



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

Evaluación de la calidad del servicio de hospitalización en un hospital  
de alta especialidad

**T e s i s**

Que para optar por el grado de:

**Maestra en Administración**

Presenta:

**Laura Isabel Cervantes Rico**

Tutor:

**Dr. José Pedro Rocha Reyes**  
**Facultad de Contaduría y Administración**

**Ciudad de México, marzo de 2019**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN .....   | i  |
| JUSTIFICACIÓN .....  | v  |
| CAPÍTULO I MARCO REFERENCIAL .....   | 7  |
| 1.1 Petróleos Mexicanos y la Subdirección de Servicios de Salud .....                              | 7  |
| 1.2 Antecedentes del Hospital Central del Sur de Alta Especialidad de PEMEX<br>“Picacho” .....     | 8  |
| 1.3 Perfil de la organización .....  | 9  |
| 1.3.1 Denominación .....   | 9  |
| 1.3.2 Estructura de la organización .....  | 11 |
| 1.3.3 Organigrama .....  | 13 |
| 1.3.4 Interrelación del HCSAE con otras organizaciones .....                                       | 14 |
| 1.4 Antecedentes operativos y financieros .....  | 16 |
| CAPÍTULO II MARCO NORMATIVO .....  | 20 |
| 2.1 Marco normativo externo .....  | 20 |
| 2.1.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos .....                                  | 20 |
| 2.1.2 Ley General de Salud .....   | 20 |
| 2.1.3 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de<br>Servicios Médicos ..... | 25 |
| 2.1.4 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal .....                                      | 27 |
| 2.2 Marco normativo interno .....  | 28 |

|   |    |
|---|----|
| CAPÍTULO III MARCO TEÓRICO .....  | 30 |
| 3.1 Los sistemas de salud.....  | 30 |
| 3.1.1 Niveles de atención en salud .....  | 31 |
| 3.2 Satisfacción del usuario y calidad .....  | 33 |
| 3.2.1 El concepto de calidad en los sistemas de salud .....   | 44 |
| 3.3 Calidad y planeación estratégica en la organización .....   | 45 |
| 3.3.1 Planeación estratégica y organizaciones hospitalarias.....  | 45 |
| 3.4 Modelo organizacional de los tres vectores y el aseguramiento de la calidad .....   | 48 |
| CAPÍTULO IV DIAGNÓSTICO DEL MODELO DE RECOPIACIÓN DE DATOS.....   | 53 |
| 4.1 Aplicación del modelo de los tres vectores .....  | 53 |
| 4.1.1 Primer vector .....   | 53 |
| 4.1.2 Segundo Vector .....  | 55 |
| 4.1.3 Tercer Vector .....   | 56 |
| 4.2. Análisis FODA del HCSAE.....   | 58 |
| 4.3 Análisis de la encuesta de posventa .....   | 60 |
| 4.3.1 Criterios de inclusión.....   | 60 |
| 4.3.2 Criterios de exclusión.....   | 60 |
| 4.4 Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) para detectar alcances y limitaciones del modelo ..... | 61 |
| CAPÍTULO V METODOLOGÍA .....  | 63 |
| 5.1 Planteamiento del problema .....  | 63 |
| 5.2 Matriz de congruencia.....  | 63 |
| 5.3 Diseño de investigación .....   | 65 |

|  |    |
|--|----|
| CAPÍTULO VI RESULTADOS.....  | 67 |
| 6.1 Análisis de frecuencia simples de los resultados de los últimos tres años<br>(2012-2014) .....   | 67 |
| CAPÍTULO VII RECOMENDACIONES .....   | 86 |
| 7.1 Utilidad del modelo de recopilación de datos para la elaboración del<br>diagnóstico de la satisfacción del usuario en la organización: observaciones en<br>el proceso de análisis..... | 86 |
| 7.2 Estrategias para la mejora del modelo de recopilación de datos .....   | 87 |
| CONCLUSIONES.....  | 90 |
| REFERENCIAS.....   | 93 |
| ANEXO. CUESTIONARIO INSTITUCIONAL: ENCUESTA DE POSVENTA.....   | 96 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1. Subrogación de Servicios .....                   | 15 |
| Tabla 2. Capacidad física instalada.....                  | 17 |
| Tabla 3. Consultas .....                                  | 18 |
| Tabla 4. Cirugías .....                                   | 18 |
| Tabla 5. Presupuesto .....                                | 18 |
| Tabla 6. Derecho de los Servicios de Salud de PEMEX ..... | 54 |
| Tabla 7. Análisis FODA del HCSAE .....                    | 59 |
| Tabla 8. FODA de la encuesta de posventa del HCSAE .....  | 62 |
| Tabla 9. Matriz de congruencia general .....              | 64 |
| Tabla 10. Matriz de congruencia secundaria.....           | 64 |
| Tabla 11. Unidades de análisis .....                      | 66 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1. Organigrama .....  | 13 |
| Figura 2. Interrelación del HCSAE con otras organizaciones.....          | 14 |
| Figura 3. Proveedores.....   | 15 |
| Figura 4. Fases de la planeación estratégica .....                       | 46 |
| Figura 5. Modelo de los tres vectores .....                              | 48 |
| Figura 6. Matriz FODA .....  | 51 |
| Figura 7. Fortalezas y debilidades de la estructura organizacional ..... | 56 |
| Figura 8. Diseño de transformación .....                                 | 57 |

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

|  |    |
|--|----|
| Gráfica 1. Servicios de hospitalización del 2012, 2013 y 2014.....                                 | 68 |
| Gráfica 2. Otros servicios de hospitalización del 2012, 2013 y 2014 .....                          | 69 |
| Gráfica 3. Tiempo que el paciente esperó para hospitalizarse.....                                  | 70 |
| Gráfica 4. Satisfacción de diferentes indicadores.....   | 72 |
| Gráfica 5. Limpieza de la habitación .....   | 73 |
| Gráfica 6. Alimentación .....  | 73 |
| Gráfica 7. Tiempo en que acudió la enfermera .....   | 74 |
| Gráfica 8. Tiempo de programación de estudios.....   | 74 |
| Gráfica 9. Información proporcionada por el médico.....  | 75 |
| Gráfica 10. Trato del personal de trabajo social y/o recepcionista .....                           | 75 |
| Gráfica 11 Tiempo para ser instalado en habitación .....   | 76 |
| Gráfica 12. Información relativa a la seguridad del paciente.....                                  | 77 |
| Gráfica 13. Información recibida sobre los riesgos de caídas de los pacientes ....                 | 77 |
| Gráfica 14. Información relativa a la ministración segura de medicamentos.....                     | 78 |
| Gráfica 15. Capacitación a los pacientes y familiares sobre la técnica de lavado de<br>manos ..... | 78 |
| Gráfica 16. Información acerca de los derechos de los pacientes .....                              | 79 |
| Gráfica 17. Satisfacción de los pacientes con el trato del médico.....                             | 80 |
| Gráfica 18. Satisfacción de los pacientes con el trato de las enfermeras .....                     | 80 |
| Gráfica 19. Satisfacción de los pacientes con el trato de la trabajadora social .....              | 81 |
| Gráfica 20. Satisfacción de los pacientes con el trato de la dietóloga.....                        | 81 |
| Gráfica 21. Satisfacción de los pacientes con el trato del camillero .....                         | 82 |
| Gráfica 22. Satisfacción de los pacientes con el trato del personal de limpieza ...                | 82 |
| Gráfica 23. Indicadores más importantes a atender.....   | 83 |
| Gráfica 24. Otros comentarios.....   | 84 |

