.0

Nota: Las cifras corresponden al Cuestionario ampliado.

Cifras correspondientes a la siguiente fecha censal: 12 de junio.

^a Comprende a la población usuaria en el IMSS; en el ISSSTE; en el ISSSTE estatal; en PEMEX, Defensa o Marina.

^b Comprende a la población usuaria en Institución privada; y Otras instituciones.

^c Comprende a la población usuaria en la SSA e IMSS Oportunidades.

Fuente: [INEGI. Censo de Población y Vivienda, 2010.](#)

Fecha de actualización: Jueves 3 de marzo de 2011

La tabla 2 muestra la distribución de tipos de servicios privados de salud que se ofrecen a diario en nuestro país. Destacando la atención por cesáreas y hospitalización en general, en el periodo de 1996 a 2012 (INEGI, 2013)

Servicios de salud

Principales indicadores de servicios en establecimientos médicos particulares, 1996 a 2012

Indicadores	1996	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Consulta diaria por médico ^a	0.9	1.2	1.1	0.9	1.1	0.9	0.9	0.9	0.9	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	0.6
Consultas diarias por consultorio general ^a	2.2	2.6	2.4	2.2	3	2.6	3.6	3.5	3.5	3.4	3.4	3.2	3.4	3.2	3.3
Procedimientos médicos quirúrgicos diarios por quirófano (salas) ^b	0.4	0.5	0.5	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.5	0.5	0.5
Porcentaje de ocupación hospitalaria ^c	25	31.8	34	30.9	32.5	31.4	31.5	31.5	32.8	33.9	33.2	34	30.3	34.7	33.1
Porcentaje de cesáreas	46.8	51.2	54.6	56.9	59.1	61.9	64.6	64.6	66.8	68.7	70.6	73.1	73.5	75.1	76.7
Estudios de radiología por salas o gabinetes (Miles)	1.5	2.2	2.5	1.5	1.7	1.3	1.9	1.9	2.1	2	1.9	2.1	1.9	2.1	2.1
Análisis clínicos por laboratorio (Miles)	8.3	9.8	10.5	8.6	9.3	9.7	9.6	10.6	11.7	11.7	11.7	12.1	13.7	12.4	15.6

^a Hasta 1996, se consideran 220 días hábiles al año; a partir de 1999, se consideran 252 días hábiles.

^b Hasta el año 2000, se denominó Intervenciones quirúrgicas y se calcula sobre 365 días.

^c La ocupación hospitalaria está calculada con días-estancia.

Fuente: [INEGI. Estadísticas de salud en establecimientos particulares.](#)

Fecha de actualización: Miércoles 21 de agosto de 2013

El INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) en sus definiciones de proveedores de salud, categoriza a este sector como:

- IMSS – Instituto Mexicano del Seguro Social
- ISSSTE – Instituto de Seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado.
- Seguridad Pública – Seguro popular, Hospitales civiles.
- Sector privado – Hospitales, clínicas, sanatorios y consultorios privados.

2.1.7 Sistemas de Salud en Baja California

En el estado de Baja California, el sector salud está regulado por el Instituto de Servicios de Salud Pública de Baja California, que es un organismo descentralizado del Gobierno del Estado que se dedica a la administración y protección de la salud de los ciudadanos a través del monitoreo y contención de riesgos sanitarios, la prevención de

enfermedades y la atención médica correspondiente a través de una red de servicios de salud extendida en el territorio estatal (ISESALUD, 2013)

Esta institución está regulada bajo los siguientes principios básicos:

I.- Establecer y conducir la política estatal en materia de salud, de conformidad con las políticas del Sistema Nacional de Salud, Disposiciones Legales aplicables y Ordenamientos que expida el Ejecutivo Estatal sobre la materia;

II.- Conducir y coordinar los programas de servicios de salud de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal y evaluar su operación;

III.- Proponer a los Ayuntamientos los Convenios de Coordinación en materia de servicios de salud;

IV.- Apoyar la coordinación de los programas y servicios de salud de toda Dependencia o Entidad Pública en los términos de la legislación aplicable y de los Acuerdos de Coordinación que en su caso se celebren. En el caso de los programas y servicios de las Instituciones Federales de Seguridad Social, el mencionado apoyo se realizará de conformidad a lo previsto en las Leyes que rigen el funcionamiento de dichas Instituciones;

V.- Celebrar los Convenios y Contratos que se requieran para la prestación de los servicios de salud;

VI.- Impulsar, en los términos de los Convenios que al efecto se suscriban, la desconcentración y descentralización de los servicios de salud en favor de los Municipios;

VII.- Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud que en su caso le solicite el Ejecutivo Estatal;

VIII.- Promover el establecimiento de un Sistema Estatal de Información Básica en materia de salud, y determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las Dependencias y Entidades que realicen servicios de salud en el Estado, con sujeción a las Disposiciones Legales aplicables;

IX.- Formular recomendaciones a las Dependencias competentes sobre la asignación de los recursos que requieran los programas de servicios de salud en el Estado;

X.- Impulsar y difundir en el ámbito estatal las actividades científicas y tecnológicas en el campo de los servicios de salud;

XI.- Coadyuvar con las Dependencias Federales competentes en la regulación y control de la transferencia de tecnología en el área de salud;

XII.- Apoyar la coordinación entre las Instituciones de Salud y las Educativas del Estado, para formar y capacitar recursos humanos para la salud;

XIII.- Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Estatal de Salud;

XIV.- Promover, impulsar y capacitar a los habitantes del Estado en el cuidado de la salud;

XV.- Impulsar la permanente actualización de las Disposiciones Legales en materia de salud, y

XVI.- Los demás que determinen expresamente las Leyes y Reglamentos (ISESALUD, 2013)

2.1.8 Los servicios privados de salud

Como comenta Rivero Serrano (2005), los servicios de salud ofrecidos en nuestro país se pueden clasificar en públicos y privados. Hasta hace algunos años, las empresas privadas de salud se conocían como sanatorios o clínicas y no garantizaban el poder brindar todos los servicios que un hospital público podía. En nuestro país los primeros hospitales privados surgieron a principios del siglo XX como beneficencias privadas, cuando el estado desamortizó los bienes religiosos y se crearon sociedades de beneficencia por extranjeros residentes en México. En los años 30's se sustituyó el concepto de beneficencia por el de asistencia, reconociéndose la obligación del estado en temas de salud, así como el derecho de los ciudadanos a solicitarla. Décadas más tarde y bajo la influencia de los hospitales americanos se fueron creando edificios más modernos en forma de torre como los hemos conocido. Los hospitales privados han ganado terreno debido al crecimiento de la población, las carencias de la salud pública y el uso de los seguros médicos (Loyo-Varela, 2009)

2.1.9 Acerca de Centro Médico Hospital del Prado

Esta institución médica nace de la visión de su fundadora, María Luisa Riedel Betancourt, y su deseo de ofrecer a la población de Baja California un hospital digno, con los adelantos tecnológicos del vecino estado de California, pero con precios accesibles a la economía regional, siempre con la intención de otorgar un servicio humano, propio de nuestra cultura. (Hospital del Prado, 2014)

A temprana edad y contando con estudios de contabilidad, María Luisa Riedel Betancourt trabajó en la administración del Hospital Civil de Tijuana, posteriormente fundó junto con su esposo, el Dr. Gustavo Aubanel Vallejo, la clínica Aubanel en el año de 1947. (Hospital del Prado, 2014)

En septiembre de 1966 construye lo que ahora es el Hospital Del Prado, empresa que ella funda y que abre sus puertas el 14 de septiembre de ese mismo año. Su mística de trabajo y de servicio personalizado, su esfuerzo y tenacidad en la selección de los mejores médicos han sido y continuaran siendo un ejemplo a seguir para este Consejo Administrativo, cuyo actual compromiso es dar continuidad a esta misión de profesionalismo y alta calidad en el servicio médico en esta moderna etapa del Centro Médico-Hospital Del Prado. (Hospital del Prado, 2014)

Actualmente esta institución se encuentra en una etapa de transición, pasando de ser una empresa familiar administrada por un consejo de Administración, a una empresa con una estructura más formal administrada por una Dirección Administrativa.

Dentro de los principales logros recientes, se encuentra la certificación de calidad ante el Consejo de Salubridad General (CSG), por un periodo de 3 años. Esta distinción

representa una ventaja competitiva ya que es de las primeras instituciones que logran este reconocimiento en la región, convirtiéndose en el 3er Hospital certificado en Baja California, después de Hospital Ángeles Tijuana y el Hospital Almater en Mexicali.

El siguiente proyecto en puerta, es la obtención de la certificación ante la Joint Comission, institución estadounidense encargada de evaluar y reconocer a las instituciones de salud ante el cumplimiento de los estándares internacionales de calidad.

Hallazgos

La empresa Centro Médico Hospital del Prado, cuenta con una certificación ante el Consejo de Salubridad General a partir de Marzo del 2014 y con vigencia de tres años. Para lograr dicha certificación, la empresa tuvo que realizar cambios tanto en procesos como en estructura e instalaciones. Esta certificación ha sido la base para la gestión de la calidad de la empresa, y para obtenerla se parte de los principios básicos que son las 6 Metas internacionales para la seguridad del paciente:

1. Identificar correctamente a los pacientes. Objetivo: Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucren al paciente equivocado.
2. Mejorar la comunicación efectiva Objetivo: Prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas.
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. Objetivo: Prevenir errores de medicación con electrolitos concentrados.

4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto. Objetivo: Prevenir errores que involucren cirugías en el sitio, procedimiento o paciente incorrecto.

5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica. Objetivo: Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un programa efectivo de higiene de manos.

6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas. Objetivo: Identificar y evaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes.

Para la organización de los procesos y responsabilidades, se deben establecer estándares de calidad, mediante los cuales se delimitan responsabilidades y se forman grupos interdisciplinarios buscando involucrar a todos los miembros de la organización, los cuales son:

Estándares Centrados en el Paciente

- Acceso y continuidad de la atención (ACC, Access and Continuity of Care)
- Derechos del paciente y de su familia (PFR, Patient and Family Rights)
- Evaluación de pacientes (AOP, Assessment of Patient)
- Servicios Auxiliares de Diagnóstico (SAD)
- Atención de pacientes (COP, Care of Patient)
- Anestesia y atención quirúrgica (ASC, Anesthesia and Surgical Care)
- Manejo y uso de medicamentos (MMU, Medication Management and Use)
- Educación del paciente y de su familia (PFE, Patient and Family Education)

Estándares Centrados en la Gestión

- Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS, Quality and Patient Safety)
- Prevención y control de infecciones (PCI, Prevention and Control of Infections)
- Gobierno, liderazgo y dirección (GLD, Governance, Leadership and Directions)
- Gestión y seguridad de las instalaciones (FMS, Facility Management and Safety)
- Calificaciones y educación del personal (SQE, Staff Qualification and Education)
- Manejo de la Comunicación e Información (MCI, Management of Communication and Information)

Para la implementación y seguimiento de estos estándares, se formaron comités por cada uno, integrados por el mismo personal con la característica de pertenecer a diferentes departamentos. Esta práctica permite la participación y empatía entre el personal, quienes además de sus actividades propias de la operación, trabajaron en la creación y adecuación de políticas y procedimientos para el cumplimiento de los estándares.

Actualmente la empresa da seguimiento al cumplimiento de los estándares a través del Comité de Calidad para la Seguridad del Paciente (COCASEP), mediante la medición de los indicadores de cada proceso.

Para las mediciones se utilizan distintas técnicas como estudios de sombra, evaluaciones periódicas y revisión de la evidencia en expediente clínico, realizados por los mismos miembros de los comités.

Para asegurar el cumplimiento de los estándares, políticas y procedimientos, el hospital cuenta con el siguiente Inventario de manuales:

1. Manual de organización de comités intrahospitalarios
2. Manual de organización del comité de trasplantes
3. Manual de organización general
4. Manual de políticas institucionales relacionadas a la calidad y seguridad
5. Manual de procedimientos de gestión de quejas y calidad integral de los servicios
6. Manual de organización pediatría
7. Manual de organización de medicina interna
8. Manual de organización de laboratorio clínico
9. Manual de procedimientos administrativos
10. Manual de seguridad del personal de laboratorio de análisis clínicos
11. Manual de entrega y recepción del carro rojo
12. Políticas de farmacia hospitalaria
13. Manual de farmacovigilancia
14. Guía de implementación de metas internacionales de seguridad del paciente (MISP)
15. Manual de protección y seguridad del recién nacido y bebés
16. Manual de procedimientos de anestesiología
17. Sistema de priorización de urgencias pediátricas
18. Manual de quirófano
19. Manual de hemodinamia
20. Manual de ceye
21. Pos de seguridad radiológica en el diagnóstico médico con rayos x
22. Manual de control de calidad interno
23. Manual de guía para la toma, identificación, manejo, manejo y conservación y transporte de muestras
24. Manual de servicio de transfusión sanguínea
25. Manual de servicio de transfusión sanguínea
26. Manual de procedimientos analíticos
27. Manual de dietas terapéuticas
28. Manejo de residuos peligrosos biológico infecciosos
29. Manual de seguridad del laboratorio clínico.
30. Manual de administración de equipos de laboratorio
31. Manual control de calidad interno del laboratorio
32. Manual de procedimientos de manejo de residuos peligrosos biológicos infecciosos
33. Manual de organizacional del departamento de seguridad
34. Manual de higiene y buenas prácticas.

Estos se han ido conformando a lo largo de los años, pero en su mayoría son el resultado de la mejora a través de la certificación ante el Consejo de Salubridad General.

Además de estos manuales, para el registro de evidencia del cumplimiento de los procesos, el hospital cuenta con el siguiente catálogo de formatos:

1. Control de cambio de documentos
2. Lista de distribución de documentos
3. Acciones y propuestas de mejora
4. Plan de acciones preventivas y correctivas
5. Agenda de sesión
6. Lista de asistencia
7. Minuta de sesión
8. Sistema de control y seguimiento de actividades - diagrama de Gantt
9. Evaluación expediente clínico
10. Evaluación congruencia patológica
11. Compromiso de pago
12. Compromiso de pago
13. Vale almacén y farmacia
14. Reporte de insumos utilizados
15. Reposición de medicamentos e insumos
16. Reporte de errores latentes y quasifallas
17. Reporte de incidentes de seguridad
18. Reporte de incidentes
19. Reporte de quejas, sugerencias o felicitación
20. Para desarrollo del plan de mejora continua
21. Formato para elaboración del análisis de modo de fallos y efecto
22. Encuesta de monitoreo de satisfacción de pacientes
23. Encuesta de satisfacción de pacientes
24. Encuesta de monitoreo de satisfacción de trabajadores
25. Encuesta de monitoreo de satisfacción de trabajadores
26. Políticas de calidad y seguridad
27. Resguardo y control de pertenencias del paciente
28. Orden de compra
29. Control de temperatura de refrigerador
30. Control de temperatura de congelador
31. Registro de fumigación
32. Limpieza exhaustiva
33. Solicitud de alimentos para eventos
34. Solicitud de mantenimiento
35. Reporte de servicio
36. Membrete de seguridad del paciente
37. Membrete de seguridad del recién nacido
38. Membrete de identificación solución I.V
39. Membrete de identificación solución de alto riesgo
40. Registro de indicadores esterilización
41. Registro de carga de esterilización
42. Información de tamiz neonatal
43. Información de lactancia materna
44. Membrete de identificación soluciones oncológicas
45. Hoja frontal
46. Hoja frontal
47. Nota inicial
48. Nota de ingreso
49. Nota de ingreso neonatal
50. Historia clínica adulto

51. Historia clínica neonatal
52. Historia clínica perinatal
53. Nota de evolución
54. Nota de ordenes medicas
55. Nota de referencia y traslado
56. Solicitud de interconsulta
57. Nota de interconsulta
58. Nota preoperatoria
59. Valoración pre anestésica
60. Nota pre anestésica
61. Vigilancia y registro trans-anestesico / registro anestésico
62. Nota post anestésica
63. Nota post operatoria
64. Nota de alta de recuperación
65. Nota de egreso
66. Alta informada
67. Hoja de egreso voluntario
68. Hoja de registros clínicos de enfermería en urgencias
69. Hoja de registros clínicos de enfermería en hospitalización
70. Hoja de registros clínicos de enfermería en hospitalización
71. Hoja de registros clínicos de enfermería en quirúrgicas
72. Hoja de registros clínicos de enfermería en quirúrgicas
73. Hoja de registros clínicos de enfermería en UCI /UCIN
74. Hoja de registros clínicos de enfermería en neonatología
75. Control de líquidos
76. Valoración funcional de salud
77. Indicadores de seguridad de venopuncion
78. Manejo de accesos vasculares
79. Lista de verificación de cirugía segura
80. Evaluación de radiodiagnóstico
81. Cuestionario MRI
82. Consentimiento informado general
83. Consentimiento informado de anestesia
84. Consentimiento informado de transfusión sanguínea y/o hemocomponentes
85. Consentimiento informado cesárea
86. Consentimiento informado cirugía de obesidad
87. Solicitud de análisis clínicos
88. Solicitud de patología
89. Solicitud de imagenología
90. Solicitud de dieta individual
91. Solicitud de dietas
92. Alimentación neonatal
93. Partograma
94. Evaluación socioeconómica
95. Nota de servicios auxiliares de diagnostico
96. Solicitud de sangre y/o hemocomponentes
97. Registro de transfusión sanguínea y/o hemocomponentes
98. Reporte de reacciones transfusionales
99. Disentimiento informado
100. Notas de defunción y muerte fetal