## ABREVIATURAS

|         |  |
|---------|--|
| CENDI   | Centro de Desarrollo Infantil  |
| CSG     | Consejo de Salubridad General  |
| FODA    | Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas                            |
| HCSAE   | Hospital Central Sur de Alta Especialidad                                    |
| IMSS    | Instituto Mexicano del Seguro Social   |
| IMSS-O  | Programa IMSS-Oportunidades  |
| ISO     | Organización Internacional de Normalización                                  |
| ISSFAM  | Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas             |
| ISSSTE  | Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado |
| OMS     | Organización Mundial de la Salud   |
| OPS     | Organización Panamericana de la Salud  |
| PEMEX   | Petróleos Mexicanos  |
| PROFEPA | Procuraduría Federal de Protección al Ambiente                               |
| SESA    | Servicios Estatales de Salud   |
| SNS     | Sistema Nacional de Salud  |
| SPSS    | Sistema de Protección Social en Salud  |
| SS      | Secretaría de Salud  |
| SSS     | Subdirección de Servicios de Salud   |
| Tecmed  | Tecnologías Médicas Innovando la Salud                                       |
| UNICEF  | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia                                |



## INTRODUCCIÓN

Desde hace dos décadas, la satisfacción del paciente por la calidad en los servicios de salud recibidos ha tomado auge a nivel mundial. Es un tópico que los administradores de los servicios de salud discuten y analizan para ofrecer mejoras en la habilidad técnica –al tener médicos especialistas, calificados y certificados–. Así, la calidad de la atención a la salud es monitoreada para brindar mejores servicios a los pacientes.

En sintonía con el panorama global, el Hospital Central Sur de Alta Especialidad (HCSAE) PEMEX “Picacho” busca la satisfacción a la calidad. Ésta es una institución hospitalaria de tercer nivel que otorga servicios quirúrgicos y hospitalarios a más de cuatro mil pacientes. En consulta externa atiende a casi 300 mil derechohabientes al año, en las 40 especialidades médicas y el área de urgencias. La organización busca mejorar la calidad en sus procesos y para ello, cuenta con personal calificado. Para evaluarla, se realizan encuestas a los usuarios con las cuales se conoce su grado de satisfacción por los servicios obtenidos (HCSAE, 2014).

El HCSAE es considerado por la Subdirección de Servicios de Salud (SSS) de Petróleos Mexicanos (PEMEX) como punta de lanza en el desarrollo de los servicios médicos y hospitalarios, ya que asume con firmeza la responsabilidad no sólo de la curación, sino de la prevención (Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas, 2007). Además, tiene el compromiso de actualizar de forma constante al personal médico, a través de la investigación y enseñanza. Con ello, busca proyectar la medicina de excelencia y continuar con la oferta de servicios competitivos a nivel nacional.

Desde 2002, la SSS lleva a cabo un congreso internacional cada dos años, cuyo fin es la actualización del cuerpo médico, paramédico y administrativo de todos los hospitales que la integran. En este magno evento, el personal del HCSAE ha

tenido brillantes participaciones. En él se abordan temas de interés y se intercambian experiencias, a través de simposios, conferencias magistrales, talleres, mesas de discusión y exposición de carteles. Estos congresos ofrecen una visión de la medicina de vanguardia y la oportunidad de entablar o renovar el contacto personal con expertos de otros países de todas las especialidades (HCSAE, 2014). Así, se vuelve un evento trascendente de comunicación médica, científica y administrativa para los asistentes.

A pesar de la actualización de los médicos del HCSAE, cabría preguntar si, en efecto, la calidad en los servicios médicos ha mejorado. A partir de las encuestas para evaluar la satisfacción de la calidad del hospital, se planteó la pregunta de investigación que dio origen a la elaboración de la presente tesis.

Por tanto, la presente investigación evalúa el modelo de recopilación de datos empleado para determinar el nivel de satisfacción de los usuarios de hospitalización del Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX “Picacho”, con el fin de asegurar la calidad de la prestación de los servicios en concordancia con la planeación estratégica de la organización.

Para ello, se consultó información estadística de la institución de 2012, 2013 y 2014. De igual modo, las conclusiones y propuestas sugeridas tienen aplicación local.

La presente Tesis se inserta en los esfuerzos por mejorar la calidad en los servicios hospitalarios para seguir ofreciendo buenas prácticas a los usuarios, como las hasta ahora expuestas. El trabajo cuenta con una introducción, justificación, seis capítulos y un apartado de conclusiones. El cuerpo del documento se dispone de la forma siguiente:

- Capítulo I. En él se exponen las condiciones estructurales del Hospital Central del Sur de Alta Especialidad de Pemex “Picacho” como institución que forma parte de la Subdirección de Servicios de Salud de Petróleos

Mexicanos. Se hace una breve muestra de sus antecedentes históricos y de su organigrama.

- Capítulo II. Se enuncia el marco normativo bajo el cual el HCSAE rige su desempeño en el ámbito de la prestación de servicios de salud. La institución trabaja con base en lo dispuesto en el Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas: MO-801-78000-04. El documento fue elaborado por la Unidad de Planeación, Normatividad e Innovación de la Subdirección de Servicios de Salud de la Dirección Corporativa de Administración de Petróleos Mexicanos, en octubre de 2007.
- Capítulo III. En este capítulo se expone el marco teórico. En especial, se retoman las teorías de calidad en servicios hospitalarios de Donabedian, Juran y Crosby. Asimismo, se incluye el modelo de planeación estratégica de los tres vectores de Valdés. Éste permite identificar y establecer el sistema generado por la organización y su entorno. El sistema organizacional emerge de la relación existente en tres espacios, denominados vectores: la misión, estructura organizacional y el diseño de transformación o tipo de tecnología.
- Capítulo IV. A partir de la información de los anteriores capítulos, se procedió a realizar un análisis del modelo de recopilación de datos que actualmente utiliza el HCSAE, conocido como encuesta de posventa. El modelo se diagnosticó, a partir de un análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA).
- Capítulo V. Para este capítulo, se describen las consideraciones metodológicas con las que partió la investigación, en general y el análisis estadístico de la encuesta de satisfacción posventa, en particular. Estos elementos hacen posible el análisis del sistema utilizado en la actualidad para conocer el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios brindados por el HCSAE.

- Capítulo VI. Después de describir el modelo de recopilación de datos, se hizo un análisis estadístico con frecuencias simples y cruces bivariados para la determinación de parámetros e indicadores en el tiempo, a partir de las bases de datos internas a la organización obtenida a través de la aplicación periódica de encuestas de satisfacción o postventa en las cuales se ha empleado un muestreo probabilístico sobre un universo de usuarios del servicio.
- Capítulo VII. Para finalizar, se esbozaron algunas propuestas estratégicas que contribuyan al fortalecimiento del modelo de recopilación de datos sobre la satisfacción de los clientes. De manera especial, se presenta como aportación un nuevo cuestionario posventa, el cual se diseñó para subsanar las deficiencias identificadas en el modelo institucional. Las propuestas persiguen mejorar los procesos en el servicio de hospitalización y, así, aumentar la calidad en el servicio que se otorga en todos los nosocomios integrantes de la Subdirección de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos.