101. Hoja de notificación al ministerio publico
102. Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica
103. Evaluación nutricional
104. Nota de evolución nutricional
105. Evaluación psicológica
106. Evaluación psicológica
107. Evaluación funcional
108. Evaluación funcional
109. Test de riesgo nutricional
110. Absolución de especímenes de estudio
111. Evaluación total del paciente
112. Reporte de diagnóstico nutricional
113. Identificación dieta paciente
114. Verificación de verificación de control de venoclisis instaladas
115. identificación y descripción de indicadores
116. Reglamento de los pacientes
117. Formato de evaluación de cotejo en cocina
118. Formato de evaluación de cotejo en laboratorio
119. Formato de evaluación de cotejo en ropería
120. Formato de evaluación de cotejo en piso 1
121. Formato de evaluación de cotejo en uci
122. Formato de evaluación de cotejo en UCIN
123. Formato de evaluación de cotejo en Urgencias
124. Formato de evaluación de cotejo en farmacia
125. Formato de evaluación de cotejo en piso 2
126. Formato de evaluación de cotejo en Quirófano
127. Formato de evaluación de técnicas de aislamiento
128. Formato de evaluación de cotejo en limpieza
129. Formato de evaluación de vigilancia de RPBI
130. Formato de evaluación de vigilancia de técnica de sonda
131. Formato de evaluación de vigilancia de curación de catéter
132. Formato de evaluación de vigilancia de lavado bronquial
133. Formato de evaluación de vigilancia de aspiración de secreción
134. Formato de evaluación de vigilancia de instalación de venoclisis
135. Formato de evaluación de vigilancia de lavado de manos
136. Formato de evaluación de vigilancia de lavado de manos de cocina
137. Formato de evaluación de vigilancia de venoclisis instaladas
138. Formato de evaluación de vigilancia de sonda Foley instalada
139. Formato de evaluación de vigilancia de catéter venoso central
140. Formato evaluación MISP área medica
141. Formato evaluación MISP seguridad
142. Formato evaluación MISP cocina
143. Formato evaluación MISP área intendencia y mantenimiento
144. Formato evaluación MISP área administrativa
145. Seguimiento de terapia medicamentosa
146. Historia farmacológica del paciente
147. Verificación de recibo de nutriciones parenterales
148. Historial de medicamentos previos al ingreso
149. Medicamentos resguardados del paciente a su ingreso
150. Solicitud de reposición de stock mínimo de medicamentos

151. Reporte interno de sospecha de RAM
152. Devolución
153. Marqueje documental
154. Hoja de consumo
155. Gasometría control bajo
156. Gasometría control normal
157. Gasometría control alto
158. Química sanguínea matrix tc nivel normal
159. Química sanguínea matrix tc nivel alto
160. Bc 3600 nivel bajo
161. Bc 3600 nivel normal
162. Bc 3600 nivel alto
163. Biomeriux
164. Acces inmunología control bajo
165. Acces inmunología control normal
166. Acces inmunología control alto
167. Coagulometro bft2
168. Dca 2000
169. Registro de temperaturas
170. Registro de temperatura y humedad
171. Pertenencias
172. Consentimiento de sujeción
173. Calendario de planeación
174. Cédula de evaluación de la implementación del MMU en enfermería.
175. Formato verificación de sonda Foley
176. Solicitud de servicio de cocina
177. Encuesta de satisfacción nutrición
178. Egreso autorizado
179. Hoja de consumo UCI

Para los temas concernientes al presente trabajo, en los anexos se muestra la encuesta de satisfacción que actualmente aplica la empresa al egreso de los pacientes, misma que se utiliza como retroalimentación para conocer la percepción de pacientes y familiares, respecto a la atención recibida. Además de este documento, se utiliza el Reporte de quejas, sugerencias o felicitación, en el cual cuando un paciente o familiar quiere compartir cualquiera de estos, se le solicita lo realice por escrito, incluso los propios empleados de manera anónima pueden utilizar estos formatos, mismos que se registrarán por el

coordinador de calidad, quien de manera individual tratará con cada responsable de departamento para dar seguimiento, estableciendo con él la acción correctiva y la fecha compromiso.

2.2 Marco Teórico

2.2.1 La Calidad

La calidad surge de la necesidad de mejorar las actividades del ser humano, con el objetivo de hacerlas bien y con el menor uso de recursos. Los estudios formales de la calidad, surgieron en la era moderna, pero la preocupación del ser humano por la calidad se remonta a la era antes de Cristo.

Por ejemplo, en hallazgos grabados en piedra se muestra que quienes esculpían los bloques, posteriormente verificaban dicho trabajo. Los mayas y los egipcios realizaban prácticas similares de medición de la calidad, al verificar la longitud de los bloques de piedra. En el código de Hammurabi se menciona que si un albañil construye una casa para un hombre y su trabajo no es fuerte y la casa se derrumba matando al dueño, el albañil será condenado a muerte.

Otro indicio de las primeras atenciones a la calidad, fue la época medieval donde se captaban las quejas de los consumidores, para posteriormente evitar los mismos errores. En la artesanía se logra ver las primeras especificaciones de calidad ya que el uso de materiales y procesos estaba regulado por auditorías y controles de los mismos productores.

La revolución industrial tuvo una gran aportación en temas de calidad. Resaltó la comunicación directa entre el fabricante y cliente. Y con el paso del tiempo surgen los fabricantes en serie, basados en la división del trabajo con los principios de Frederick Taylor, cambiando el estilo de producción e integrando la inspección de la calidad como parte del proceso de producción. (Miranda González et al., 2007)

Los primeros indicios de la gestión de la calidad formal en la era moderna, se ven en la creación de los departamentos de calidad, cuya actividad esencial era la inspección y ensayo, que se refiere a la separación del producto bueno del malo. Posteriormente la gestión de la calidad fue tomando forma y la Segunda Guerra Mundial fue el escenario

donde se aplicó, ya que la industria militar requería altos estándares de control y fue de aquí donde surgió el control estadístico de la calidad.(González, 2010)

El control estadístico fue utilizado por varias empresas, formando la Sociedad americana para el control de la calidad. Más tarde la revolución japonesa, se basó en una recopilación de la gestión de la calidad de varios países, ya que se enviaron equipos desde Japón, visitando a empresas de todo el mundo, para conocer mejor sus técnicas e idear estrategias nuevas de gestión de la calidad. (González, 2010)

La calidad según su definición en el diccionario de la Real Academia Española (2001), es una propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. Esta definición y como la mayoría de las personas entendemos la calidad, hace referencia únicamente a la calificación desde el punto de vista del producto o servicio a ofrecer. Sin embargo como mencionan Miranda González, et al. (2007), para definir mejor la calidad, y delimitar su alcance, podemos complementar con la definición de ISO9000:2005, donde se menciona a la calidad como: un conjunto de características de una entidad (producto, servicio, actividad) que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades establecidas y las implícitas.

Como podemos ver, al hablar de necesidades, entra en escena una tercera persona, que conocemos como el cliente, y precisamente es él quien establece la calificación final. Por lo que para poder emprender el camino hacia un producto o servicio de calidad, las percepciones y calificaciones de la organización, deberán estar alineadas con las del cliente o consumidor.

Si bien es cierto, la calidad se puede aplicar como medición en un sinnúmero de aspectos, el presente estudio se realiza orientado hacia la calidad de los bienes o servicios que se ofrecen a un mercado meta.

2.2.2 Gestión de la Calidad

Los estudios formales de calidad, comienzan con Deming en la década de los 50's (Miranda González et al., 2007). En sus inicios, la medición de la calidad, estaba enfocada en procesos de producción y la calidad del producto finalizado.

Deming es posiblemente el pensador más influyente que ha existido sobre calidad. Su trabajo habla por sí solo, al haber revolucionado prácticamente en su totalidad a varias empresas. Físico-matemático de carrera, con un doctorado de la Universidad de Yale, su carrera se extendió durante siete décadas durante las cuales fue un físico respetado, un renombrado estadístico y un experto en muestreo. (Aguayo, 2010)

Fue el primer experto mundial en calidad y un profundo pensador sobre administración, que revolucionó su teoría y práctica en el mundo occidental, principalmente en Japón. Su precisión matemática y sus conocimientos sobre estadística y sobre el papel de la teoría en la ciencia, unidos con su profundo humanismo y su comprensión del papel de las personas en las organizaciones le permitieron entender como nadie a las organizaciones empresariales. (Aguayo, 2010)

Deming conjuntamente con Walter Shewhart, el inventor del Control Estadístico de Procesos (SPC), desarrolló y promovió métodos estadísticos de calidad durante los años 20's. Jugó un papel fundamental en el programa de choque sobre control estadístico de la calidad patrocinado por el Departamento de Guerra durante la II Guerra Mundial, que condujo a una mejora espectacular en la calidad y de la capacidad de fabricación de las industrias americanas siendo una de las razones por las que prevalecieron. (Aguayo, 2010)

Después de la guerra fue invitado por la industria japonesa para dar conferencias sobre calidad. Sus hoy legendarias conferencias a estadísticos y directivos, así como seminarios a altos directivos, condujeron a un resurgimiento sin precedentes de la calidad y de la industria japonesa que transformó Japón en una potencia global y la segunda mayor economía del mundo. Se ganó el aprecio y respeto de los japoneses que crearon un premio empresarial en su honor, el altamente anhelado Premio Deming. Además fue galardonado con La Medalla de Segundo Orden del Tesoro Sagrado, el más alto galardón que Japón puede conceder a un extranjero. (Aguayo, 2010)

Hacia 1970 Japón estaba dominando amplios sectores industriales y las empresas occidentales que trabajaban con teorías de Management obsoletas eran incapaces de competir. La calidad en Estados Unidos caía año tras año a niveles cada vez más bajos. A pesar de múltiples viajes a Japón y el desarrollo de todo tipo de teorías por los

pensadores americanos de Management, todos sus esfuerzos no sirvieron de nada. No fue hasta el redescubrimiento de Deming por los americanos en el programa televisivo de la NBC en 1980: Si los japoneses pueden, ¿Por qué nosotros no? que la industria americana y occidental no empezó a reconocer que los métodos vigentes entonces eran disfuncionales. (Aguayo, 2010)

Deming empezó a asesorar a grandes empresas tales como Ford y GM, ambas experimentaron grandes mejoras en su calidad y en sus resultados financieros. Deming empezó lo que se convirtió en sus famosos seminarios de 4 días, algunos de los cuales fueron dados específicamente a grandes corporaciones mientras que otros estaban abiertos a todo el mundo. Harley Davison, Intel, Colgate Palmolive, Proctor & Gamble, Industrias Marshall y muchas otras compañías, grandes y pequeñas, experimentaron drásticos cambios con mejoras en sus negocios como resultado de adoptar algunas o muchas de las ideas de Management de Deming. Hoy la influencia de Deming impregna el pensamiento sobre Management de las empresas mejor gestionadas. (Aguayo, 2010)

El énfasis en la calidad, en el trabajo en equipo, en trabajar con los proveedores, en la selección de proveedores bajo la base de relaciones duraderas y de confianza en oposición al mínimo coste inicial, en elevar al cliente al eslabón más importante del proceso de producción, la mejora continuada del producto y del proceso, la confianza en los empleados o la eliminación de las barreras que impiden a los empleados sentir satisfacción por su trabajo, son ideas que proceden directamente de Deming. (Aguayo, 2010)

Deming identificó y resumió en general sus estudios en lo que llamó “Sistema de Conocimiento Profundo”, dividiéndolo en cuatro áreas:

- Conocimiento sobre la Variabilidad
- Teoría del Conocimiento
- Valoración del Sistema
- Conocimiento de las Personas.

Estas cuatro áreas deben ser consideradas como un Sistema en las que interactúan entre ellas. Con suficiente conocimiento de cada una de las cuatro, se podían deducir en 14 puntos. (Aguayo, 2010)

2.2.3 Los 14 puntos de Deming

1. Ser constantes en el propósito de mejorar el producto y el servicio con la finalidad de ser más competitivos, mantener la empresa y crear puestos de trabajo.
2. Adoptar la nueva filosofía para afrontar el desafío de una nueva economía y liderar el cambio.
3. Eliminar la dependencia en la inspección para conseguir calidad.
4. Acabar con la práctica de comprar en base solamente al precio. Minimizar el coste total en el largo plazo y reducir a un proveedor por elemento estableciendo una relación de lealtad y confianza.

5. Mejorar constantemente y siempre el sistema. Esto mejorará la calidad y reducirá los costes.
 6. Instituir el entrenamiento de habilidades
 7. Adoptar e instituir el liderazgo para la dirección de personas, reconociendo sus diferencias, habilidades, capacidades y aspiraciones. El propósito del liderazgo es ayudar al equipo a mejorar su trabajo.
 8. Eliminar el miedo, de forma que todos puedan trabajar con eficacia.
 9. Eliminar las barreras entre departamentos asegurando una cooperación win-win. Las personas de todos los departamentos deben trabajar como un equipo y compartir información para anticipar problemas que pudieran afectar al uso del producto o servicio.
 10. Eliminar los eslóganes y exhortaciones a la calidad. Esto solo puede dañar las relaciones ya que la mayoría de las causas de baja calidad son del sistema y los empleados poco pueden hacer.
 11. Eliminar los objetivos numéricos, las cuotas y la dirección por objetivos. Sustituyen el liderazgo.
 12. Eliminar las causas que impiden al personal sentirse orgullosos de su trabajo. Esto es eliminar la revisión anual de méritos o cualquier tipo de clasificación que solo creará competitividad y conflicto.
 13. Instituir un vigoroso programa de educación y auto mejora.
 14. Poner a todo el mundo a conseguir la transformación ya que ésta es el trabajo de todos.
- (Aguayo, 2010)

2.2.4 Trilogía de la calidad de Juran (Miranda González et al., 2007)

Otro de los que aportaron al estudio de la calidad fue Joseph Juran, nació en Rumanía ha sido nombrado el padre de la calidad un gurú de la calidad. Sus estudios de la calidad se centra principalmente en dos aspectos uno relacionado a las características donde mayor calidad significa mayor número de características que satisfacen a los clientes. Y el otro que buscar reducir o eliminar las fallas donde mayor calidad significa menos efectos. Juran es el autor del conocido principio de Pareto, o principio 80/20 que se entiende como separar los pocos vitales de los muchos útiles de sus actividades. (Nava, 2005)

Durante la depresión económica de Estados Unidos Juran fue testigo de una reducción a la fuerza de trabajo de Hawthorne, que competiría con cualquier ajuste de reducción o adecuaciones que fuera hecho en los ochentas o principios de los noventas.

Esto lo motivó independizarse aunque nunca perdió su trabajo estaba consiéntete ningún puesto de seguro. También realizó grandes aportaciones en Japón impartiendo conferencias y 30 años después de su primera visita recibió el más alto reconocimiento que un extranjero puede recibir en este país. Una de las grandes aportaciones que hizo Juran fue identificar que el modelo de administración científica expuesto primeramente por Frederick Taylor era anticuado y necesitaba reemplazarse. Además promovió los conceptos de calidad como igualmente aplicables en la sociedad de servicios de la misma manera que se utilizan en la industria. (Nava, 2005)

Otra de sus aportaciones, fue la definición de la trilogía de la calidad, que se refiere la relación que existe entre la planificación, control y la mejora de la calidad. Para él la calidad no surge de manera accidental sino debe ser planificada. (Nava, 2005)

1. La *planificación de la calidad* consiste en acercarse al cliente, tanto actual como potencial y definir sus necesidades, es decir hay que saber cuál es la demanda en cuanto a características en el producto. En este apartado Juran hizo la separación entre el cliente interno y externo, en donde el cliente externo es el conocimiento que tienen nuestros productos y en internet se refiere a cualquier miembro de la organización afectado por el producto. En este primer. Las características deseadas por el cliente van directamente al proceso productivo para obtener un producto acorde a las necesidades del cliente.
2. El control de calidad complementa la planificación como retroalimentación. Para Juran el control no debe recaer sólo la dirección sino en cada miembro de la empresa, Y se define al evaluar los objetivos iniciales sobre los resultados obtenidos para actuar sobre las posibles desviaciones.
3. Para mejorar la calidad se enfoca en realizar cambios oportunos para aumentar los niveles de calidad en períodos posteriores. (Miranda González et al., 2007)

2.2.5 Otros personajes

Otro de los principales autores que aportaron a la gestión de la calidad fue Philip Crosby, quien centró sus estudios en lo que definió como un programa de cero defectos. La filosofía de Crosby es ejercer la administración de la calidad en cada una de las actividades del proceso con un énfasis en prevenir los defectos, de modo que se cumpla con todos los requisitos y se alcancen las metas de costos de calidad. Crosby aportó las cinco suposiciones erróneas más comunes que son:

- La calidad es sinónimo de lujo
- La calidad no se puede medir

- La calidad no se relaciona con la rentabilidad
- Los problemas son provocados por los obreros
- La calidad se origina en el departamento de calidad. (Barrera Padilla, 1994)

Karou Ishikawa fue un ingeniero profesor japonés cuya principal aportación es en el tema del control de calidad. Discípulo de Deming y Juran, continuó el estudio de la calidad en todos los miembros de la organización destacándolo hacia las personas, afirmando que la dirección de la empresa debe estar basada en hechos y orientada hacia el cliente, con la calidad como primera variable a considerar. Le gustaba enseñar a todos los miembros de la organización, técnicas sencillas estadísticas, como herramientas de aprendizaje y aplicación. Una de sus más grandes aportaciones, es el diagrama de causa-efecto, también conocido como espina de pescado o de Ishikawa. Su filosofía se puede definir en los siguientes puntos:

- La calidad empieza con educación y termina con educación
- El primer paso hacia la calidad es conocer las necesidades de los clientes
- El estado ideal del control de calidad ocurre cuando ya no es necesaria la inspección Eliminar la raíz y no los síntomas
- La calidad es responsabilidad de todos todas las fábricas
- No confundir los medios con los objetivos
- Poner la calidad en primer término y dirigir la vista hacia las utilidades a largo plazo
- El marketing es la entrada y salida de la calidad

- La alta dirección no debe mostrar enfado cuando los subordinados presentan los hechos. Un 95% de los problemas de una empresa se pueden resolver con herramientas de análisis y solución de problemas.
- Aquellos datos que no tengan variabilidad son falsos. (Miranda González et al., 2007)

Armand V. Feigenbaum, conocido por ser el primero en utilizar la frase control de calidad total, veía a la calidad como una herramienta que requiere involucrar a toda la organización, centrando el éxito de la misma en las relaciones humanas. Para Feigenbaum la calidad se debe diseñar desde controles nuevos, estableciendo procedimientos y empleando técnicas que garanticen que la necesidad del cliente se tome en cuenta desde las primeras etapas del proceso. Las compras, es otro aspecto que se debe cuidar para garantizar que el producto cuente con los suministros de primera calidad, Y finalmente se debe tener en cuenta el control de producto, para garantizar que vaya acorde a las especificaciones del cliente. Su filosofía se resume en tres pasos que son:

- Liderazgo de calidad
- Tecnología de calidad moderna
- Compromiso organizacional. (Nava, 2005)

Genichi Taguchi, un ingeniero Japonés nacido en 1924, resaltó también la importancia del control de calidad y el diseño, tanto en el producto, como en los procesos, y así reducir variaciones. También aportó la llamada función de pérdida de calidad, donde se definen los costos al existir desviaciones entre las especificaciones fijadas y lo realmente conseguido. (Nava, 2005)

Este enfoque nos ofrece una forma de calcular la “pérdida de calidad” que sufre un aspecto analizado con respecto al objetivo de calidad que le hayamos fijado al mismo. Esto significa, que para una característica fijada en nuestro producto o proceso, la función de pérdida nos dirá cuándo nos estamos alejando de nuestro objetivo. La función de pérdida se mide estableciendo parámetros o límites, donde si el resultado que se obtiene cae fuera de estos rangos estaríamos hablando de pérdida, y mediante la fórmula propuesta por el definiremos cuál es el costo por la desviación de la calidad. (Nava, 2005)

Shigeo Shingo

Probablemente uno de los gurús de la calidad menos conocidos de la época moderna, sus principales aportaciones se ven reflejadas en las innovaciones en el campo de la producción de la compañía Toyota, conocidas como el famoso Sistema de Producción de Toyota, el cual debe su éxito a la participación de su personal quienes implementan 40 mejoras por persona por año en los procesos de producción; y haber formalizado el Cero Control de Calidad, en el cual resalta la utilización de los Poka Yoke reduciendo el uso del control estadístico de la calidad. (Guajardo Garza, 1996)

2.2.6 Modelos para la Gestión de la Calidad

Con el fin de fomentar la calidad entre las organizaciones y elevar la productividad, se han desarrollado modelos de gestión de la calidad que sirven como parámetros para medir la efectividad entre las organizaciones del mercado. Estos modelos se presentan como premios anuales en los que destacan tres a nivel internacional: El premio Deming de Japón, el premio Malcolm Bridge y el premio Europeo a la calidad, además existen metodologías que apoyan a estos modelos como los son las normas ISO 9000 y 14000 y la metodología de las 5 S (Canela Campos, et. Al, 2002)

Premio Deming

La Unión Japonesa de Científicos e Ingenieros (JUSE), en 1951 creó el Premio Nacional a la Calidad en honor a W. Edwards Deming, quien con sus Catorce Principios y la aplicación de la estadística en las Técnicas de Control de la Calidad impulsó y rescató a Japón, que se encontraba en una crisis económica. En este país se lo conoce como El padre de la tercera revolución industrial. (Overblog, 2012)

El Premio consiste en una medalla de plata que lleva grabado el perfil del Dr. E. Deming, y es reconocido internacionalmente como premio a la calidad empresarial. Para obtener al Premio es necesaria la realización de una memoria, es decir un documento que describe la promoción e implantación de actividades de control de calidad, desde el momento de su introducción hasta el presente, incluyendo los efectos o resultados obtenidos. Debe cubrir todas y cada una de las unidades de negocio en función de la

estructura de la compañía candidata. La memoria corporativa debe de hacer una descripción de cada uno de los diez criterios de que consta el premio (Overblog, 2012)

Los criterios están agrupados en diez capítulos de la forma siguiente

1. Políticas.
2. Organización.
3. Información.
4. Estandarización.
5. Desarrollo de los recursos humanos.
6. Actividades de aseguramiento de la calidad.
7. Actividades de mantenimiento y control.
8. Actividades de mejora.
9. Resultados.
10. Planes futuros. (Overblog, 2012)

Modelo Europeo de Calidad (EFQM)

Se basa en la siguiente premisa:

Los resultados excelentes en el rendimiento general de una organización, en sus Clientes, Personas y en la Sociedad en la que actúa, se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse la política y estrategia, que se hará realidad a través de las personas de la organización, las alianzas y recursos y los procesos.

Este modelo se compone de 9 Criterios:

1. Liderazgo
2. Política y Estrategia
3. Personas
4. Alianzas y Recursos
5. Procesos
6. Resultados en los Clientes
7. Resultados en las Personas
8. Resultados en la Sociedad
9. Resultados Clave

El Modelo EFQM también adopta el ciclo de Deming, el cual adapta a su modelo, añadiéndole matices, y lo denomina lógica “REDER”, que significa Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión. (Aenor, 2011)

Premio Malcolm Balridge

El programa para el premio formalmente enunciado como: Malcolm Balridge National Quality Award fue establecido en 1988. Este reconocimiento fue nombrado Malcolm Balridge en honor al mismo Malcolm Balridge quien fue Secretario de Comercio de 1981 a 1987. Su excelencia como Gerente contribuyó a una mejoría a largo plazo en la eficiencia y la eficacia del gobierno. Existen 6 categorías para el premio: industrias manufactureras, empresas de servicios, pequeñas empresas, sector educativo, sector sanitario y organizaciones sin fines de lucro, para cada una de las cuales se otorgan dos galardones. (Aenor, 2011)

Este programa de Calidad Nacional en Estados Unidos ha contribuido en mejorar la calidad y la productividad de las siguientes formas:

- Estimular a las compañías para mejorar la calidad y productividad por el orgullo de ser reconocidos, y a su vez obteniendo grandes mejorías en los rendimientos.
- Reconociendo los logros de aquellas compañías que han mejorado su calidad y que han prestado mejor su servicio; de esta forma dando un ejemplo para los otros.
- Estableciendo guías y criterios que pueden ser usados en negocios, industrias gubernamentales, y otro tipo de organizaciones evaluando su propia calidad y esfuerzos.

- Proveer una guía específica para otras entidades Americanas que anhelan aprender a manejar una alta calidad por medio de tener información detallada en cómo las organizaciones líderes fueron capaces de cambiar su cultura y lograr ser eminencias (Aenor, 2011)

2.2.7 Los servicios

Como ya se mencionó, los primeros estudios de calidad se centraron en la industria manufacturera. Sin embargo, en la actualidad el mercado de servicios ha ganado gran terreno en el mundo de los negocios. Según Valotto Patuzzo, (2011) la definición de servicios se ha evadido por muchos autores, por la complejidad y el alcance que llega a tener el concepto. Siempre se ha tratado de separar los productos de los servicios, sin embargo, ambos están vinculados en varios grados.

De hecho en sus inicios, autores como Adam Smith, consideraban a los servicios como una actividad improductiva. Definía a los servicios como un producto que perecía en el mismo instante su producción. Algunos definieron a los servicios como esa pequeña interacción que hay entre el productor y el consumidor. Una diferencia que se establecía de forma negativa en sus inicios, es que los servicios no pueden ser guardados en almacén o transportados, sin embargo esta característica resalta la importancia del servicio, en los procesos. (Patuzzo, 2011)

Una de las razones por las que se discriminaba a los servicios, era tal vez la dificultad de medición. Es decir, a diferencia de los servicios, los productos físicos tangibles, son más fáciles de medir y calificar. Pero es claro que el desvanecimiento de los servicios, asumido por su Smith, era un claro error en la definición. (Jean, 2000)

Uno de los ramos de los servicios que permitieron cambiar la idea o concepto que se tenía de ellos, fue la observación de la industria la transformación. La mano de obra representa un claro ejemplo de que los servicios, aunque son intangibles permanecen presentes en el resultado final, en este caso un producto terminado. Este ejemplo permite

abrir los ojos ante una gama de servicios que están presentes en nuestra vida diaria, como la educación, la salud o el acceso a la información. (Jean, 2000)

Uno de los primeros que definió a los servicios de manera positiva fue Hill (1977), después de años de debate en los que los servicios salieron vencedores respecto a su relevancia. Hill definió a los servicios como: “un bien como un objeto físico que es apropiable y transferible entre unidades económicas y un servicio como un cambio en la condición de una persona o de un bien perteneciente a una unidad económica, el cual se origina de la actividad realizada por otra unidad económica”.

Además de la aportación de Hill (1977), respeta la definición de los servicios. 20 años más tarde presentó un documento llamado: Tangibles, intangibles y servicios, donde hace una diferenciación más clara entre los productos que puedan ser tangibles e intangibles y no necesariamente resultado de los procesos de producción, ya que por naturaleza existen productos que no requieren intervención del hombre. Y por otra parte los servicios no son entidades que existan independientes de sus productores y consumidores. Otra diferencia es que los servicios no pueden ser transferidos, almacenados o exportados. Y por exportación se refiere a que no pueden ser producidos en un país y transportados a otro. Se dice que los servicios son exportados, cuando se proveen directamente de una nación a otra. (Miranda González et al., 2007)

2.2.8 Calidad en los servicios

Este aspecto de la Calidad, tiene un grado de complejidad más alto. Ya que el ramo de los servicios no puede medirse directamente desde el punto de vista del proveedor. Los servicios son generalmente intangibles y en muchas ocasiones El servicio podrá ser evaluado hasta que éste se haya otorgado. La calidad en el servicio se basa principalmente en la percepción del cliente final y aún más en su nivel de satisfacción. (Rosander, 1992)

Los productos tangibles pueden ser verificados y evaluados por el productor antes de ser otorgados, a diferencia de los servicios, que es hasta que se ofrecieron y otorgaron es cuando el cliente podrá dar un veredicto. Esto no significa que la medición de la calidad de los servicios no pueda ser utilizada en la industria manufacturera, sólo que en este caso la medición de calidad en el servicio estará enfocada en los procesos. (Rosander, 1992)

Muchas veces se tiene la percepción de que el control de calidad que ha funcionado en la industria manufacturera se puede aplicar a las operaciones de servicios. Este pensamiento limita la amplia aplicación que puede tener el control de la calidad en los servicios, e ignora principalmente que los servicios están dominados por elementos humanos subjetivos y no por medidas físicas estrictas, como la industria de la transformación. (Rosander, 1992)

Existen varios puntos que hay que tomar en cuenta al hablar de calidad de los servicios:

- Los servicios no pueden almacenarse, es decir, una vez otorgado el servicio no se puede regresar atrás.
- Los servicios no se pueden inspeccionar de forma similar que la industria, en donde existen filtros de control.
- La calidad no puede determinarse de antemano, es decir la percepción de calidad del cliente no podrá ser determinada hasta que haya vivido la experiencia de recibir el servicio.
- Los servicios no tienen vida, algunos tienen duración pero no vida como un producto.
- Los servicios tienen una dimensión temporal, es decir ocurren en el tiempo tienen un principio y un fin.
- Los servicios son más críticos en unas industrias que en otras, se refiere a que existen organizaciones en las que un error de un empleado puede ser fatal, por ejemplo en los servicios de salud.
- Los servicios implican fiabilidad humana, es decir, están ligados al desempeño, las calificaciones, actitudes y aptitudes humanas.

(Rosander, 1992)

2.2.9 Calidad en los servicios de salud

Los primeros conceptos de calidad en los servicios de salud se atribuyen al Dr. Avedis Donabedian, quien definió este término como la habilidad para alcanzar los objetivos deseables, refiriéndose al estado de salud, haciendo uso de los medios legítimos. Existe otro enfoque en cuanto a la definición de calidad en los servicios de

salud, el cual parte de la percepción del paciente, quien determina en forma definitiva su nivel de calidad. (Losada Otálora, 2007)

Partiendo de este conocimiento podemos realizar la separación entre la medición de la calidad en los servicios de salud, teniendo dos vertientes, la primera enfocada en los procesos y que se puede medir con evidencia en los expedientes clínicos y la observación directa y la segunda enfocada en la percepción de los usuarios, es decir pacientes y familiares, siendo precisamente esta ultima el centro de la presente investigación.

CAPITULO III. METODOLOGIA

3.1 Alcance del Estudio

El presente trabajo busca apoyar a la administración de Centro Médico Hospital del Prado, a obtener información objetiva acerca del nivel de calidad en la atención percibido por pacientes y familiares, para la implementación de estrategias adecuadas de mejora continua, en el espacio temporal del año 2014 a 2015.

Hipótesis

Elevar la calidad en la atención, elevará la satisfacción de pacientes y familiares.

Variables

Calidad en la atención

Satisfacción de pacientes y familiares.

3.2 Operacionalización de las variables

Como primer ejercicio en busca de determinar qué aspectos se desean evaluar en nuestro cuestionario, se realizó la presente operacionalización de variables, desglosando las mismas con el fin de determinar los aspectos a analizar en el instrumento de medición y recolección de datos.

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos y/o ítems
Satisfacción de pacientes y familiares	Mayor o menor satisfacción de pacientes y familiares	Tiempo de la atención	Rapidez de la atención en la admisión a Urgencias, cirugía u hospitalización.	Cuestionario
		Información general	Información clara y oportuna: Precios, políticas y reglamentos.	Cuestionario
		Amabilidad del personal administrativo	Percepción de los usuarios	Cuestionario
		Información de continuidad de la atención	Información clara acerca del proceso de atención médica	
		Información financiera y de cobertura de aseguradora	Información clara de formas de pago y/o trámite de aseguradora	Cuestionario
		Amabilidad y cortesía	Cumplimiento con fraseología preestablecida	Cuestionario
		Documentos para autorización de la atención	Información clara acerca de los documentos a firmar para autorizar la	Cuestionario
		Instalaciones	Limpieza y comodidad de las instalaciones	Cuestionario
		Alimentación	Información clara acerca de la dieta del paciente	Cuestionario
		Alta del paciente	Información clara acerca del proceso administrativo de salida	Cuestionario
		Facturación	Información clara acerca de la generación y entrega de facturas	Cuestionario

3.3 Elaboración del instrumento de medición

Para la elaboración del instrumento de medición, se tomaron en consideración los distintos tipos de recolección de datos como lo son: la observación directa, cuestionarios, entrevistas y focus groups. (Duque Oliva, 2005) Siendo el cuestionario el que más se adecua al tipo de fuente de información, en este caso los usuarios de los servicios, ya que para ellos es más práctico y atractivo el llenado de un cuestionario. Para determinar que cuestionario sería el indicado se revisaron los modelos:

- Escuela nórdica o modelo de la imagen.
- Escuela americana o modelos Servqual
- Modelo de los 3 componentes
- Modelos Servperf
- Modelo del desempeño evaluado

De los cuales se determinó como base el modelo SERVQUAL, por sus aspectos y dimensiones que abarca. (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985) Este modelo nació por la necesidad de medir los indicadores propios de los servicios, que no es posible obtener con los modelos clásicos de calidad en los productos, debido a sus características de intangibles, heterogéneos e inseparables. Este modelo cuenta con un total de 22 ítems a evaluar divididos en 10 dimensiones:

1. Acceso
2. Competencia
3. Comunicación
4. Cortesía
5. Credibilidad
6. Fiabilidad
7. Capacidad de respuesta

8. Seguridad
9. Comprender al cliente
10. Tangibles

No.	Dimensión	Interpretación
1	Acceso	Accesibilidad al hospital desde afuera, facilidad de acceso a materiales y equipos.
2	Competencia	Conocimientos y habilidades necesarias para proveer los servicios de salud
3	Comunicación	Comunicación efectiva con pacientes y familiares, términos entendibles, saber escuchar al paciente
4	Cortesía	Trato respetuoso y amigable a pacientes y familiares por parte del personal
5	Credibilidad	El paciente y familiares se sienten tranquilos de que el personal este bien informado
6	Fiabilidad	Cumplimiento de cita y horarios. Se cumple con los horarios preestablecidos
7	Capacidad de respuesta	La respuesta del personal en general es inmediata a la solicitud del paciente
8	Seguridad	Evitar el peligro y riesgo, proveer y garantizar la seguridad
9	Comprender al cliente	Entender al paciente y sus necesidades
10	Tangibles	Uso de equipo, apariencia física del personal y las instalaciones

Este modelo puede ser adaptado a cualquier empresa que brinde servicios, ya que las dimensiones en que se enfoca son constantes independientemente del tipo de servicio. Como sugiere Altuntas y Yener (2012) es necesario definir el alcance deseado del estudio, por ejemplo algún problema específico o área que se desee evaluar. El presente estudio busca identificar el nivel calidad en la atención a pacientes y familiares de Centro Médico Hospital del Prado, por lo que el enfoque será en los aspectos administrativos y de atención, excluyendo los indicadores específicos del área clínica. Se hizo la revisión y comparativo de varios casos de estudio, para obtener el instrumento de medición, entre ellos el estudio de Altuntas y Yener (2012), para *Ege Academic Review*. Para establecer el instrumento, los autores desglosaron las 10 dimensiones describiendo los aspectos a evaluar, como se presenta a continuación:

Para la determinación de los ítems o reactivos a establecer en el instrumento de este estudio, se consultaron varios trabajos relacionados, que utilizaron este modelo en diferentes tipos de servicios. Entre ellos se encuentra el de Altuntas y Yener (2012) que además utiliza el método Triz. Se tomó en cuenta también la tesis de Chingang y Lukong (2010) de la universidad de Umea, Suecia enfocada en tiendas departamentales, y que

utiliza el método Servqual, a su vez la ponencia publicada en la revista el Rincón de Pacioli (Itson, 2012) enfocado en una institución de gobierno, ambos establecen solo 5 dimensiones, ya que engloban en *empatía* la mayoría de los aspectos.

1. Tangibles
2. Fiabilidad
3. Capacidad de respuesta
4. Seguridad
5. Empatía

Tomando como referencia estos estudios (Altuntas y Yener, 2012) y realizando un análisis de los aspectos que se desea evaluar del Centro Médico Hospital del Prado, en conjunto con el cuerpo directivo de esta empresa, se determinaron los ítems que contendrá el cuestionario, resultando las siguientes afirmaciones:

Accesibilidad

1. La accesibilidad a las instalaciones (hospital, consultorios, urgencias y estacionamiento) es adecuada y rápida.
2. Dentro de las instalaciones es fácil ubicar las diferentes áreas.

Competencia

3. El personal médico y de enfermería, cuentan con la preparación necesaria para brindar los servicios de salud.
4. El personal de atención al cliente cuenta con los conocimientos administrativos necesarios para brindar la atención.

Comunicación

5. El personal en general maneja términos y vocabulario entendibles, en relación a los servicios ofrecidos.

6. El personal en general muestra interés, escucha las observaciones y resuelve dudas de paciente y familiares.

Cortesía

7. El trato del personal hacia el paciente y familiares es de respeto y cortesía, dirigiéndose siempre de “usted”.
8. La información en relación a riesgos y seguridad es brindada de manera clara y oportuna.

Credibilidad

9. La información manejada por el personal de recepción y seguros, en relación a la cuenta y consumos es clara y oportuna.
10. La información manejada por el personal médico, de enfermería, servicios de alimentación, rayos x y/o laboratorio en relación a la salud del paciente es brindada de manera clara y oportuna.
11. La información médica respecto al alta del paciente y cuidados posteriores se brinda de manera clara y oportuna.
12. La información financiera en relación a pago de cuenta y/o cobertura de aseguradora se brinda de manera clara y oportuna

Fiabilidad

13. Los horarios preestablecidos (cirugía, consultas, estudios) son respetados y la atención se brinda de manera oportuna.