## JUSTIFICACIÓN

La prestación de servicios de salud a través de procesos pretende otorgar a los pacientes el mayor beneficio con menor riesgo; es decir, obtener una adecuada relación costo-beneficio para maximizar la satisfacción y el cumplimiento de las expectativas del usuario. La tarea se torna complicada debido a los problemas que derivan de la aplicación de modelos administrativos en las organizaciones de salud, las dificultades propias relativas al manejo de las enfermedades, el cumplimiento de estándares que garantizan la calidad y los diversos factores sociales, económicos y políticos que afectan a las instituciones de salud.

En México, Aguirre Gas (1997) relata que los estudios sobre la calidad de la atención en los servicios de salud se originaron con revisiones de los expedientes clínicos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), desde hace dos décadas. En 1972, se editaron en forma de fascículos las Instrucciones para Realizar la Auditoría Médica; y en 1973, las de Elaboración del expediente Clínico. Hacia los años 90, grupos de médicos notables –como Ruelas Barajas, Reyes Zapata, Frenk Mora, Bobadilla Fernández y Aguirre Gas, entre otros– realizaron estudios y publicaciones en materia de calidad en los servicios de salud, las cuales han marcado directrices a seguir en la actualidad.

Los esfuerzos de los médicos referidos destacaron la necesidad de información que el cuerpo de gobierno de una unidad de tercer nivel tiene para determinar la satisfacción de los pacientes hospitalizados a partir del análisis y vigilancia del cumplimiento de indicadores. Dicha información orienta a mejoras factibles: permite promover la capacitación continua del personal y obtener mejores resultados de calidad y satisfacción; con el fin de generar un alto sentimiento de identidad en el trabajador, compromiso con el derechohabiente y la institución. De igual modo, la información contribuye a evitar retrasos en la atención médica y quirúrgica, mejorar la productividad y obtener la satisfacción del usuario, de acuerdo

con sus expectativas y necesidades de salud. Es imperioso que los hospitales cumplan con las exigencias mínimas en la organización, estructura, proceso y resultado, con capacitación y actualización del personal para ser menos susceptibles a deficiencias en la ejecución de los servicios que brindan y lograr el bienestar de los pacientes.

En tal sentido, se esperaría cumplir los requerimientos para confirmar que los hospitales poseen la capacidad técnica, de infraestructura y humana conforme a la especialización de los servicios que ofrecen. Sólo así cabría la posibilidad de que la percepción de la calidad que tiene el usuario aumente.

Es preciso diseñar e instrumentar planes estratégicos con miras al desarrollo de la calidad, con capacitación continua al equipo médico, paramédico y administrativo y, en su caso, al adiestramiento necesario del personal de nuevo ingreso. Con ello se cumplirían las expectativas de calidad –de manera medible y con arreglo a objetivos bien definidos– tanto de la institución como del usuario de los servicios de salud. Dentro de esta situación, se busca que la presente investigación aporte recursos metodológicos para futuros estudios en el rubro de la calidad en la prestación de servicios de salud.

# CAPÍTULO I

## MARCO REFERENCIAL

### **1.1 Petróleos Mexicanos y la Subdirección de Servicios de Salud**

La Subdirección de Servicios de Salud (SSS) pertenece a la Dirección Corporativa de Administración y Servicios de Petróleos Mexicanos y al Sistema Nacional de Salud. Su experiencia, dedicación y empeño la han hecho merecedora de múltiples reconocimientos en materia de calidad. Destaca por haberse hecho acreedora de premios estatales, así como por haber sido certificada y recertificada por el Consejo de Salubridad General (CSG) en el 100 por ciento de sus hospitales, hasta 2009 (Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas, 2007).

La labor de la SSS está dirigida a preservar, mejorar y restaurar la salud de los trabajadores, jubilados y sus familiares derechohabientes, lo cual contribuye a elevar la productividad de la empresa. Para ello, cuenta con personal médico y paramédico calificado. Además, posee equipo con tecnología de vanguardia en unidades médicas modernas distribuidas por todo el país en las zonas cercanas a los centros de trabajo de la institución (Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas, 2007).

La SSS cuenta con una fuerza laboral de 10 mil 903 trabajadores de la salud, organizados en un área corporativa con 87 sedes, distribuidas de la manera siguiente: dos hospitales centrales, seis hospitales regionales, doce hospitales generales, tres clínicas-hospital, ocho clínicas, 32 consultorios y quince consultorios en Centros de Desarrollo Infantil (CENDI). Para la administración de los servicios médicos que se subrogan en 85 localidades, se cuenta con ocho coordinaciones médicas de zona: Guadalajara, Mazatlán, Monterrey, Tampico, Veracruz, Villahermosa y en la Ciudad de México se otorga atención a pacientes que

proviene de cualquier región de la República (Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas, 2007).

## **1.2 Antecedentes del Hospital Central del Sur de Alta Especialidad de PEMEX “Picacho”**

Para la atención y asistencia de los derechohabientes del HCSAE, el 21 marzo de 1938 se creó el Departamento Médico y el 4 de abril el de Previsión Social. La creciente demanda de servicios hizo necesaria la transformación de estos departamentos. Por tanto, el 1 de octubre de 1943, se creó el Departamento Central de Previsión Social y el 1 de julio de 1945 el Departamento Médico Central. Ambos tenían el propósito de hacer extensivas las normas y disposiciones relativas a la asistencia médica responsabilizándose de su control (Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas, 2007, p. 7).

Para el 17 de diciembre de 1947, el Departamento Central de Previsión Social y el Departamento Médico Central se fusionaron y fue creado el Departamento Central de Servicios Médicos y Previsión Social. Para el mejor cumplimiento de sus objetivos, se subdividió en las secciones de Asistencia Médica, Higiene, Economía Social, Riesgos Profesionales y Educación (Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas, 2007, p. 7).

El 15 de mayo de 1967 se creó la Gerencia de Servicios Médicos y Previsión Social. Con ella, se consolidaron las normas y procedimientos de trabajo de la medicina institucional bajo bases científicas; se modernizaron las instalaciones médicas, dotándolas del equipo idóneo para su funcionamiento, se establecieron los recursos humanos necesarios para el cumplimiento de las disposiciones contractuales y mejora de la calidad de la atención médica (Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas, 2007, p. 7).



Para 1977, la Gerencia de Servicios Médicos y Previsión Social cambió su denominación a Gerencia de Servicios Médicos –mediante el Acuerdo No. 9/16/77–, debido a que las funciones de Previsión Social que desarrollaba pasaron a formar parte de la entonces Gerencia de Servicios Sociales (Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas, 2007, p. 7).

Mientras que, el 27 de julio de 1998, el Consejo de Administración de Petróleos Mexicanos autorizó la reestructuración de la Dirección Corporativa de Administración y el Fortalecimiento Organizacional de los Servicios Médicos, con el acuerdo CA-349/98. Así, se creó la Subdirección de Servicios Médicos, conformada por dos Gerencias, cuatro Subgerencias y una Unidad –la cual se subdividió en tres Subgerencias con el objetivo de fortalecer su estructura, enfocándola hacia la planeación, normatividad, control y vigilancia en el cumplimiento de programas–. Asimismo, se crearon esquemas regionales de administración de los servicios que permitían la profesionalización de los médicos, mejor atención a los trabajadores, jubilados y derechohabientes, así como la racionalización de los recursos presupuestarios (Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas, 2007, p. 10).