Capacidad de respuesta

14. El personal médico y de enfermería le brinda respuesta inmediata a las solicitudes.
15. El personal de recepción y aseguradoras brinda respuesta inmediata para resolución de dudas o aclaraciones.

Elementos tangibles

- 16. El personal médico y administrativo muestra pulcritud y muy buena presentación.
- 17. El equipo médico es moderno y se aprecia en buen estado.

Otros aspectos

- 18. Los precios son acorde al servicio recibido
- 19. Comprado con otros hospitales el precio es mejor
- 20. Comparado con otros hospitales el servicio es mejor
- 21. Recomendaría este centro médico a otras personas en base al precio
- 22. Recomendaría este centro médico en base al servicio

3.4 Selección de la muestra

Para la recolección de datos se toma un periodo de un mes, en el cual en promedio se atienden 217 pacientes para hospitalización, es decir, pacientes que ocupan una habitación por más de 24 horas. Para la determinación de la muestra se toma el método de *Muestreo Aleatorio Simple*. Se determina un grado de confiabilidad de 90%, con una margen de error del 7%

$$n = \frac{(N \cdot Z_{\alpha}^2) \cdot (p \cdot q)}{E^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 (p \cdot q)}$$

N=217

$Z_{\alpha}^2 = 1.645$

p = 0.10

q = 0.90

E = 0.07

n=27

En base a esta fórmula se determina que la muestra será de 27 encuestas

CAPITULO V. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

5.1 Resultados Descriptivos

Tras la aplicación del instrumento de medición en el periodo de Octubre-Noviembre de 2014, se obtuvieron los resultados de cada reactivo, donde se representa de manera porcentual cada uno de ellos, las gráficas 1 a la 22 en los anexos, permiten identificar la tendencia de las respuestas, siendo la respuestas 5 (Totalmente de Acuerdo) la puntuación más alta sinónimo de una satisfacción total en pacientes y familiares.

Tomando el promedio de los 22 reactivos, se puede determinar que el nivel de satisfacción de pacientes y familiares de Centro Médico Hospital del Prado, en el periodo de Octubre a Noviembre de 2014 fue de 70.71%

Tomando en cuenta esta conclusión se analizaron las preguntas cuyos resultados fueron inferiores al promedio como se muestra a continuación:

- Pregunta 4 ¿El personal de atención al cliente cuenta con los conocimientos administrativos necesarios para brindar la atención?

El porcentaje de satisfacción sobre este reactivo fue de 66.67%

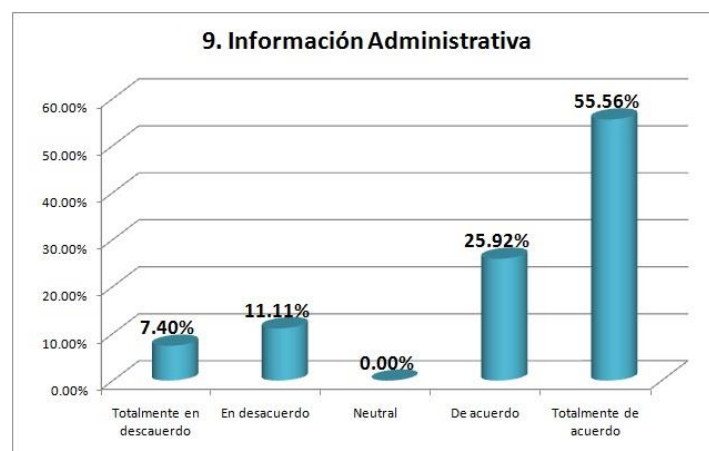


En los comentarios abiertos que realizaron los pacientes y familiares se observa el siguiente: “La única inquietud que tuve fue al ingresarme al firmar el consentimiento en blanco, aunque muy amablemente el personal de recepción de urgencias atendió mi inquietud y el anestesiólogo acudió personalmente a aclarar mis dudas”.

Se puede identificar que el paciente o familiar percibe al personal administrativo como, no preparado, ya que en este caso en relación al llenado y firma de documentación legal para el ingreso del paciente, la recepcionista no se supo explicar, creando desconfianza por firmar un documento en blanco.

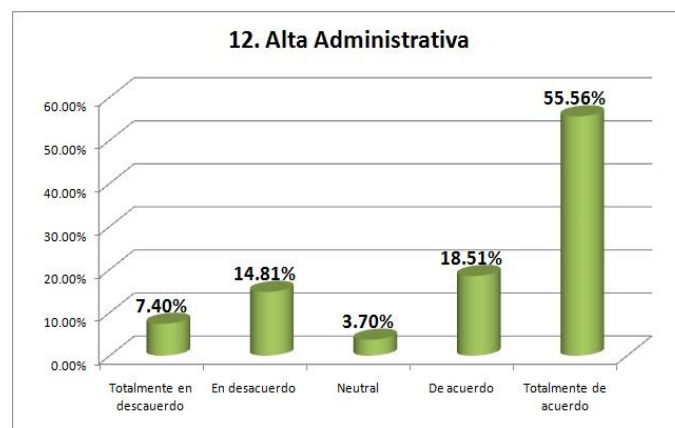
- Pregunta 9 ¿La información manejada por el personal de recepción y seguros, en relación a la cuenta y consumos es clara y oportuna?

El porcentaje de satisfacción en este reactivo fue de 55.56%



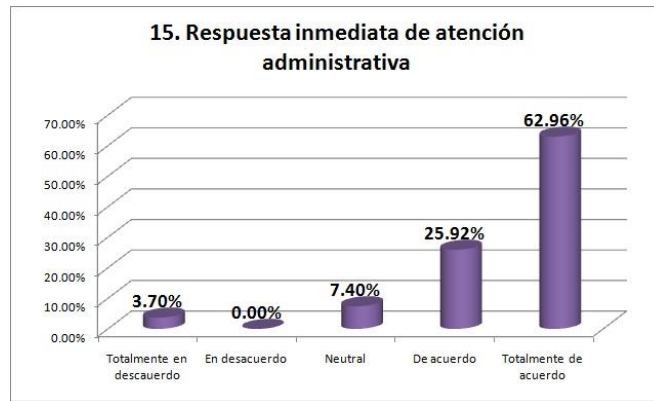
Respecto a este tema se observan 2 vertientes de tipos de paciente asegurados: los que ingresan por urgencias o realizan su programación de seguros a través del hospital y los que realizan su trámite directamente con la aseguradora, a través de su médico o a través de su agente de seguros. Los primeros reciben toda la información en relación a su responsabilidad de pago por parte del personal de aseguradoras, en caso de existir

deducibles, coaseguros, o gastos no cubiertos para los cuales se firma una carta compromiso a su ingreso donde se les informa de los gastos que el seguro pudiera no cubrir. Sin embargo, a los segundos quienes tramitaron su autorización fuera del hospital, no se les informa acerca de los conceptos a su cargo, o en ocasiones tienen la percepción de que se les engaña u oculta información. Estas razones están muy relacionadas a la pregunta 12 ¿La información financiera en relación a pago de cuenta y/o cobertura de aseguradora se brinda de manera clara y oportuna? En la que el porcentaje de satisfacción es del 55.56%



Se observa que estos pacientes en ocasiones se enteran de su responsabilidad de pago hasta el momento en que son dados de alta, lo que genera inconformidad ya que algunos no se encuentran preparados financieramente para solventar un pago que no tenían contemplado.

- Pregunta 15 ¿El personal de recepción y aseguradoras brinda respuesta inmediata para resolución de dudas o aclaraciones? Con un 62.96% es necesario poner atención en este tema que va relacionado a las 2 preguntas anteriores.



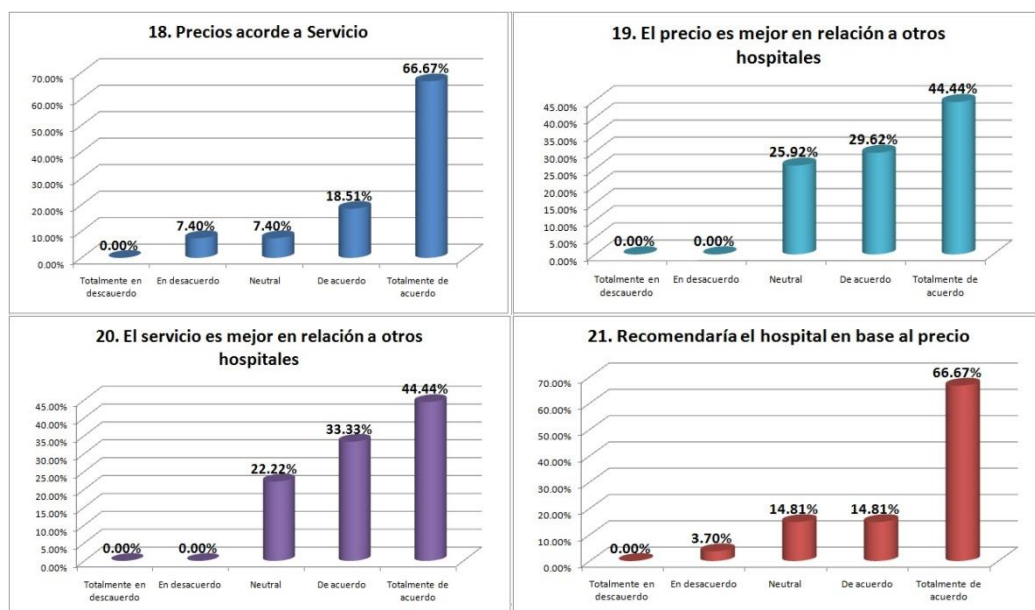
En los comentarios se logran apreciar tres casos en los que el alta por parte del médico tratante fue a cierta hora y la resolución administrativa y de aseguradora se dio entre 2 y 4 horas después:

- *Tarda uno mucho para salir. La cuenta la debe de tener al momento de hacer el trámite, tardamos más de 2 horas esperando salir.*
- *Es imposible tener a un paciente esperando 4 horas para tramitar su alta administrativa*
- *Ojala no se perdiera tanto tiempo en tener el estado de cuenta listo para no entretener al paciente, gracias*

Sobre este tema se analiza la causa de los retrasos para el alta de los pacientes, siendo los pacientes de aseguradora los que refieren esta situación. Se observa que de las diferentes aseguradoras con las que tiene convenio el hospital, Metlife, Axa, Mapfre, Monterrey y Allianz, cuentan con un proceso de validación de la cuenta al momento del alta del paciente, es decir que una vez que el médico tratante da de alta al paciente, se debe enviar la cuenta final a la aseguradora, quien responderá con la carta de autorización definitiva donde informará si existe algún concepto no cubierto, esto significa que el proceso administrativo de alta concluirá hasta recibir la aprobación definitiva por la aseguradora. Esta situación propicia que el paciente deba esperar en su habitación hasta que concluya el proceso. La relevancia de este problema radica en que no se conoce con certeza los

cargos o conceptos de los que el paciente o responsable deberá pagar al no estar cubiertos por la aseguradora, mismos que se deben eliminar de la factura que se cobra directamente al seguro. En el transcurso de este tiempo en el que el paciente debe esperar, se observa que en algunos casos, ni pacientes ni familiares conocen el proceso o el estatus del mismo, y al momento de que se autoriza su salida dejan ver su descontento e inconformidad.

Finalmente las preguntas 18 ¿Los precios son acorde al servicio recibido? 19 ¿Comparado con otros hospitales el precio es mejor? 20 ¿Comparado con otros hospitales el servicio es mejor? 21 ¿Recomendaría este Centro médico a otras personas en base al precio? Muestran resultados por debajo del promedio, sin embargo se observa la tendencia inclinada hacia la respuesta No sé, al no tener los pacientes y familiares referencias de comparación en cuanto a precios y servicio.



5.2 Resultados estadísticos

Respecto al análisis del cruce de variables de las preguntas 1 a la 20 con las preguntas 21 y 22 se obtuvieron los resultados más relevantes por el grado de significancia utilizando el estadístico chi-cuadrado, dichos resultados de muestran en los anexos en las tablas 1 a la 2, de las cuales las más relevantes son las siguientes:

El personal de recepción y aseguradoras brinda respuesta inmediata para resolución de dudas o aclaraciones. * Recomendaria este centro medico en base al servicio Crosstabulation

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	35.468 ^a	9	.000
Likelihood Ratio	14.505	9	.105
Linear-by-Linear Association	12.860	1	.000
N of Valid Cases	27		

El personal médico y de enfermería brinda respuesta inmediata a las solicitudes de pacientes y familiares. * Recomendaria este centro medico en base al servicio Crosstabulation

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.781 ^a	3	.021
Likelihood Ratio	8.804	3	.032
Linear-by-Linear Association	7.636	1	.006
N of Valid Cases	27		

El personal de atención al cliente cuenta con los conocimientos administrativos necesarios para brindar la atención. * Recomendaria este centro medico en base al servicio Crosstabulation

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	44.653 ^a	9	.000
Likelihood Ratio	19.637	9	.020
Linear-by-Linear Association	17.976	1	.000
N of Valid Cases	27		

La información manejada por el personal de recepción y seguros, en relación a la cuenta y consumos es clara y oportuna. * Recomendaria este centro medico en base al servicio Crosstabulation

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24.649 ^a	9	.003
Likelihood Ratio	18.426	9	.031
Linear-by-Linear Association	8.583	1	.003
N of Valid Cases	27		

El personal de atención al cliente cuenta con los conocimientos administrativos necesarios para brindar la atención. * Recomendaria este centro medico en base al servicio Crosstabulation

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	44.653 ^a	9	.000
Likelihood Ratio	19.637	9	.020
Linear-by-Linear Association	17.976	1	.000
N of Valid Cases	27		

La información en relación a riesgos y seguridad es brindada de manera clara y oportuna. * Recomendaria este centro medico en base al servicio Crosstabulation

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.011 ^a	6	.020
Likelihood Ratio	7.738	6	.258
Linear-by-Linear Association	6.898	1	.009
N of Valid Cases	27		

El trato del personal hacia el paciente y familiares es siempre de respeto y cortesía, dirigiéndose de "usted". * Recomendaria este centro medico en base al servicio Crosstabulation

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.607 ^a	3	.014
Likelihood Ratio	6.977	3	.073
Linear-by-Linear Association	6.179	1	.013
N of Valid Cases	27		

La información manejada por el personal de recepción y seguros, en relación a la cuenta y consumos es clara y oportuna. * Recomendaría este centro medico en base al precio Crosstabulation

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20.207 ^a	9	.017
Likelihood Ratio	13.693	9	.134
Linear-by-Linear Association	1.656	1	.198
N of Valid Cases	27		

La información financiera en relación a pago de cuenta y/o cobertura de aseguradora se brinda de manera clara y oportuna * Recomendaría este centro medico en base al precio Crosstabulation

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23.763 ^a	12	.022
Likelihood Ratio	15.844	12	.199
Linear-by-Linear Association	.906	1	.341
N of Valid Cases	27		

El personal médico y de enfermería, cuentan con la preparación necesaria para brindar los servicios de salud. * Recomendaría este centro medico en base al precio Crosstabulation

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.000 ^a	3	.029
Likelihood Ratio	6.279	3	.099
Linear-by-Linear Association	.839	1	.360
N of Valid Cases	27		

El trato del personal hacia el paciente y familiares es siempre de respeto y cortesía, dirigiéndose de "usted". * Recomendaría este centro medico en base al precio Crosstabulation

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.844 ^a	3	.020
Likelihood Ratio	6.614	3	.085
Linear-by-Linear Association	2.569	1	.109
N of Valid Cases	27		

Una vez obtenidos los resultados descriptivos y estadísticos se determinan los aspectos más relevantes de ambas mediciones, siendo los porcentajes más bajos de satisfacción que coinciden con los cruces de variables con mayor grado de significancia, los que se sugiere atender de forma inmediata. Dichos aspectos son:

- *Los conocimientos administrativos necesarios para brindar la atención del personal de recepción.*
 - Explicación acerca de los documentos que requieren firma por el paciente y familiar responsables
- *La información manejada por el personal de recepción y seguros, en relación a la cuenta y consumos.*
 - Explicación acerca de los precios, responsabilidad de pago, trámite con aseguradora.
- *La información financiera en relación a pago de cuenta y/o cobertura de aseguradora.*
 - Explicación acerca de actualización de la cuenta, precios y consumos diarios, conceptos con responsabilidad de pago por parte del paciente o familiar como: deducible, coaseguro, copago, gastos no cubiertos.
- *La respuesta inmediata para resolución de dudas o aclaraciones por parte del personal de recepción y aseguradoras*
 - Explicación respecto al trámite de autorización por asegurado sobre tiempos de espera, procedimientos adicionales al alta del paciente.

5.3 Conclusiones y recomendaciones

Tras el análisis de los instrumentos que utiliza Centro Médico Hospital del Prado, para garantizar la calidad en la atención, se observó que se cuenta con más de 30 documentos entre Manuales y Políticas, de los que gran parte de ellos surgen tras el proyecto de certificación y otros se reforzaron, y casi 180 formatos con el objetivo de ser la evidencia del cumplimiento de los anteriores. Se puede observar también que la mayoría de estos están centrados en la atención médica, pues están basados en los requisitos de la certificación ante el Consejo de Salubridad General. El seguimiento a los estándares de calidad y medición de los indicadores se da a través de la Coordinación de Calidad, departamento que se encarga de concentrar todos los avances y mejoras en los procedimientos establecidos. Este mismo departamento a su vez es quien coordina y organiza las reuniones periódicas centradas en la mejora continua, entre las que destaca la reunión del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, grupo de trabajo que se establece de manera permanente tras la certificación y cuyo objetivo es dar seguimiento a las acciones de mejora en los temas de calidad en las instituciones de salud. Este comité está conformado por miembros del cuerpo de gobierno del hospital y es independiente al organigrama estándar de la empresa, ya que está conformado por miembros de diferentes departamentos. Los diferentes comités tienen reuniones periódicas de entre 2 y 3 veces por semana, donde se da seguimiento a los indicadores con los porcentajes más bajos de cumplimiento y se determinan las acciones a realizar y los responsables, asignando fecha de compromiso para la corrección o mejora. Otros de los aspectos relevantes a los que se le da seguimiento de manera constante y permanente son las quasifallas, eventos adversos y eventos centinela, los cuales representan eventualidades donde se pudieron haber cometido errores graves en la atención médica pero se detectaron y corrigieron a tiempo,

o se cometieron errores en la atención los cuales provocan pérdida irreparable de algún órgano o función del organismo del paciente y que son independientes al padecimiento por el cual se encuentra hospitalizado. Dichos eventos se tratan de identificar con el objetivo de reducir y eliminar, pues por su naturaleza son resultados irreparables en la salud del paciente.