### **1.3 Perfil de la organización**

#### **1.3.1 Denominación**

El 26 de junio de 1984 se inauguró el Hospital Central Sur de Concentración Nacional, –en la actualidad, se conoce como Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX “Picacho”– ubicado en el Boulevard Adolfo Ruiz Cortines No. 4091 (Periférico Sur), colonia Fuentes del Pedregal, Tlalpan, México, Distrito Federal, C.P. 14140. Desde 1991, se abrió el segundo piso para consulta externa y la unidad de tratamientos especializados de Oncología, Ortopedia y Traumatología, Cirugía de Corta Estancia y Hemodiálisis. En 1992, obtuvo la certificación como

“Hospital Amigo del Niño y de la Madre”, otorgado por la Organización Panamericana de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés); en 1999, logró la recertificación (Hospital Central Sur de Alta Especialidad [HCSAE], 2014).

En octubre de 2000, el Hospital fue certificado por primera vez por el Consejo de Salubridad General (CSG) y se instaló la unidad de primer nivel de atención que cuenta con los servicios de Medicina General, Pediatría, Ginecología y Odontología. A partir del 2001, se ha dado gran impulso al desarrollo de sistemas informáticos como apoyo a la atención médica, donde resalta la Agenda Médica y el Expediente Clínico Electrónico (HCSAE, 2014).

En 2002, en el HCSAE se realizaron con éxito los dos primeros trasplantes de hígado de donador vivo relacionado. Esto fortaleció el prestigio en la calidad del trabajo de los médicos de PEMEX. En febrero de 2004, el HCSAE conquistó la acreditación como “Hospital Sí Mujer”, dentro del programa Arranque Parejo en la Vida. También, obtuvo la recertificación como “Hospital Amigo del Niño y de la Madre”, con reacreditación en 2005. Tres años más tarde, fue certificado como “Edificio Libre de Humo de Tabaco”, realizó con notoriedad el primer trasplante de corazón y obtuvo el premio Tecnologías Médicas Innovando la Salud (Tecmed) (HCSAE, 2014).

En 2009, por segunda vez, el hospital consiguió la certificación del CSG. Para mayo de 2012 se iniciaron los trabajos de remodelación en diversas áreas, con el fin de modernizar las instalaciones y cumplir con los requerimientos del CSG. El propósito era la recertificación. En ese mismo año, se obtuvo la Certificación de Calidad Ambiental Nivel de Desempeño 1 por parte de la Procuraduría Federal de Protección al Ambiente (PROFEPA) y se realizó el segundo trasplante de corazón. En 2013, destacó por la remodelación realizada en las áreas de urgencias, laboratorio de anatomía patológica y endoscopia (HCSAE, 2014).

### 1.3.2 Estructura de la organización

El HCSAE busca satisfacer las necesidades asociadas con la salud de sus usuarios. Para lograr este cometido de manera oportuna, posee una estructura organizacional funcional integrada de la forma siguiente: Dirección, Subdirección Médica, Subdirección Administrativa, Jefaturas de Servicio y Personal Operativo. Las primeras tres son de especial relevancia para este estudio. Por tal motivo, sus objetivos se describen a continuación, a partir de información del *Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas* (Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas, 2007).

- *Dirección.* Se encarga de cumplir la misión, visión, los objetivos de orden superior, la filosofía, los valores fundamentales, las políticas, las funciones y fortalezas de la institución, labor que realiza con servicios de salud preventivos y eficientes que mejoren de manera gradual y continua la calidad de vida de los trabajadores, jubilados y familiares derechohabientes de PEMEX. Con la finalidad de cumplir los objetivos, trabaja de manera conjunta con los Departamentos de Fomento a la Calidad, Enseñanza e Investigación; las Subdirecciones Médica y Administrativa, la Coordinación de Consulta Externa y la Supervisión Médica (Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas, 2007, p. 56).
- *Subdirección Médica.* Mantiene una adecuada supervisión y control de las funciones, así como de las actividades de las diferentes jefaturas de servicios. Para facilitar una correcta toma de decisiones en los aspectos médico-administrativos, la institución garantiza una atención médica integral y de calidad, con un enfoque preventivo. Cuenta con la colaboración de la Coordinación de Consulta Externa, la cual tiene a su cargo los servicios de alergología, dermatología, endocrinología, genética, geriatría, infectología, medicina general, medicina pericial, neumología, odontología, proctología,

reumatología y archivo clínico. Además recibe apoyo de las jefaturas de servicio de anestesiología, cardiología, cirugía cardiovascular, cirugía general, cirugía plástica y reconstructiva, enfermería, gastroenterología, gineco-obstetricia, hematología y banco de sangre; también de los laboratorios de análisis clínicos, anatomía patológica, medicina del trabajo, medicina interna y preventiva, nefrología, neurocirugía, oftalmología, oncología, otorrinolaringología, pediatría, psiquiatría, radiología e imagen, rehabilitación física, terapia intensiva, trabajo social, trasplantes, traumatología y ortopedia, urgencias y urología. Esta estructura se aprecia de forma más clara en la figura 1, la cual contiene el organigrama de la institución (Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas, 2007, p. 61).

- *Subdirección Administrativa.* Encargada de mantener una adecuada administración y control de las diferentes jefaturas de servicio, para la correcta toma de decisiones en los aspectos médico-administrativos del hospital. Garantiza la satisfacción de los servicios con una atención médica integral de calidad. De esta subdirección dependen los departamentos de adquisiciones (subdividido en almacén y botiquín), alimentación, farmacia, el Centro de Desarrollo Infantil [CENDI], intendencia, mantenimiento, recursos humanos, recursos financieros (integrado por presupuestos, contabilidad de costos, tesorería y activos fijos), ropería, transportes y vigilancia (Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas, 2007, p. 53).

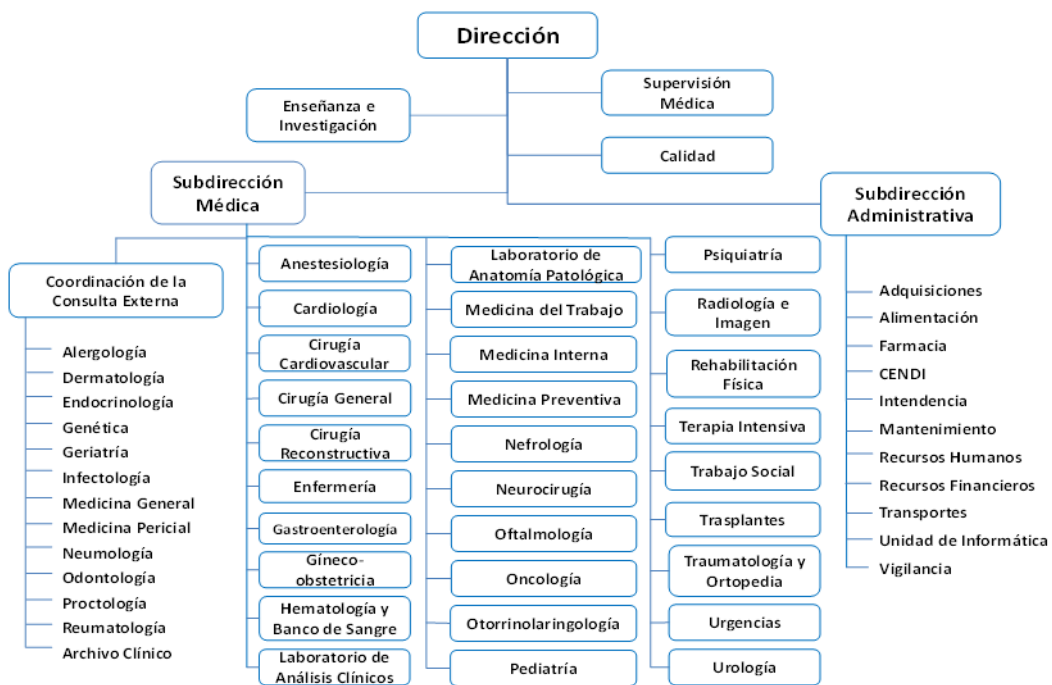
La planta productiva del hospital se integra por 151 médicos especialistas, siete médicos generales, doce de urgencias, tres de medicina preventiva, cuatro de salud en el trabajo, ocho odontólogos, un cirujano maxilofacial, un endodoncista, 15 técnicos radiólogos, 85 enfermeros generales, 139 enfermeros especialistas, 128 auxiliares de enfermería, 14 químicos, nueve laboratoristas, 21 técnicos de laboratorio, 589 miembros del personal administrativo; en suma, son 1,180