En base a la recolección de información a través del instrumento de medición, se pudo observar que la percepción de pacientes y familiares y su nivel de satisfacción es de 70.71% en general. Sin embargo se pudo identificar una diferencia considerable entre la percepción de la atención médica y de la administrativa, pues en las respuestas concernientes a la preparación del personal de enfermería, laboratorio, rayos x, la preparación de los médicos, el manejo de información médica, el cumplimiento de los horarios (preguntas 3,8,10,11,13 y 14) el nivel de satisfacción fue elevado con un promedio de 79.01%, a diferencia de las respuestas enfocadas a la atención administrativa, como la preparación del personal, la atención de las recepciones, la información respecto a la cuenta y el trámite de la aseguradora y los tiempos de espera para el proceso de alta administrativa (preguntas 4,9,12 y 15), donde los resultados en promedio reflejan un 60.19% de satisfacción. La última parte del instrumento de medición cuenta con un espacio abierto para comentarios, que del total de las encuestas 10 de ellas cuentan con comentarios. 3 de ellos son de felicitación y agradecimiento, 2 están dirigidos al trato del personal, 1 es acerca de las instalaciones y el resto recae en la atención administrativa como la atención en recepción y aún más relevante el tiempo excesivo de espera para la entrega de la cuenta hospitalaria y la autorización de salida del paciente.

Respecto a este último tema se pudo observar que el proceso de alta del paciente en el aspecto médico, está bien definido en base a la certificación, pues cuenta con el

procedimiento establecido y el formato para garantizar el egreso adecuado del paciente, donde se indica el motivo de alta y los cuidados posteriores que requiere el paciente, sin embargo, posterior a este proceso se encuentra el alta administrativa, la cual consiste en la notificación al personal administrativo, la preparación de la cuenta y el cobro de la misma. En este proceso se observa que los procedimientos no se encuentran bien definidos ni por escrito y existen situaciones ajenas al personal administrativo, que retrasan la salida del paciente, como lo es la revisión de la cuenta por parte de la aseguradora. Este procedimiento es de los que más retrasan la salida de un paciente, pues posterior a la indicación de alta médica, la aseguradora solicita la cuenta total del paciente para hacer una última revisión de la misma y determinar si alguno de los conceptos de la cuenta se rechaza y queda a cargo del paciente. El tiempo de espera puede ser de 1 a 4 horas en promedio.

Además de este aspecto de la atención administrativa, se puede observar que algunos pacientes y familiares desconocen la información relacionada a su responsabilidad de pago ya sean particulares o que cuenten con una aseguradora, a pesar de que este tema se trata al ingreso del paciente firmando una responsiva de pago , y es hasta el momento de su egreso cuando se les realiza el cobro, cuando conocen esta información, lo que provoca molestias en los mismo quienes en ocasiones no se encuentran preparados para realizar dichos pagos.

Por último, la información que maneja el personal de recepción, respecto a los documentos que debe firmar el paciente y familiar responsable, se percibe con falta de claridad, pues se les solicita que firmen dichos documentos sin una explicación certera sobre lo que estos representan.

Para el seguimiento de estos aspectos que resaltaron en la recolección de información se sugieren lo siguiente:

Establecer por escrito el Manual de políticas y procedimientos del departamento de aseguradoras, mediante el cual se establezca de manera sistemática los procedimientos de cada actividad que se realiza en el mismo, con especial énfasis en la información que se le ofrece a los pacientes hospitalizados, respecto a su trámite de autorización y cobertura por parte de su aseguradora, así como las responsabilidades de pago por parte de la misma y a cargo del paciente como lo son deducible, coaseguros y gastos rechazados. Y no menos importante, el procedimiento de alta del paciente, donde se debe establecer las decisiones a tomar en cuanto a los tiempos de espera, pues el egreso de un paciente no debe demorar como lo hace actualmente, aun y cuando este retraso se debe a elementos externos a la empresa.

Impartir de manera periódica y permanente cursos de atención al cliente para todo el personal, especialmente el que tiene contacto directo con el paciente y que se encuentre en las aéreas comunes de atención a pacientes y familiares. Dicho curso se sugiere para sensibilizar al personal especialmente el de nuevo ingreso, y transmitir la filosofía de calidad con la que cuenta la empresa

Mejorar el Manual de Admisión a pacientes, donde se incluya la explicación por escrito de cada documento a firmar por parte de pacientes y familiares.

Establecer una política general del trato digno, del personal del hospital hacia pacientes, familiares, proveedores y compañeros de trabajo, donde se abarquen aspectos de Saludo, Respeto, Cordialidad y se determine la fraseología definida al hablar por teléfono, como el trato siempre de “usted”, el saludo y el despido siempre de manera cordial.

Por último se recomienda continuar con la evaluación periódica y permanente de la satisfacción de pacientes y familiares a través del instrumento propuesto en este trabajo, basado en el modelo Servqual para la Calidad en los Servicios (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985)

Bibliografía

- Altuntas, S., Yener, E. (2012) *An approach base don Triz methodology and Servqual scale to improve the quality of Health Care Service: A case study*, Ege Academic Review
- Barrera Padilla, A. (1994) Implementación de un modelo de calidad total, Tesis inédita de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León, San Nicolás de los Garza.
- Canela Campos, M. & Griful Ponsati, E.(2002) *Gestión de la Calidad*, Barcelona, España, Ediciones UPC
- Chingang, N., Lukong, P. (2010) *Using the SERVQUAL Model to assess Service Quality and Customer Satisfaction. An Empirical study of grocery stores in Umea*, Universidad de Umea, Suecia
- Denton, D. (1991) *Quality Services*, Diaz de Santos, Madrid
- Duque Oliva, E. (2005) *Revision del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición*, Revista Innovar, Universidad Nacional de Colombia
- González Zarandona, M. & Ramírez Villanueva J. (2010) Tesis de licenciatura, *Diagnóstico de Calidad para la Empresa Comercializadora Ragón S.A. de C.V*, Cholula, Puebla.
- Guajardo Garza, E. (1996) *Administración de la Calidad Total*, Editorial Pax, Mexico D.F.
- Jean, G. (2000) *The characterization of goods and services: An alternative approach*, Review of Income and Wealth, Series 46, Number 3.
- Loyo-Varela, M. (2009) *Hospitales en México*, Revista: Cirugía y cirujanos, 6, 498-490
- Losada Otálora, M. *Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing*, Cuadernos de administración, Pontifica Universidad Javerlana, Colombia 2007, 20, 239-244
- Miranda González, F.J., Chamorro Mera A., Rubio Lacoba, S. (2007) *Introducción a la gestión de la calidad*, Madrid, España, Delta Publicaciones Universitarias.
- Nava Carbellido, V. (2005) *¿Qué es la calidad? Conceptos, gurús y modelos fundamentales*, Limusa ed., México.
- Rosander, A.C., (1992) *La búsqueda de la calidad en los servicios*, Díaz de Santos ed., New York.
- Valotto Patuzzo, G. (2011) *Las transformaciones en la Consideración del sector Servicios, Del siglo vio hasta la actualidad*

Referencias digitales

Acerca de (2013), en Organización mundial de la salud. Recuperado de <http://www.who.int/about/role/es/index.html> (2013)

Aenor (2011), en Asociación Española de Normalización y Certificación. Recuperado de <https://ope2011.osakidetza.net/ProcesoSelectivo/C24505/DocInteres6.pdf>

Archivo (2005), en Organización mundial de la salud. Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/28/es/> (2005)

Aguayo, R., (2010), Deming Collaboration, *Think Different, Manage different: Thrive*. Recuperado de <http://demingcollaboration.com/language/spanish/demings-14-points/> “Reproducido con permiso del Deming Collaboration, The Deming Bio, 2010.”

Definición de calidad (2001), en *Diccionario de la Real Academia Española*. Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=calidad>

Caro, B. (2013), Los mejores sistemas de salud del mundo, en Blog de noticias Yahoo, recuperado de <http://mx.noticias.yahoo.com/blogs/blog-de-noticias/los-mejores-sistemas-salud-del-mundo-230210400.html>

Centro de Estudios Financieros (2013), Sistemas sanitarios europeos, recuperado de <http://www.gestion-sanitaria.com/1-sistemas-sanitarios-union-europea.html>

Hospital del Prado (2014), Acerca de Nosotros, pagina web Hospital del Prado, recuperado de http://www.hospitaldelprado.com/index.php?option=com_content&view=article&id=59&Itemid=54

INEGI (2011) Derechohabiencia y uso de servicios de salud, recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msal02&s=est&c=22568>

INEGI (2013), Salud discapacidad y seguridad social, recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=21702>

ISESALUD (2013), Instituto de Servicios de Salud Pública de Baja California, recuperado de http://www.saludbc.gob.mx/?page_id=47

SMCT (2001) Juran Bio, La Sociedad Mexicana para el Desarrollo de Calidad Total, Recuperado de <http://www.fundameca.org.mx/Biografias/JuranBio.php>

OECD (2008), OECD HEALTH DATA 2008. Statistics and indicators for 30 countries. OECD. IRDES. 2008. Recuperado el 28 de noviembre de 2013 de <http://www.gestion-sanitaria.com/1-sistemas-sanitarios-union-europea.html>

Overblog (2012), Calidad – Premio Deming, recuperado de <http://calidad.overblog.com/premio-deming> .

Anexos

Anexo 1. Instrumento de medición

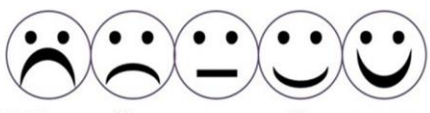


HOSPITAL DEL PRADO

CENTRO MÉDICO HOSPITAL DEL PRADO



Por favor marque con una **X** la respuesta que más se adecue a su percepción sobre las afirmaciones presentadas respecto a nuestros servicios, tomando en cuenta la siguiente escala:



TOTALMENTE EN
DESACUERDO
1

EN
DESACUERDO
2

NO SE
3

DE
ACUERDO
4

TOTALMENTE DE
ACUERDO
5

Ciudad de residencia del paciente:
☐ Tijuana Otra: _____

No.	1	2	3	4	5
1 La accesibilidad a las instalaciones (hospital, consultorios, urgencias y estacionamiento) es adecuada y					
2 Dentro de las instalaciones es fácil ubicar las diferentes áreas.					
3 El personal médico y de enfermería, cuentan con la preparación necesaria para brindar los servicios de salud.					
4 El personal de atención al cliente cuenta con los conocimientos administrativos necesarios para brindar la atención.					
5 El personal en general maneja términos y vocabulario entendibles, en relación a los servicios ofrecidos.					
6 El personal en general muestra interés, escucha las observaciones y resuelve dudas de pacientes y familiares.					
7 El trato del personal hacia el paciente y familiares es siempre de respeto y cortesía, dirigiéndose de "usted".					
8 La información en relación a riesgos y seguridad es brindada de manera clara y oportuna.					
9 La información manejada por el personal de recepción y seguros, en relación a la cuenta y consumos es clara y oportuna.					
10 La información manejada por el personal médico, de enfermería, servicios de alimentación, rayos x y/o laboratorio en relación a la salud del paciente es brindada de manera clara y oportuna.					
11 La información médica respecto al alta del paciente y cuidados posteriores se brinda de manera clara y oportuna.					
12 La información financiera en relación a pago de cuenta y/o cobertura de aseguradora se brinda de manera clara y oportuna					
13 Los horarios preestablecidos (cirugía, consultas, estudios) son respetados y la atención se brinda de manera oportuna.					
14 El personal médico y de enfermería brinda respuesta inmediata a las solicitudes de pacientes y familiares.					
15 El personal de recepción y aseguradoras brinda respuesta inmediata para resolución de dudas o aclaraciones.					
16 El personal médico y administrativo muestra pulcritud y excelente presentación.					
17 El equipo médico es moderno y se aprecia en buen estado.					
18 Los precios son acorde al servicio recibido					
19 Comparado con otros hospitales el precio es mejor.					
20 Comparado con otros hospitales el servicio es mejor.					
21 Recomendaría este Centro médico a otras personas en base al precio.					
22 Recomendaría este Centro médico a otras personas en base al servicio.					

Comentarios:

AGRADECEMOS DE ANTEMANO SU VALIOSO TIEMPO DEDICADO AL LLENADO DE ESTA ENCUESTA Y REITERAMOS NUESTRO COMPROMISO POR LA MEJORARA EN EL SERVICIO.

Anexo 2. Encuesta de satisfacción actual de Centro Médico Hospital del Prado



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES

Centro Médico del Hospital del Prado e Instituto de Ciencias Cardiovasculares del Hospital del Prado
Bugambilias No. 50, Fraccionamiento El Prado
C.P. 22105, Tijuana B.C.



SU OPINIÓN ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS

Servicio: _____ Fecha: ____/____/____
Género: ☐ Femenino ☐ Masculino

LEA UD. CUIDADOSAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN, Y MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN APLICABLE A SU PERCEPCIÓN.

Agradecemos de antemano su colaboración

INSTALACIONES	EXCELENTE	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA
Considera usted las entradas al Hospital son	☐	☐	☐	☐	☐
Considera usted la recepción es	☐	☐	☐	☐	☐
Considera usted los sanitarios son	☐	☐	☐	☐	☐
Considera usted los cuartos del Hospital son	☐	☐	☐	☐	☐
Considera usted la higiene y limpieza son	☐	☐	☐	☐	☐
ATENCIÓN	EXCELENTE	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA
La atención del personal de enfermería fue	☐	☐	☐	☐	☐
La atención de su médico tratante fue	☐	☐	☐	☐	☐
La atención del personal de dietología fue	☐	☐	☐	☐	☐
La atención del personal administrativo fue	☐	☐	☐	☐	☐
La atención del personal de laboratorio fue	☐	☐	☐	☐	☐
La atención del personal de imagenología fue	☐	☐	☐	☐	☐
La forma en que su médico le explico su diagnóstico fue	☐	☐	☐	☐	☐
La forma en que su médico le explico el su tratamiento fue	☐	☐	☐	☐	☐
Su reposo nocturno durante su estancia en el hospital fue	☐	☐	☐	☐	☐
Cómo valora la información que le dio el personal de enfermería cuando estuvo hospitalizado	☐	☐	☐	☐	☐
La atención que se le brindo cuando tuvo dolor fue	☐	☐	☐	☐	☐
Cómo considera la información que le brindo el personal de enfermería al administrarle sus medicamentos	☐	☐	☐	☐	☐
Cómo considera la información que se le brindo acerca de sus cuidados y tratamiento que deberá seguir en su domicilio	☐	☐	☐	☐	☐
	SI		NO		
¿Volvería usted a ser atendido en este Hospital?	☐		☐		
¿Recomendaría usted la atención de este Hospital?	☐		☐		

Una atención de calidad, segura y eficiente es nuestra principal prioridad. Por favor agregue sus sugerencias, inquietudes o comentarios a continuación.

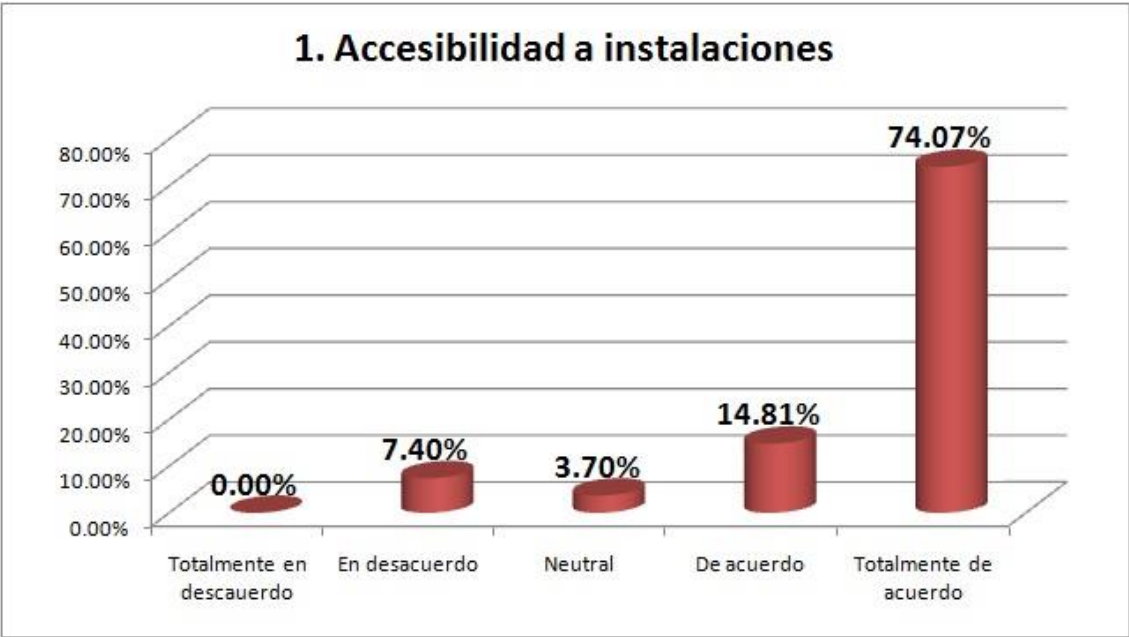
Anexo 3 Reporte de Quejas, sugerencias o felicitación

 HOSPITAL DEL PRADO Urgencia Sanitaria 0200-800014		REPORTE DE QUEJAS Y SUGERENCIAS Centro Médico del Hospital del Prado e Instituto de Ciencias Cardiovasculares del Hospital del Prado		 Instituto de Ciencias Cardiovasculares Quinta Avenida Hospital del Prado Licencia Sanitaria 0200-405019	
LLENADO POR EL USUARIO				Fecha de reporte:	
NOMBRE:					
TELÉFONO:		DEPARTAMENTO QUE REPORTA:			
QUEJA	☐	SUGERENCIA	☐	FELICITACIÓN	☐
DESCRIPCIÓN DE LO SUCEDIDO					
LLENADO SOLO POR GESTIÓN DE CALIDAD					
ÁREA A QUE CORRESPONDE _____			Estándar: _____		
JEFE DE DEPARTAMENTO _____					

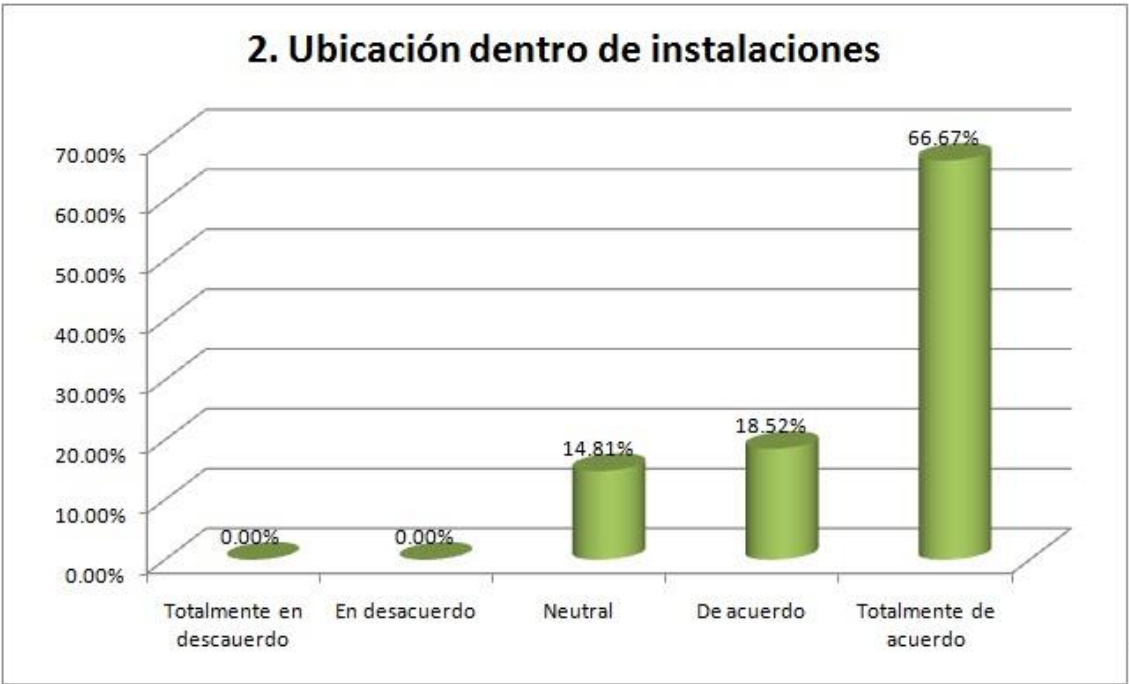
Listado de graficas

1. Accesibilidad a las instalaciones
2. Ubicación dentro de las instalaciones
3. Preparación del personal medico
4. Preparación del personal administrativo
5. Términos y vocabulario
6. Muestra de interés
7. Respeto y cortesía
8. Seguridad y riesgos
9. Información administrativa
10. Información clínica
11. Alta médica
12. Alta administrativa
13. Puntualidad en los servicios´
14. Respuesta inmediata de atención médica
15. Respuesta inmediata de atención administrativa
16. Pulcritud y presentación
17. Equipo moderno y en buen estado
18. Precios acorde a servicio
19. El precio es mejor en relación a otros hospitales
20. El servicio es mejor en relación a otros hospitales
21. Recomendaría a este hospital en base al precio
22. Recomendaría a este hospital en base al servicio