empleados, de los cuales 259 laboran bajo el régimen contractual de confianza y 985 sindicalizados (Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas, 2007, p. 123).

### 1.3.3 Organigrama

Con base en el Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas, 2007, a continuación se presenta la estructura del HCSAE:

**Figura 1. Organigrama**

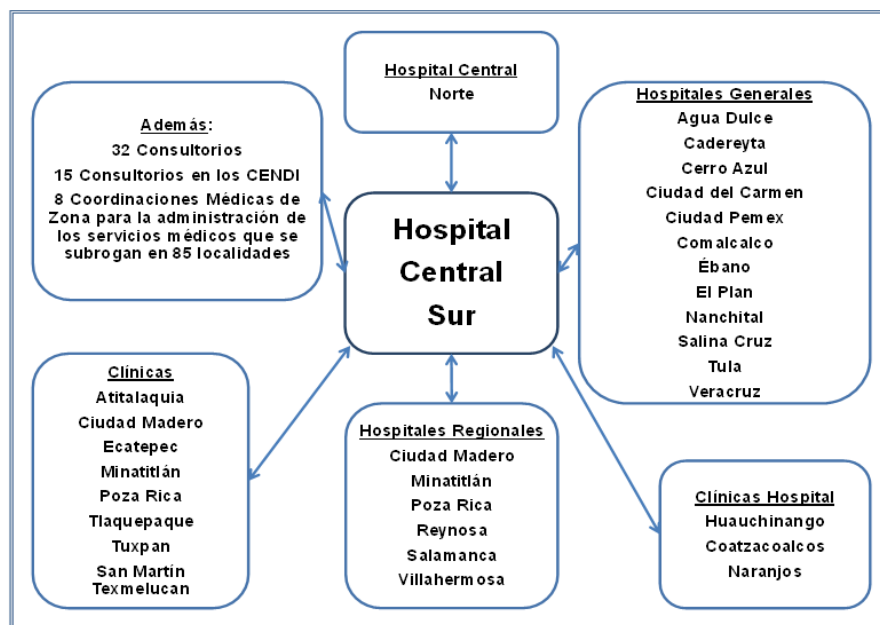


Fuente: elaboración propia con información del Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas de PEMEX (2007, p. 121).

### 1.3.4 Interrelación del HCSAE con otras organizaciones

Además de las interrelaciones existentes con las 87 sedes de la Subdirección de Servicios de Salud de PEMEX (figura 2), el HCSAE cuenta con numerosos proveedores (figura 3) para abastecer los insumos necesarios de sus distintos departamentos. De igual modo, mantiene relación con diversas organizaciones para la subrogación de servicios (tabla 1), con la finalidad de lograr que todas las áreas puedan desarrollar sus labores y enfocarse en el cumplimiento de la misión y objetivo de la organización, así como en la satisfacción de los usuarios.

**Figura 2. Interrelación del HCSAE con otras organizaciones**



Fuente: elaboración propia con información del Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas de PEMEX (2007).

**Figura 3. Proveedores**

|                                     |   |  |  |  |
|-------------------------------------|---|--|--|--|
| Boston Scientific S.A. de C.V.      | Casa Marzam S.A. de C.V.                    | Casa Saba S.A. de C.V.                       | Casa Wejo S.A. de C.V.                         | Central Farmacéutica Merced S.A. de C.V.                 |
| Comercializadora Briza S.A. de C.V. | Comercializadora Pharmaceutica S.A. de C.V. | Corporativo Farmaceutico Gepham S.A. de C.V. | Distribuidora de Medicamentos PTH S.A. de C.V. | Distribuidora Especializada de Medicamentos S.A. de C.V. |
| Farmacéuticos Maypo S.A. de C.V.    | Fármacos Especializados S.A. de C.V.        | Grafikko S.A. de C.V.                        | Hi-Tec Medical S.A. de C.V.                    | Jhonson & Jhonson S.A. de C.V.                           |
| Laboratorios Pisa S.A. de C.V.      | Landsteiner Pharma S.A. de C.V.             | Medical Tools S.A. de C.V.                   | Mediprev S. de R.L. de C.V.                    | Mercado Hospitalario S.A. de C.V.                        |
| Merck S.A. de C.V.                  | Nadro S.A. de C.V.                          | Ralca S.A. de C.V.                           | Representaciones O.P.V. S.A. de C.V.           | Suplementos Quirúrgicos S.A. de C.V.                     |

Fuente: elaboración propia con información de la Unidad de Planeación, Normatividad e Innovación de la Subdirección de Servicios de Salud de PEMEX (2007).

**Tabla 1. Subrogación de Servicios**

|  |   |
|--|---|
| Centro de Diagnóstico Molecular S.A. de C.V.                       | Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"                    |
| Clínica Hiperbárica Peter Shael S.A. de C.V.                       | Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias                      |
| Coloproctólogos Asociados S.C.                                     | Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" |
| Corporativo Oncológico de Radioterapia y Radiocirugía S.A. de C.V. | Laboratorio de Análisis Clínicos Lapi                                 |
| Estrategia Ocular y Gabinetes de R.L. de C.V.                      | Laboratorio de Radiología Diagnóstica en Ortodoncia                   |
| Gastro y Endoscopia Integral S.C.                                  | Médica Sur S.A. de C.V.   |
| Health Programs de México S.A. de C.V.                             | Neurogamma S.C.   |
| Hisparep S.A. de C.V.  | Operadora de Hospitales Ángeles                                       |
| Hospitales Ángeles   | Sanatorio Oftalmológico Mérida S.A. de C.V.                           |
| Hospital Dalinde   | Secretaría de Salud   |
| Hospital de la Luz   | Universidad Nacional Autónoma de México                               |
| Imagen Clínica S.A. de C.V.  | Uroclinic 2000 S.A. de C.V.   |

Fuente: elaboración propia con información de la Unidad de Planeación, Normatividad e Innovación de la Subdirección de Servicios de Salud de PEMEX (2007).