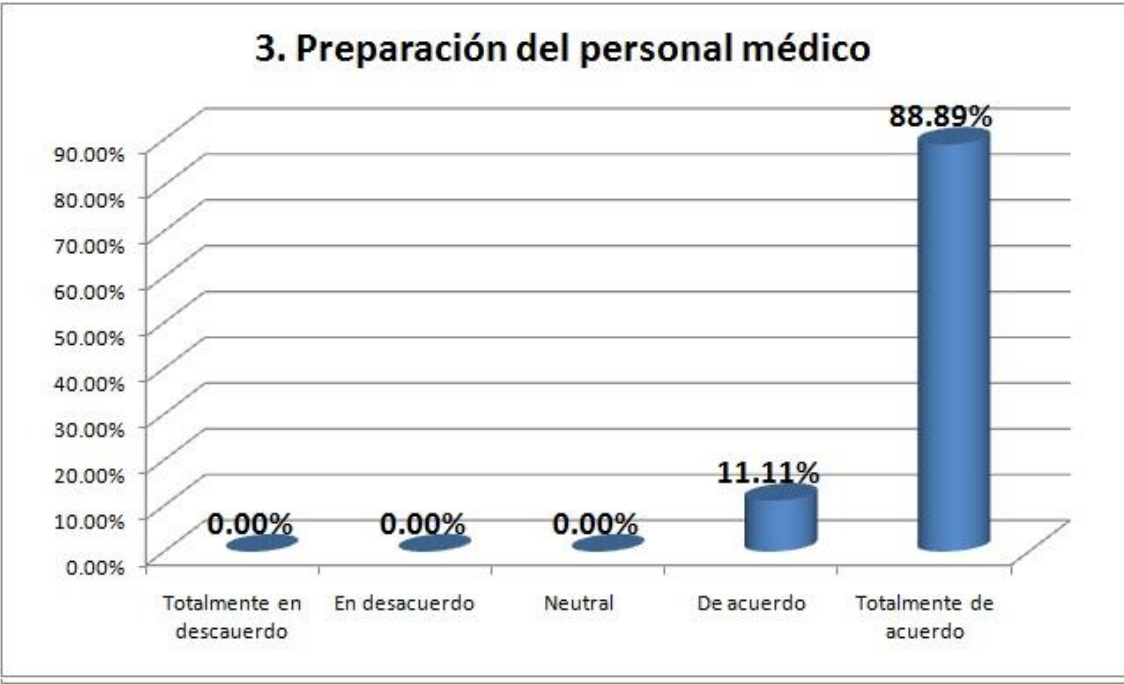
Gráfica 1



Gráfica 2



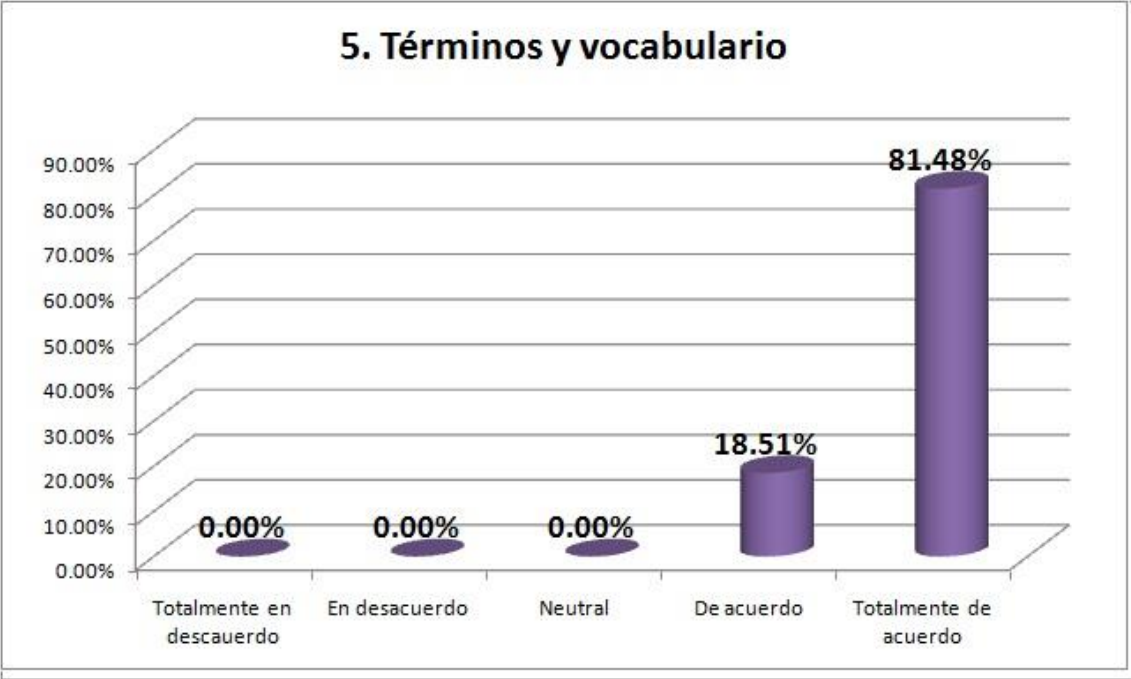
Gráfica 3



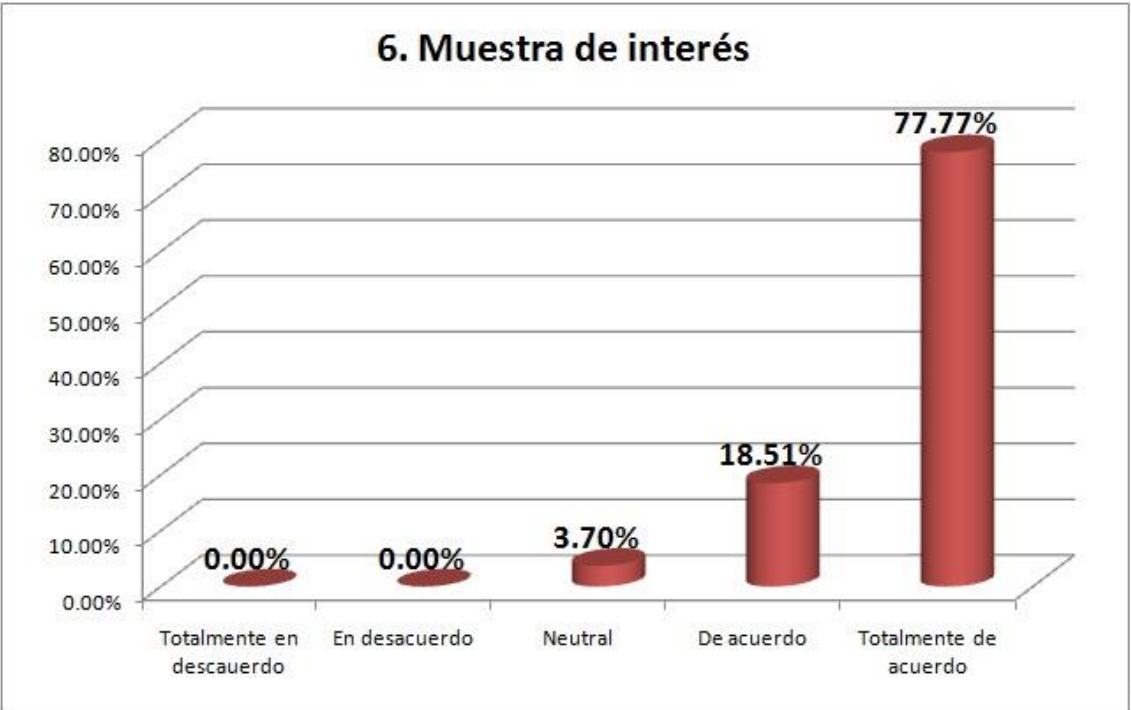
Gráfica 4



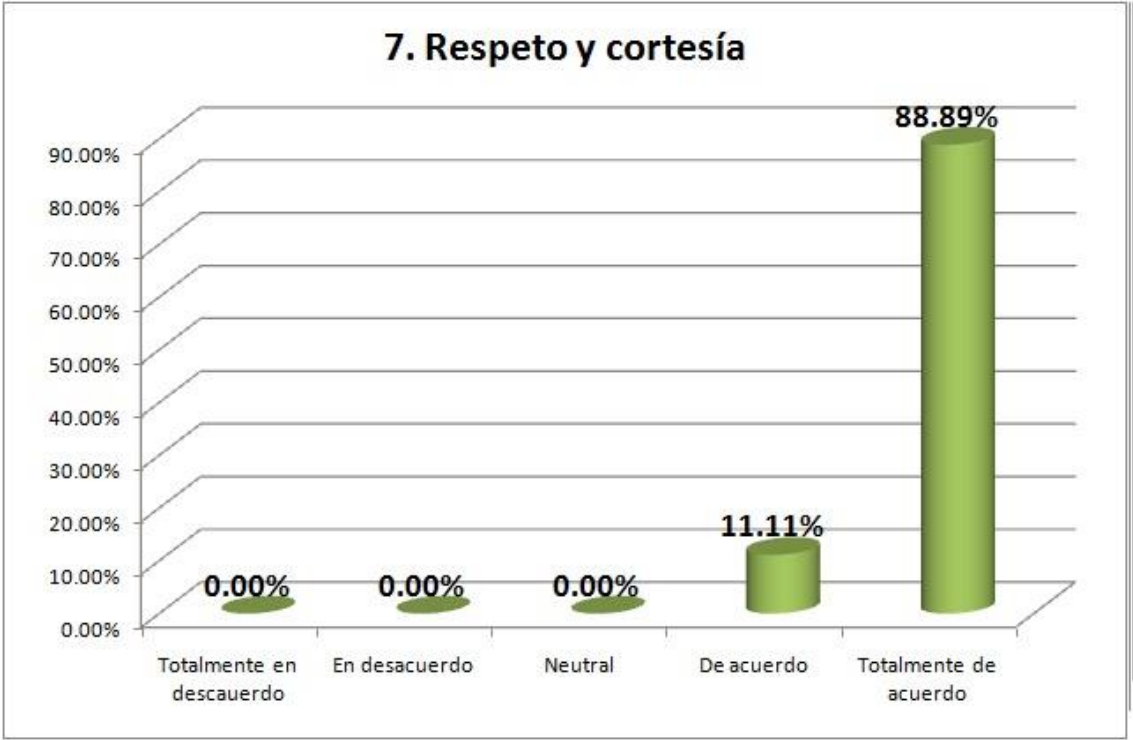
Gráfica 5



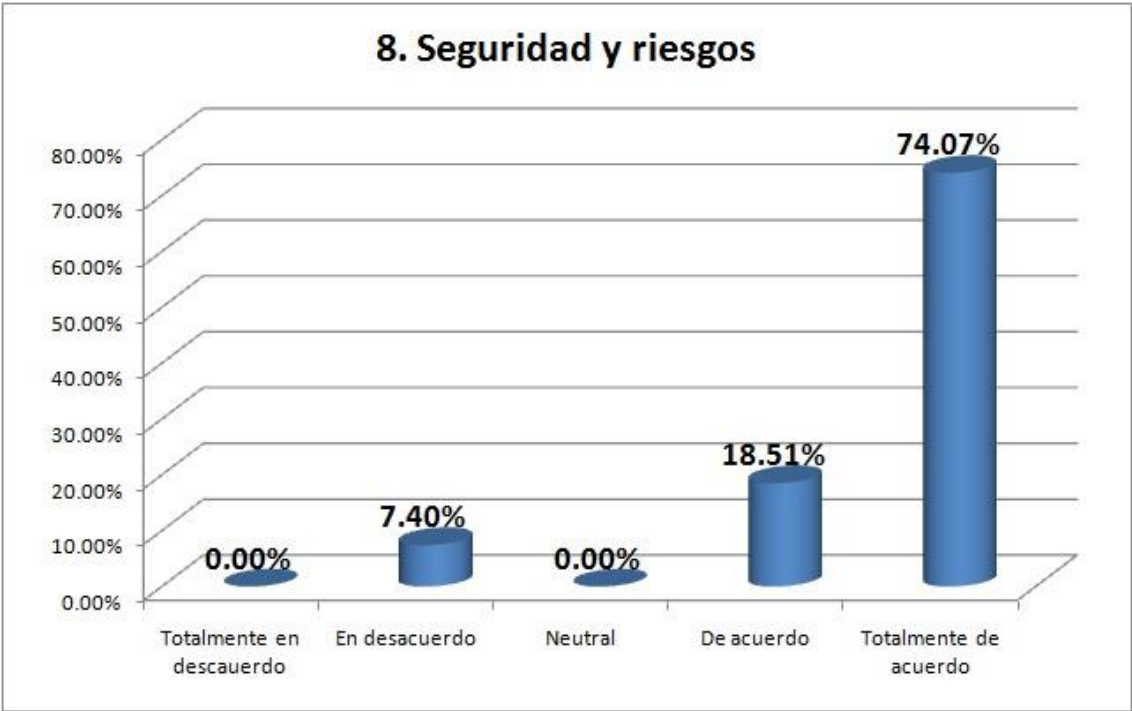
Gráfica 6



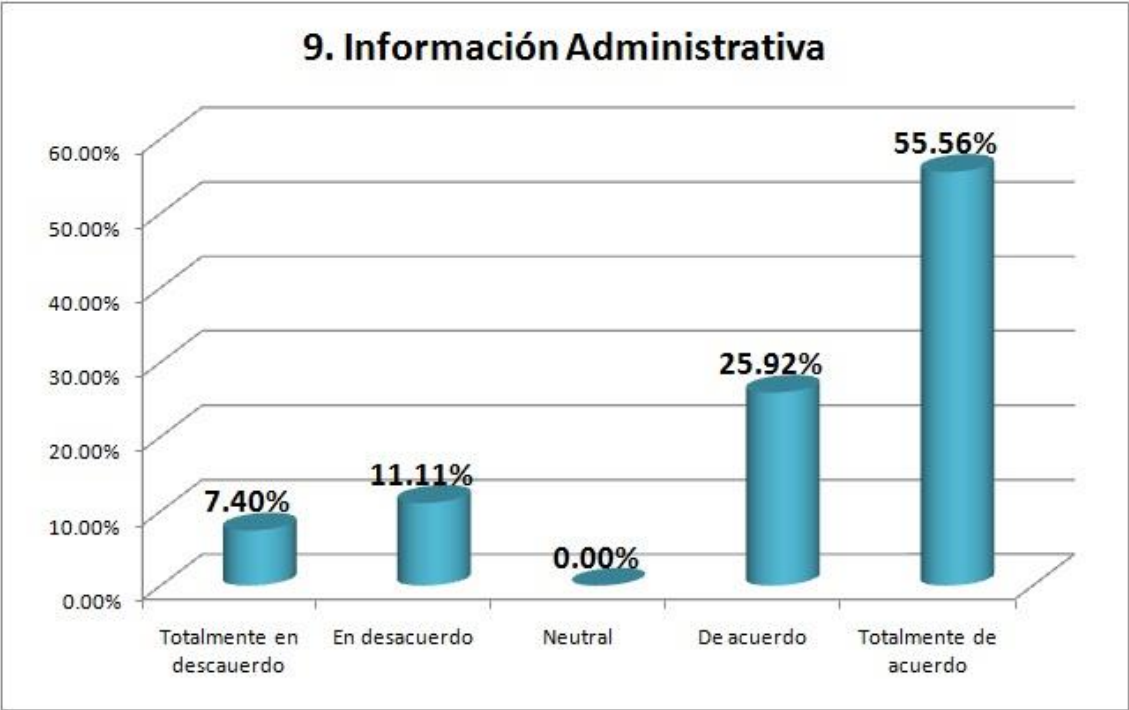
Gráfica 7



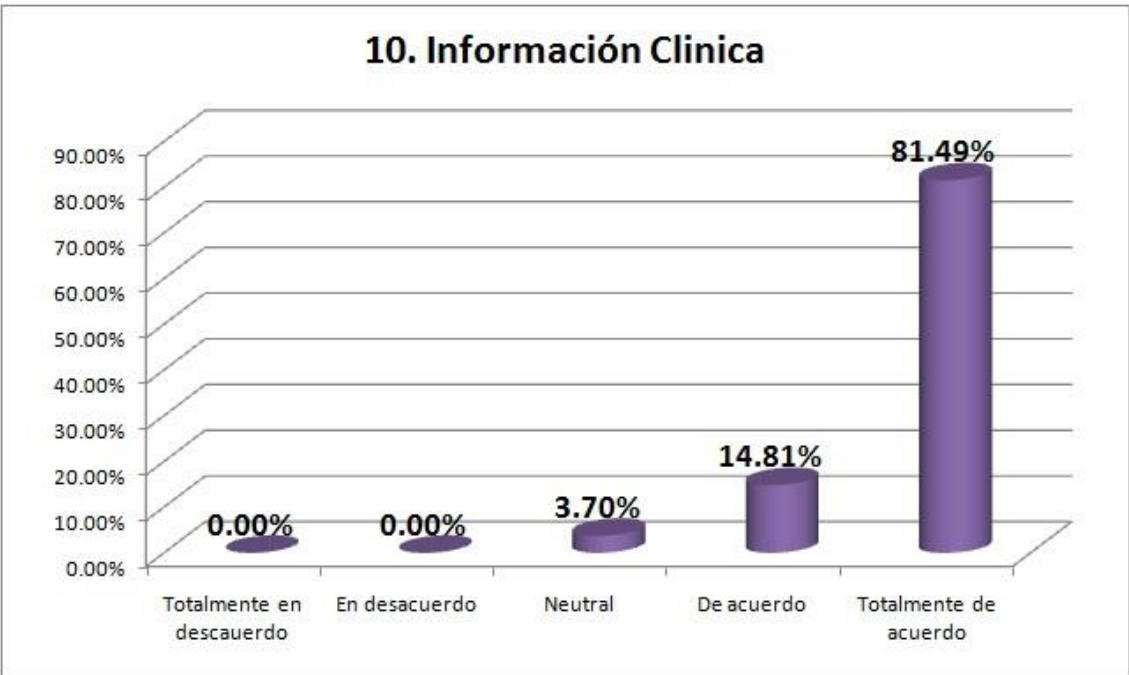
Gráfica 8



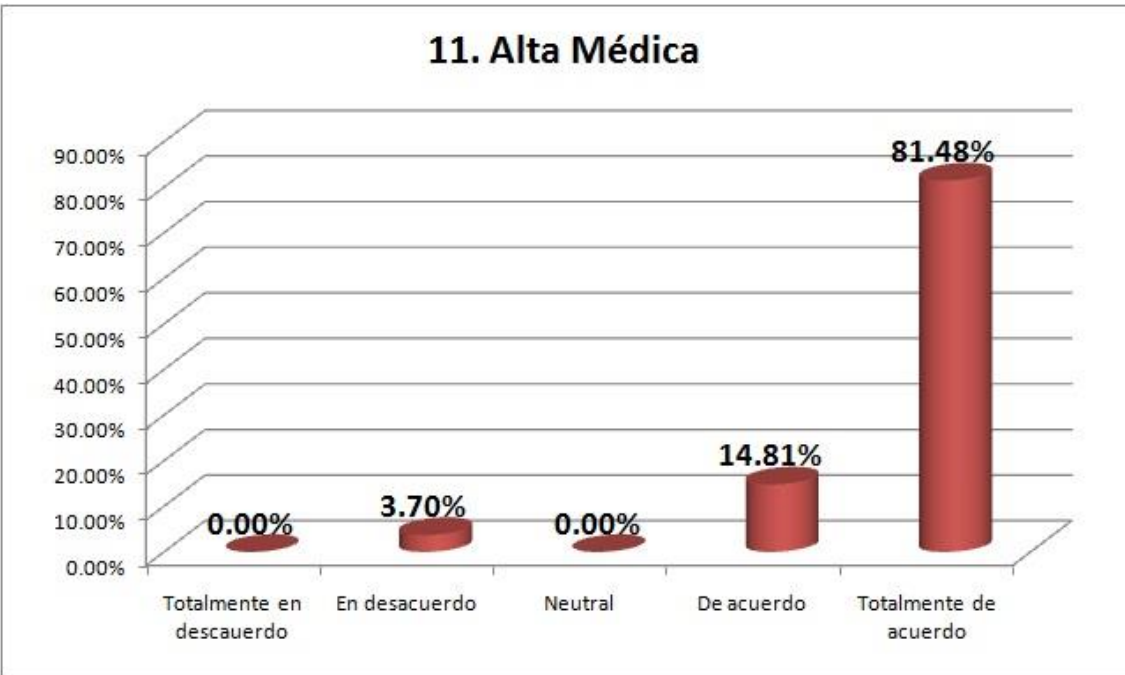
Gráfica 9



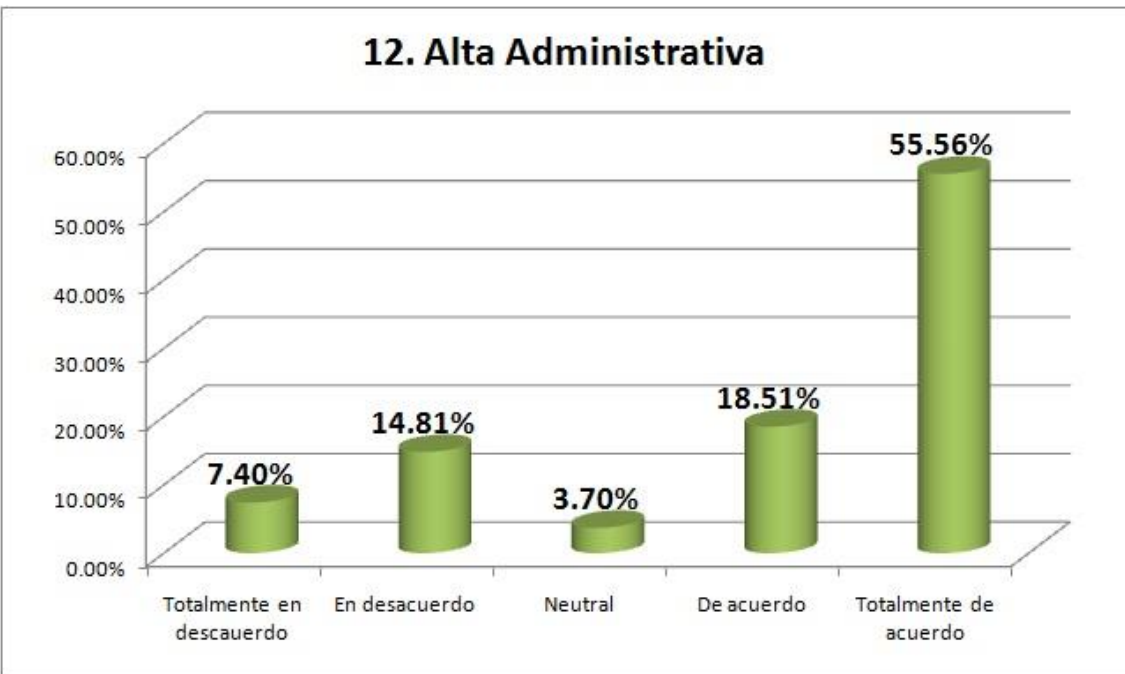
Gráfica 10



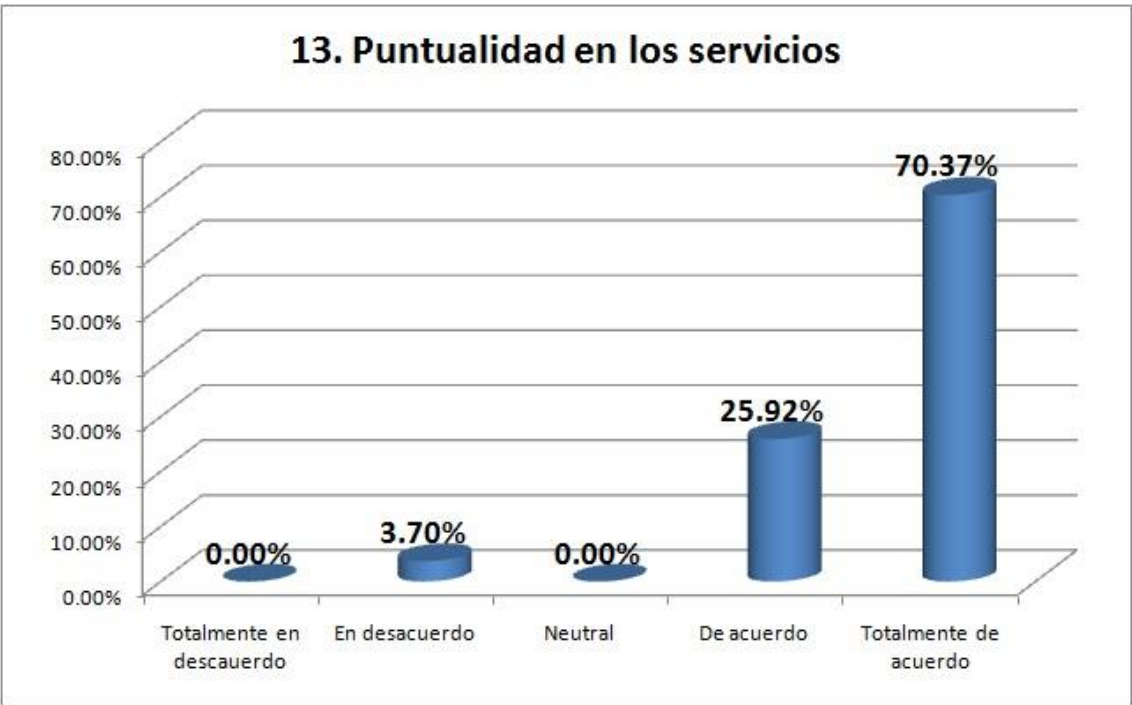
Gráfica 11



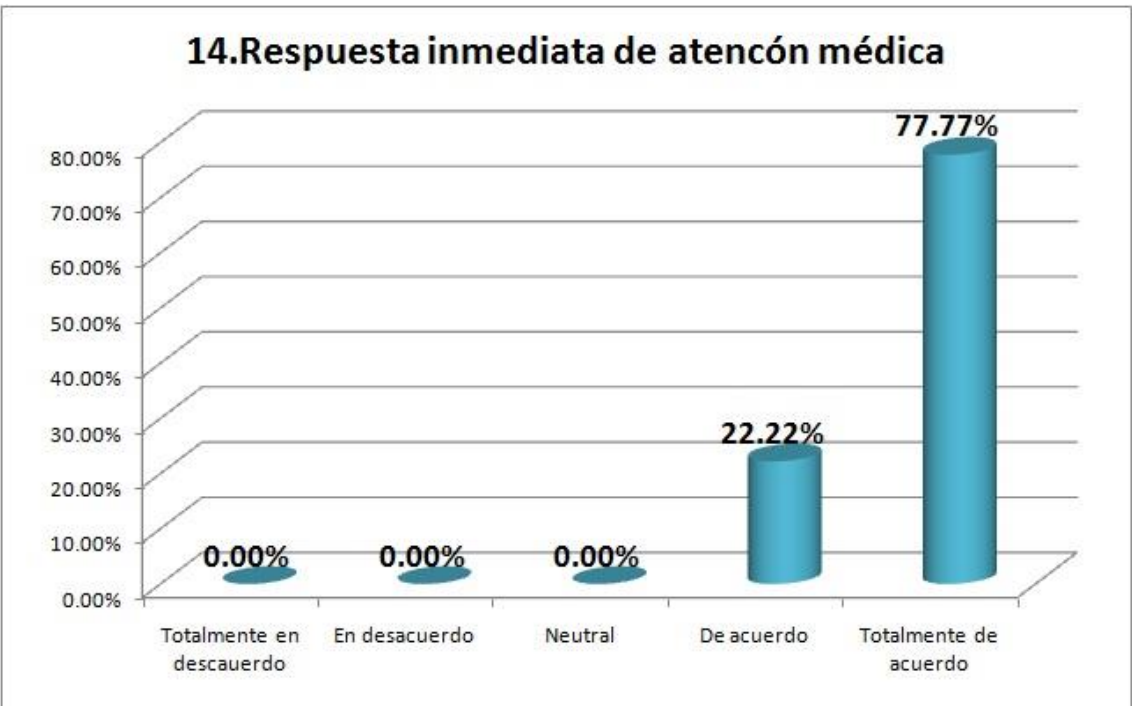
Gráfica 12



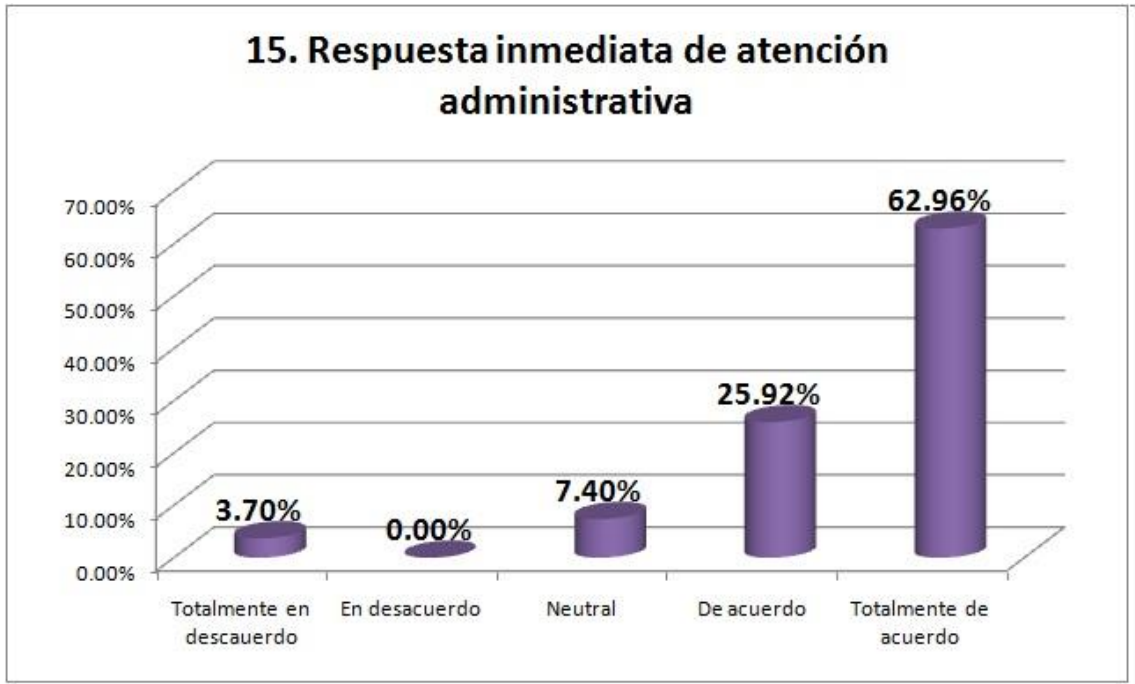
Gráfica 13



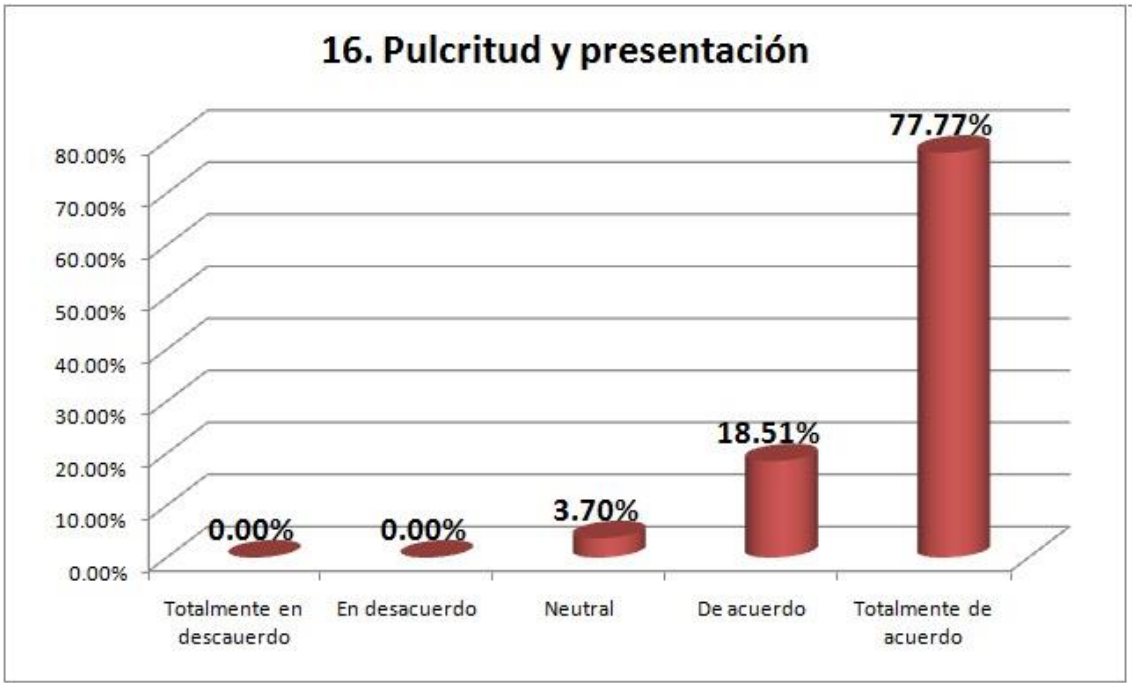
Gráfica 14



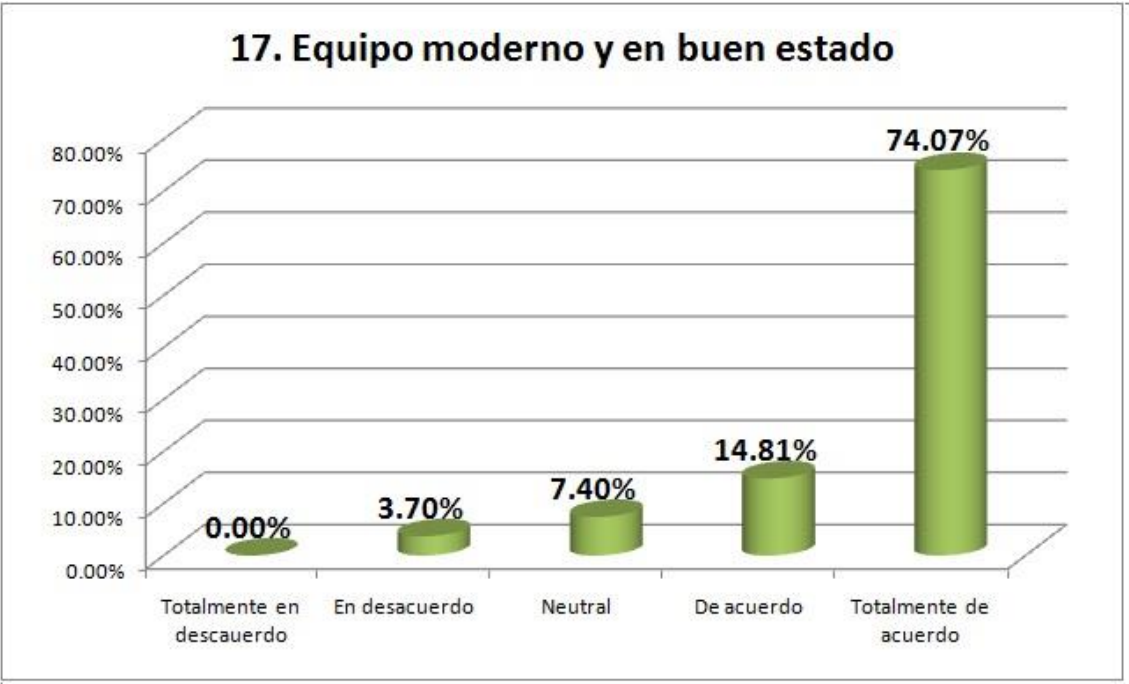
Gráfica 15



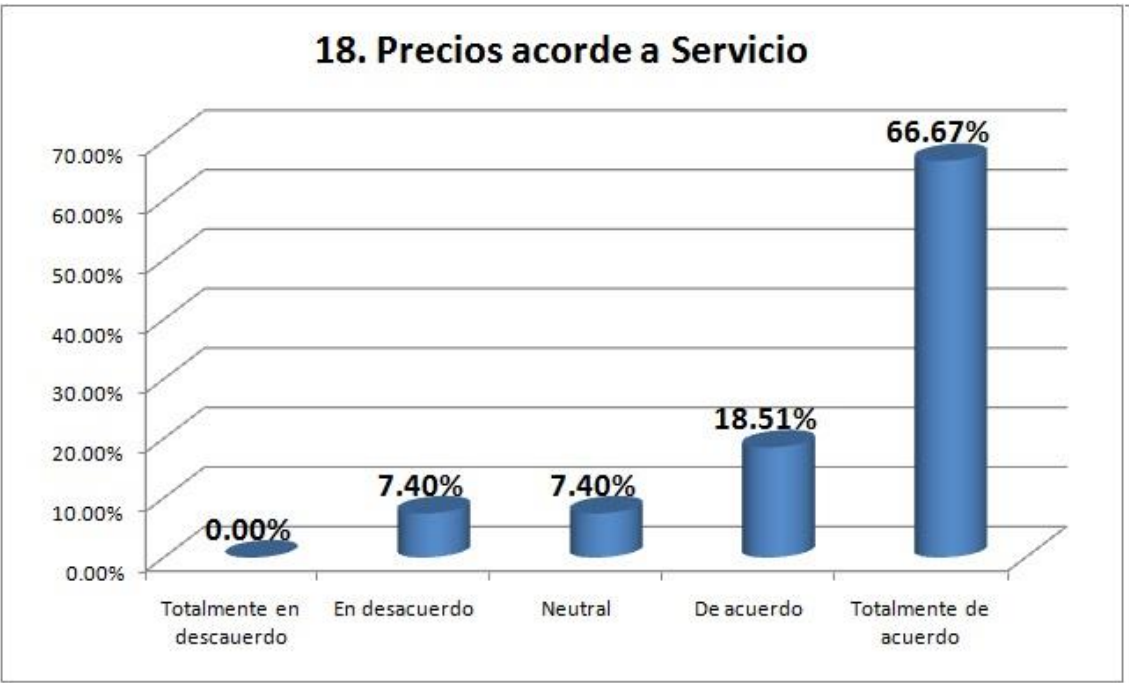
Gráfica 16



Gráfica 17



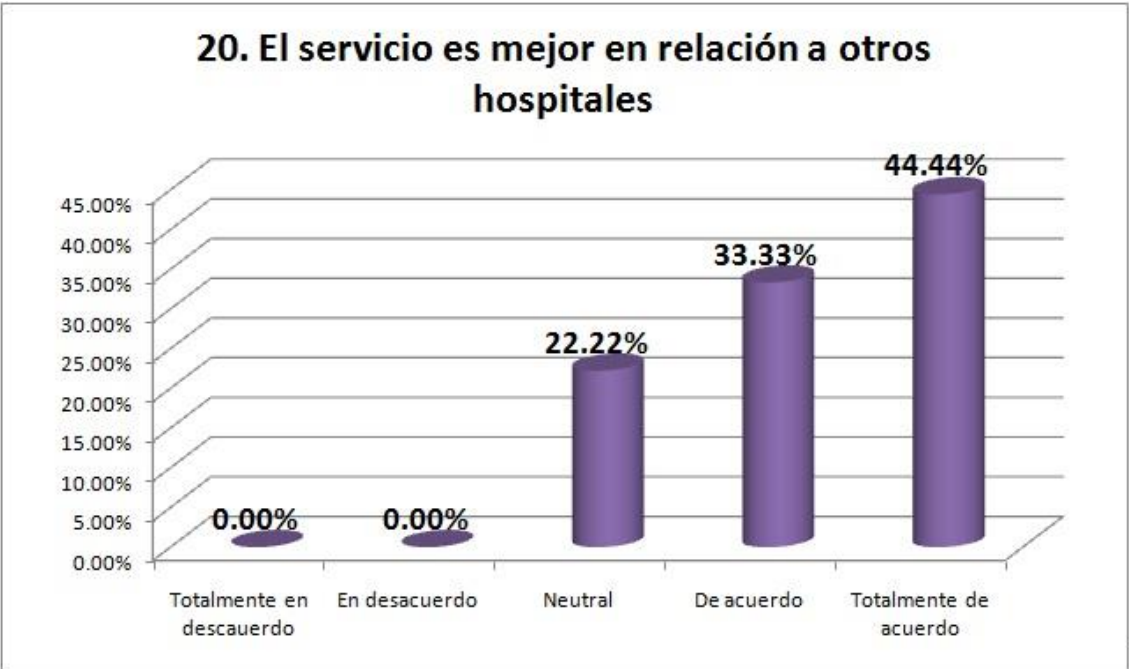
Gráfica 18



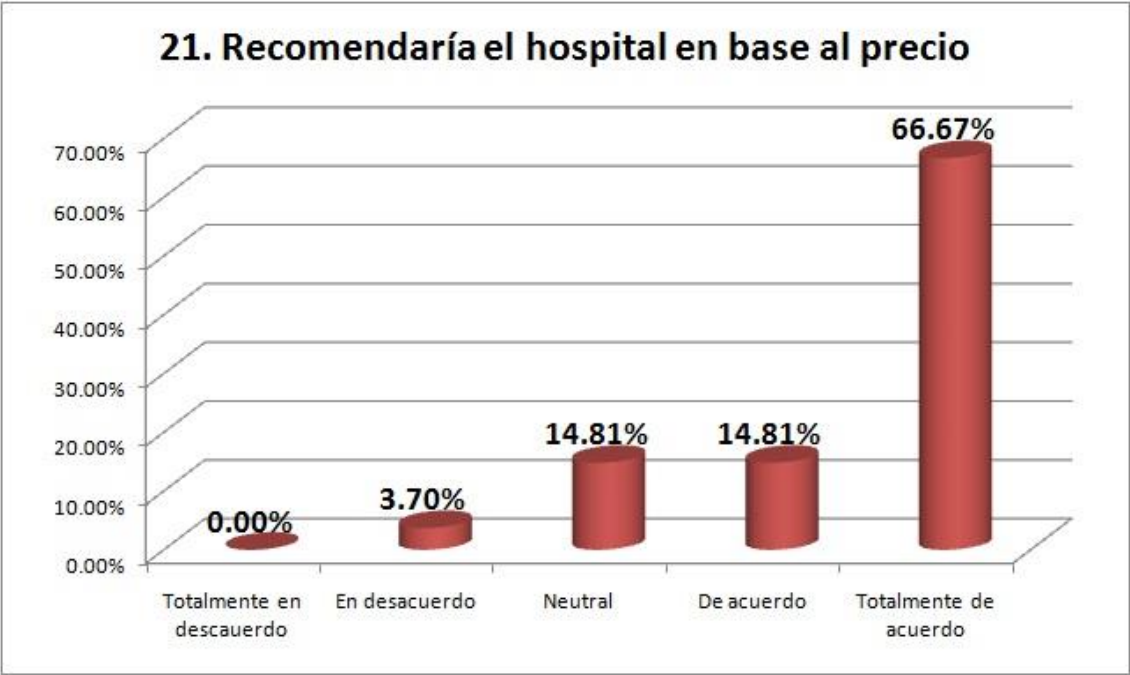
Gráfica 19



Gráfica 20



Gráfica 21



Gráfica 22

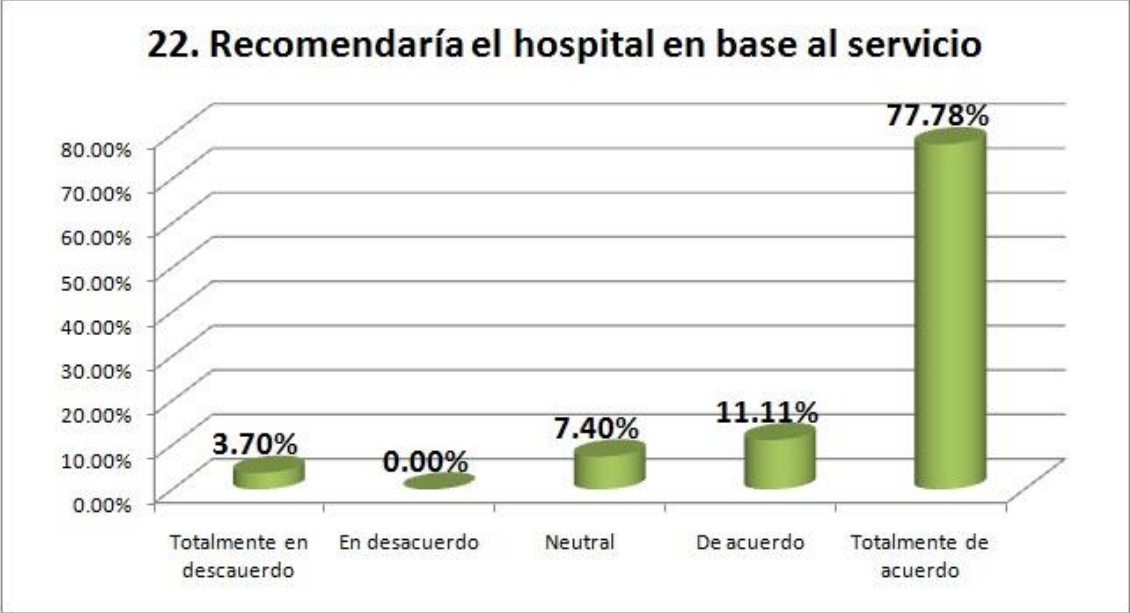


Tabla 1

La accesibilidad a las instalaciones (hospital, consultorios, urgencias y estacionamiento) es adecuada y rápida. * Recomendaría este centro medico en base al servicio Crosstabulation

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16.301 ^a	9	.061
Likelihood Ratio	10.333	9	.324
Linear-by-Linear Association	2.391	1	.122
N of Valid Cases	27		

Tabla 2

El personal de recepción y aseguradoras brinda respuesta inmediata para resolución de dudas o aclaraciones. * Recomendaría este centro medico en base al servicio Crosstabulation

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	35.468 ^a	9	.000
Likelihood Ratio	14.505	9	.105
Linear-by-Linear Association	12.860	1	.000
N of Valid Cases	27		

Tabla 3

El personal médico y de enfermería brinda respuesta inmediata a las solicitudes de pacientes y familiares. * Recomendaría este centro medico en base al servicio Crosstabulation

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.781 ^a	3	.021
Likelihood Ratio	8.804	3	.032
Linear-by-Linear Association	7.636	1	.006
N of Valid Cases	27		

Tabla 4

El equipo medico es moderno y se aprecia en buen estado * Recomendaria este centro medico en base al servicio Crosstabulation

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17.004 ^a	9	.049
Likelihood Ratio	13.875	9	.127
Linear-by-Linear Association	2.970	1	.085
N of Valid Cases	27		

Tabla 5

La información manejada por el personal de recepción y seguros, en relación a la cuenta y consumos es clara y oportuna. * Recomendaria este centro medico en base al servicio Crosstabulation

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24.649 ^a	9	.003
Likelihood Ratio	18.426	9	.031
Linear-by-Linear Association	8.583	1	.003
N of Valid Cases	27		

Tabla 6

El personal de atención al cliente cuenta con los conocimientos administrativos necesarios para brindar la atención. * Recomendaria este centro medico en base al servicio Crosstabulation

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	44.653 ^a	9	.000
Likelihood Ratio	19.637	9	.020
Linear-by-Linear Association	17.976	1	.000
N of Valid Cases	27		

Tabla 7

El personal de atención al cliente cuenta con los conocimientos administrativos necesarios para brindar la atención. * Recomendaría este centro medico en base al servicio Crosstabulation

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	44.653 ^a	9	.000
Likelihood Ratio	19.637	9	.020
Linear-by-Linear Association	17.976	1	.000
N of Valid Cases	27		

Tabla 8

El personal médico y de enfermería, cuentan con la preparación necesaria para brindar los servicios de salud. * Recomendaría este centro medico en base al servicio Crosstabulation

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.607 ^a	3	.014
Likelihood Ratio	6.977	3	.073
Linear-by-Linear Association	6.179	1	.013
N of Valid Cases	27		

Tabla 9

Los horarios preestablecidos (cirugía, consultas, estudios) son respetados y la atención se brinda de manera oportuna. * Recomendaría este centro medico en base al servicio Crosstabulation

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.751 ^a	6	.047
Likelihood Ratio	9.029	6	.172
Linear-by-Linear Association	3.297	1	.069
N of Valid Cases	27		