#### **1.4 Antecedentes operativos y financieros**

En el HCSAE se realizan los servicios de salud de acuerdo con la planta productiva. En el turno matutino opera el 100 por ciento de los recursos, mientras que en el vespertino y nocturno, sólo el 30 por ciento. Así, se subutilizan los bienes de la institución con la capacidad física instalada, como se muestra en la tabla 2.

Cabe aclarar que las *camas censables* se refieren a aquellas en servicio instaladas en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos. También, debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente. Es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días estancia. En contraste, las *camas no censables* son las que se destinan a la atención transitoria o provisional, para observación del paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. Por ello, incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido (NORMA Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud, 2004).



**Tabla 2. Capacidad física instalada**

|   |     |
|---|-----|
| Camas Censables   | 140 |
| Camas No Censables  | 25  |
| Laboratorio Clínico   | 1   |
| Laboratorio de Biología Molecular                           | 1   |
| Laboratorio de Patología                                    | 1   |
| Laboratorio de Salud (Clínicas de Tabaquismo y Pierde Peso) | 1   |
| Salas de Radiología e Imagen (total)                        | 7   |
| RX  | 4   |
| USG   | 4   |
| TAC   | 1   |
| IRM   | 1   |
| Fluoroscopia  | 1   |
| Salas de Expulsión  | 2   |
| Salas Quirúrgicas (total)                                   | 14  |
| Quirófanos Centrales  | 9   |
| Ambulatorios  | 5   |
| Banco de sangre   | 1   |
| Consultorios y cubículos                                    | 104 |

Fuente: elaboración propia con información del Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas de PEMEX (2007).

Durante los últimos seis años la Gerencia de Servicios Médicos de Pemex por medio del HCSAE, ha brindado, en promedio, 264 mil 944 consultas (tabla 3) y 4 mil 396 cirugías (tabla 4) a pacientes locales y foráneos provenientes de los distintos centros de atención que integran el sistema de salud de Petróleos Mexicanos.

**Tabla 3. Consultas**

| Consultas           | 2009           | 2010           | 2011           | 2012           | 2013           | 2014           |
|---------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>Especialidad</b> | 252,634        | 243,147        | 249,862        | 189,993        | 187,362        | 191,673        |
| <b>Urgencias</b>    | 41,683         | 46,541         | 47,112         | 46,926         | 47,342         | 45,394         |
| <b>Total</b>        | <b>294,317</b> | <b>289,688</b> | <b>296,974</b> | <b>236,919</b> | <b>234,704</b> | <b>237,067</b> |

Fuente: elaboración propia con información de la Gerencia de Servicios Médicos (PEMEX Servicios de salud, s.f.).

**Tabla 4. Cirugías**

| Cirugías                | 2012         | 2013         | 2014         |
|-------------------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Programadas</b>      | 2,471        | 2,327        | 2,387        |
| <b>Urgencia</b>         | 781          | 938          | 1,636        |
| <b>Ambulatoria</b>      | 1,055        | 1,128        | 466          |
| <b>Suspendidas</b>      | 620          | 734          | 534          |
| <b>Total realizadas</b> | <b>4,307</b> | <b>4,393</b> | <b>4,489</b> |

Fuente: elaboración propia con información de la Gerencia de Servicios Médicos (PEMEX Servicios de salud, s.f.).

En el apartado de presupuestos (tabla 5), se integra y distribuye de manera general en tres grandes rubros: medicamentos, material y equipo (42%); sueldos y salarios (50%). En ambos se aprecia la disminución en las cantidades asignadas para cada año. En cambio, para subrogados, mantenimiento y otros (8%) se distingue el aumento de los montos conferidos.

**Tabla 5. Presupuesto**

| Tipo de presupuesto                            | 2012             | 2013             | 2014             |
|--|------------------|------------------|------------------|
| <b>Global</b>                                  | \$ 1,123,000,000 | \$ 1,112,000,000 | \$ 1,056,000,000 |
| <b>Medicamento, material y equipo médico</b>   | \$ 468,000,000   | \$ 460,000,000   | \$ 398,000,000   |
| <b>Sueldos y salarios</b>                      | \$ 566,000,000   | \$ 560,000,000   | \$ 549,000,000   |
| <b>Subrogados mantenimiento y otros gastos</b> | \$89,000,000     | \$92,000,000     | \$109,000,000    |

Fuente: elaboración propia con información de la Gerencia de Servicios Médicos (PEMEX Servicios de salud, s.f.).

En síntesis, en el presente capítulo, se señaló que el Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX, "Picacho", ha tenido una evolución constante. De igual modo, las subdirecciones Administrativa y Médica atienden la gestión de la calidad de los servicios y los recursos operativos. Se evidencia que el turno matutino trabaja con todos los recursos; mientras que, el vespertino y nocturno sólo con el 30 por ciento a ellos. También el número de consultas y presupuesto han disminuido.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO NORMATIVO**

El compromiso de la Subdirección de Servicios de Salud (SSS) de Petróleos Mexicanos es atender las afecciones de los trabajadores, jubilados y sus familiares derechohabientes; proporcionándoles atención médica integral, en cumplimiento del Capítulo XIV del Contrato Colectivo de Trabajo, así como del artículo 67 del Reglamento de Trabajo del Personal de Confianza de Petróleos Mexicanos y Organismos Subsidiarios. Además, rige sus funciones según los ordenamientos del Manual de Organización de la SSS y Unidades Operativas: MO-801-78000-04, elaborado por la Unidad de Planeación, Normatividad e Innovación de la Subdirección de Servicios de Salud de la Dirección Corporativa de Administración y Servicios de Petróleos Mexicanos, en octubre 2007. Incluye los ordenamientos que se exponen en los acápites siguientes.

#### **2.1 Marco normativo externo**

##### **2.1.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**

Artículo 4º párrafo III "...Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general..."

##### **2.1.2 Ley General de Salud**

De manera particular, los servicios de salud operan de conformidad con la Ley General de Salud. Entre sus artículos relevantes figura, en primer lugar, el 5º, que apunta la adscripción del HCSAE al Sistema Nacional de Salud (SNS):

El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud (Ley General de Salud, 2015).

Dada tal condición, el HCSAE es responsable de cumplir con los objetivos del SNS, señalados en el artículo 6°:

I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo los problemas sanitarios prioritarios y los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.

II. Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país.

III. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social.

IV. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez.

IV Bis. Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social.

V. Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida.

VI. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud.

VI Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas.

VII. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección, y

VIII. Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud (Ley General de Salud, 2015).

En esencia, el artículo 6° enlista los objetivos del SNS. También, el artículo 23 de la Ley General de Salud (2015) señala que son consideradas como servicios de salud todas aquellas actividades en beneficio de algún individuo o la sociedad en su generalidad cuyo fin es proteger, promover y restaurar su salud. De acuerdo con el artículo 24, los servicios se clasifican en tres tipos: atención médica, salud pública y asistencia social.

El artículo 26 establece que los servicios de salud requieren la definición de criterios de distribución del universo de usuarios; de regionalización y de escalonamiento de servicios y de universalización de cobertura para su organización y administración. En este tenor, el artículo 27 especifica como servicios básicos de salubridad las acciones siguientes:

- I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente.
- II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes.
- III. La atención médica integral, que comprende actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.
- IV. La atención materno-infantil.
- V. La planificación familiar.
- VI. La salud mental.
- VII. La prevención y el control de las enfermedades bucodentales.
- VIII. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud.
- IX. La promoción del mejoramiento de la nutrición, y
- X. La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas (Ley General de Salud, 2015).

En el artículo 32, la atención médica es definida como aquellos servicios proporcionados a los individuos para proteger, promover y restaurar su salud. De acuerdo con el artículo 33, estos servicios son categorizados de la manera siguiente:

- I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica.
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno.
- III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales, y
- IV. Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario (Ley General de Salud, 2015).

En el artículo 35, se definen como servicios públicos de salud para la población a aquellos brindados en establecimientos públicos de salubridad. En tanto públicos, se rigen bajo los criterios de universalidad y gratuidad, a partir de las condiciones socioeconómicas de los usuarios. El acceso a estos servicios depende de los convenios suscritos con las instituciones que los ofrecen.

El artículo 37 enmarca los servicios de los derechohabientes de organizaciones públicas de seguridad social, los cuales incluyen atención médica, atención materno-infantil, planificación familiar, salud mental, promoción de la formación de recursos humanos, salud ocupacional y todas las actividades destinadas a prevenir y controlar enfermedades no transmisibles y accidentes.

Los usuarios de los servicios de salud también son definidos por la Ley. Con base en el artículo 50, los derechohabientes son las personas que requieren y obtienen los servicios ofertados por los sectores público, social y privado bajo las

condiciones y cada modalidad establecidas en esta Ley y demás disposiciones aplicables.

El artículo 51 describe los derechos de los usuarios. Señala que gozan de prestaciones de salud oportunas y de calidad, con atención médica profesional, ética y responsable. También es obligatorio que el personal de las instituciones de salud brinde respeto y trato digno a los usuarios. El mismo artículo establece el derecho a la selección libre y voluntaria del médico que habrá de atenderlos. La decisión queda circunscrita a los profesionales presentes en la unidad de primer nivel de atención que les corresponde por domicilio, así como al horario de trabajo, la disponibilidad de espacios del médico elegido y las reglas generales de cada institución. En las organizaciones de seguridad social, sólo se otorga este derecho a los asegurados y sus beneficiarios.

El artículo 54 señala que las autoridades sanitarias y las organizaciones de salud están encargadas de ejecutar y diseñar procedimientos para orientar y asesorar a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran. También son su responsabilidad los mecanismos de recepción de quejas, reclamaciones y sugerencias acerca de los servicios prestados o de la falta de probidad de los servidores públicos. Esto también incluye a las comunidades indígenas, a quienes, en caso de ser necesario, proveer de orientación en su lengua.

Así como los pacientes tienen derechos, del mismo modo tienen obligaciones. El artículo 51 señala que los usuarios tienen la obligación de ajustarse a los reglamentos internos de las instituciones de salud que les prestan servicios, procediendo con diligencia en el uso y conservación de los materiales y equipos médicos puestos a su disposición.



### **2.1.3 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios Médicos de 2015**

Para los fines de la presente investigación sobre la calidad en los servicios que presta el HCSAE, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios Médicos (2015) es de especial interés. En sintonía con la Ley General de Salud (2015), contiene las siguientes definiciones en su artículo séptimo:

- I. Atención médica.- El conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger y promover y restaurar su salud.
- II. Servicio de atención médica.- El conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos.
- III. Establecimiento para la atención médica.- Todo aquel, público, social o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios.
- IV. Demandante.- Toda aquella persona que para sí o para otro, solicite la prestación de servicios de atención médica.
- V. Usuario.- Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.
- VI. Paciente ambulatorio.- Todo aquel usuario de servicios de atención médica que no necesite hospitalización.
- VII. Población de escasos recursos.- Las personas que tengan ingresos equivalentes al salario mínimo vigente en la zona económica correspondiente, así como sus dependientes económicos.
- VIII. Para efectos del párrafo anterior el responsable del establecimiento deberá realizar un estudio socioeconómico en recursos propios o solicitar y asegurarse que sea llevado a cabo por el personal de la Secretaría de la zona correspondiente, y todo aquel usuario de servicios de atención médica que se encuentre encamado en una unidad hospitalaria.

Para este Reglamento, la calidad también es un imperativo. De acuerdo con su artículo 48, los usuarios tienen derecho a recibir prestaciones de salud, oportunas, idóneas, profesionales, éticas y responsables a través del trato respetuoso y digno que brinda el personal de salud: profesionales, técnicos y auxiliares.

En tal orden de ideas; el artículo 49, apunta que es imprescindible que los usuarios se ajusten a las disposiciones de las instituciones prestadoras de servicios de atención médica, acerca del uso y cuidado del mobiliario, los equipos médicos y los materiales puestos a su disposición.

En sintonía con el artículo 54 de la Ley General de Salud (2015), el artículo 51 del Reglamento (2015) señala que es facultad de las autoridades sanitarias y los establecimientos de salud estipular los procedimientos e instancias para que los usuarios presenten quejas, reclamaciones o sugerencias acerca de la prestación de servicios o la falta de probidad de servidores públicos o privados.

Además, en el artículo 52 se esclarece la posibilidad de que cualquier persona comunique a la Secretaría de Salud o a las autoridades sanitarias competentes la existencia de irregularidades en la prestación de atención médica.

Por otra parte, el artículo 69 del Reglamento referido (2015) define a los hospitales como los establecimientos públicos, sociales o privados cuyo fin es atender a enfermos internados y ambulatorios para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Donde también, se efectúan acciones para fomentar los proyectos de investigación y la formación y el desarrollo del personal de salud. De acuerdo con su grado de complejidad y capacidad de resolución.

En el artículo 70 los hospitales se clasifican de la forma siguiente:

- I.- Hospital general: Es el establecimiento de segundo o tercer nivel para la atención de pacientes, en las cuatro especialidades básicas de la medicina: Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina

Interna, Pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización.

El área de hospitalización contará en los hospitales generales con camas de Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría, donde se dará atención de las diferentes especialidades de rama.

Además deberá realizar actividades de prevención, curación y rehabilitación a los usuarios, así como de formación y desarrollo de personal para la salud e investigación científica.

II.- Hospital de especialidades: Es el establecimiento de segundo y tercer nivel para la atención de pacientes, de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas que presta servicios de urgencias, consulta externa, hospitalización y que deberá realizar actividades de prevención, curación, rehabilitación, formación y desarrollo de personal para la salud, así como de investigación científica, y

III.- Instituto: Es el establecimiento de tercer nivel, destinado principalmente a la investigación científica, la formación y el desarrollo de personal para la salud. Podrá prestar servicios de urgencias, consulta externa y de hospitalización, a personas que tengan una enfermedad específica, afección de un sistema o enfermedades que afecten a un grupo de edad.

#### **2.1.4 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal de 2015**

Conforme a la naturaleza del HCSAE, es importante mencionar la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (2015). En su artículo 45, los organismos descentralizados se definen como aquellos creados por ley con personalidad jurídica y patrimonio propios, cualquiera que sea la estructura legal que adopten.

## **2.2 Marco normativo interno**

En el ámbito de la normatividad interna, destacan el Estatuto Orgánico de Petróleos Mexicanos (2015) y el Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas (2007). En el primero, el artículo 19 incluye a la Subdirección de Servicios de Salud con sus respectivas Gerencias de Servicios Médicos, Prevención Médica y Normalización y Calidad de los Servicios de Salud como parte de la estructura orgánica de PEMEX.