Tabla 10

La información en relación a riesgos y seguridad es brindada de manera clara y oportuna. *
Recomendaría este centro medico en base al servicio Crosstabulation

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.011 ^a	6	.020
Likelihood Ratio	7.738	6	.258
Linear-by-Linear Association	6.898	1	.009
N of Valid Cases	27		

Tabla 11

El personal en general maneja términos y vocabulario entendibles, en relación a los servicios ofrecidos. * Recomendaría este centro medico en base al servicio Crosstabulation

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.276 ^a	3	.064
Likelihood Ratio	6.075	3	.108
Linear-by-Linear Association	6.981	1	.008
N of Valid Cases	27		

Tabla 12

El trato del personal hacia el paciente y familiares es siempre de respeto y cortesía, dirigiéndose de "usted". * Recomendaría este centro medico en base al servicio Crosstabulation

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.607 ^a	3	.014
Likelihood Ratio	6.977	3	.073
Linear-by-Linear Association	6.179	1	.013
N of Valid Cases	27		

Tabla 13

La accesibilidad a las instalaciones (hospital, consultorios, urgencias y estacionamiento) es adecuada y rápida. * Recomendaría este centro medico en base al precio Crosstabulation

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16.732 ^a	9	.053
Likelihood Ratio	11.704	9	.230
Linear-by-Linear Association	1.465	1	.226
N of Valid Cases	27		

Tabla 14

La accesibilidad a las instalaciones (hospital, consultorios, urgencias y estacionamiento) es adecuada y rápida. * Recomendaría este centro medico en base al precio Crosstabulation

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16.732 ^a	9	.053
Likelihood Ratio	11.704	9	.230
Linear-by-Linear Association	1.465	1	.226
N of Valid Cases	27		

Tabla 15

El personal médico y de enfermería brinda respuesta inmediata a las solicitudes de pacientes y familiares. * Recomendaría este centro medico en base al precio Crosstabulation

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.589 ^a	3	.086
Likelihood Ratio	6.002	3	.111
Linear-by-Linear Association	3.624	1	.057
N of Valid Cases	27		

Tabla 16

La información manejada por el personal de recepción y seguros, en relación a la cuenta y consumos es clara y oportuna. * Recomendaría este centro medico en base al precio Crosstabulation

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20.207 ^a	9	.017
Likelihood Ratio	13.693	9	.134
Linear-by-Linear Association	1.656	1	.198
N of Valid Cases	27		

Tabla 17

La información financiera en relación a pago de cuenta y/o cobertura de aseguradora se brinda de manera clara y oportuna * Recomendaría este centro medico en base al precio Crosstabulation

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23.763 ^a	12	.022
Likelihood Ratio	15.844	12	.199
Linear-by-Linear Association	.906	1	.341
N of Valid Cases	27		

Tabla 18

El personal en general muestra interés, escucha las observaciones y resuelve dudas de pacientes y familiares. * Recomendaría este centro medico en base al precio Crosstabulation

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.986 ^a	6	.062
Likelihood Ratio	10.443	6	.107
Linear-by-Linear Association	.216	1	.642
N of Valid Cases	27		

Tabla 19

El personal médico y de enfermería, cuentan con la preparación necesaria para brindar los servicios de salud. * Recomendaría este centro medico en base al precio Crosstabulation

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.000 ^a	3	.029
Likelihood Ratio	6.279	3	.099
Linear-by-Linear Association	.839	1	.360
N of Valid Cases	27		

Tabla 20

El personal medico y administrativo muestra pulcritud y excelente presentacion * Recomendaría este centro medico en base al precio Crosstabulation

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.057 ^a	6	.087
Likelihood Ratio	8.793	6	.186
Linear-by-Linear Association	1.695	1	.193
N of Valid Cases	27		

Tabla 21

El trato del personal hacia el paciente y familiares es siempre de respeto y cortesía, dirigiéndose de "usted". * Recomendaría este centro medico en base al precio Crosstabulation

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.844 ^a	3	.020
Likelihood Ratio	6.614	3	.085
Linear-by-Linear Association	2.569	1	.109
N of Valid Cases	27		