De igual modo, el artículo 117 del Estatuto atribuye como responsabilidad de la Dirección Corporativa de Administración y Servicios la dirección y evaluación de los servicios de salud brindados a “trabajadores, jubilados y derechohabientes de PEMEX, sus Empresas Productivas Subsidiarias, así como, en su caso, a Empresas Filiales y terceros” (Estatuto Orgánico de Petróleos Mexicanos, 2015).

Además, el artículo 126 describe las funciones de la Subdirección de Servicios de Salud, como coordinar y planear la prestación de los servicios de salud para los derechohabientes.

Por otra lado, el Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas (2007) desglosa las legislaciones y reglamentaciones siguientes: Ley Orgánica de Petróleos Mexicanos y Organismos Subsidiarios; Contrato Colectivo de Trabajo; Reglamento de Trabajo del Personal de Confianza de Petróleos Mexicanos y Organismos Subsidiarios; Reglamento de Seguridad e Higiene de Petróleos Mexicanos; Lineamientos Normativos emitidos por Petróleos Mexicanos y Organismos Subsidiarios; Manual de Organización y Plan Estratégico Maestro, Normas y Procedimientos de Servicios Médicos.

El Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas (2007) describe la misión de los servicios de salud en PEMEX:

Proporcionar servicios integrales de salud con enfoque preventivo, mediante una cultura de corresponsabilidad con los trabajadores, jubilados y derechohabientes de Petróleos Mexicanos, que considere a la persona en el trabajo, en la familia, en la comunidad y en el medio ambiente, para contribuir a mejorar su calidad de vida y coadyuvar en la rentabilidad de la empresa.

En esencia, la Subdirección de Servicios de Salud tiene el cometido de ofrecer servicios que atiendan las afecciones de los empleados en su entorno familiar, comunal y laboral. A su vez, el Manual (2007) indica que ésta Subdirección cuenta con una organización funcional –compuesta de unidades administrativas especializadas– y congruentes con su modelo de atención. Cada unidad tiene un conjunto de objetivos y responsabilidades bien definidas y enfocadas al logro de la misión.

En síntesis, el marco normativo de PEMEX ofrece lineamientos específicos, para prestar servicios de salubridad. De manera especial, ha servido para identificar la importancia de proteger, promover y restaurar la salud de los derechohabientes. Con esta intención, los servidores públicos que pertenecen a la SSS de PEMEX tienen la obligación de ofrecer a los pacientes atención médica profesional, ética, responsable, oportuna y de calidad. Por último, el marco normativo delimita la misión que tiene la Subdirección de Servicios de Salud y el HCSAE.

## CAPÍTULO III

### MARCO TEÓRICO

#### 3.1 Los sistemas de salud

En los sistemas de salud, los servicios son prestados por médicos, odontólogos, enfermeras y el resto del personal de los hospitales, consultorios y clínicas para conservar o restablecer la salud. Éstos se dividen en dos categorías: los preventivos, los curativos y/o rehabilitación (Kerr y Trantow, 1969, citado por Losada, M. y Rodríguez, S. 2007), para mantener o devolver la salud a las personas.

En el entorno internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.) afirma que estos sistemas “engloban todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud”. Sus funciones principales son provisión de servicios, generación de recursos, financiación y la gestión. Organización Mundial de la Salud (s.f.).

En México el sistema de salud se constituye por los sectores público, privado y social. El primero está conformado por las instituciones de seguridad social: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) y Petróleos Mexicanos (PEMEX). Todos prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía. También, se encuentran las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), la Secretaría de Salud (SS), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O) (Gómez Dantés, *et al.*, 2011).

El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX e ISSFAM es el mismo gobierno) y contribuciones de los

empleados. Cabe mencionar que los trabajadores de PEMEX no pagan ninguna cuota o contribución por concepto de atención médica. Estas instituciones prestan los servicios en sus propias instalaciones y con su personal. Tanto la SS como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y estatal según corresponda además de una cuota de recuperación que desembolsan los usuarios al recibir la atención. El SPSS se financia con recursos del gobierno federal y estatal, además de cuotas familiares y subroga servicios de salud para los usuarios de la SS y a los SESA, en algunas ocasiones a proveedores privados (Gómez Dantés, *et al.*, 2011).

El sector privado ofrece servicios a la población con capacidad de pago, se financia con las erogaciones que hacen los usuarios al momento de recibir la atención o con las primas de los seguros médicos privados; así como accionistas y donantes. Ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales que son propiedad de particulares (Gómez Dantés, *et al.*, 2011).

### **3.1.1 Niveles de atención en salud**

De acuerdo con Barquín (1994), el concepto de *niveles de atención en salud* se determina por el grado de complejidad de los servicios médicos y el área geográfica que protegen: ambos precisan otorgarse de manera oportuna, integral, eficaz y accesible a los beneficiarios. La estratificación de la atención médica se fundamenta en las diferentes necesidades de los usuarios con base en criterios cualitativos y cuantitativos. Su intención es atender a los pacientes de manera razonada y gradual, al tomar en cuenta los recursos y condiciones de las instituciones de salud en el ámbito comunitario.

Al respecto, la Subdirección de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos define al primer nivel de atención como la unidad médica a la que se encuentra adscrita la población derechohabiente de acuerdo con su domicilio. Tiene la finalidad de promover, proteger y fomentar la salud; así como diagnosticar y resolver con oportunidad los padecimientos más frecuentes, tanto agudos como crónicos, en

pacientes ambulatorios. La atención es proporcionada por médicos generales, pediatras, odontólogos, ginecólogos y especialistas en medicina preventiva (Barquín, 1994).

También, en el primer nivel se incluyen las acciones y los servicios enfocados a preservar la salud mediante la promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico, protección específica, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, rehabilitación, o atención de padecimientos que se presentan con frecuencia y cuya resolución es factible por medio de atención ambulatoria. Cada una de estas actividades requiere una combinación de recursos de poca complejidad técnica (Barquín, 1994).

Con respecto al segundo nivel, la atención ambulatoria especializada y la hospitalización de pacientes derivados del primer nivel o los que se presentan en urgencias médico-quirúrgicas. La solución de estos casos médicos demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal especializado. También, en este nivel caben las acciones de vigilancia epidemiológica para el sostén de las realizadas en el primer nivel (Barquín, 1994).

PEMEX entiende las unidades de segundo nivel como aquéllas que permiten resolver padecimientos de mediana complejidad –tanto en pacientes ambulatorios, como en aquellos que han de ser hospitalizados–. La atención es proporcionada por especialistas en cirugía general, pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna, ortopedia, otorrinolaringología y oftalmología. Además, es asistida por auxiliares de diagnóstico, tratamiento y anestesiología

En el tercer nivel se realizan actividades orientadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios canalizados por los otros niveles. Los padecimientos que presentan los pacientes son de alta complejidad –en el diagnóstico o en el tratamiento–. Se necesita del trabajo de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas. Este nivel incluye funciones de apoyo



especializado para la vigilancia epidemiológica, actividades de investigación y formación de recursos humanos. También, incluye a las unidades de referencia para pacientes con patologías graves y complejas que requieren de alta tecnología o que presentan padecimientos poco frecuentes (Barquín, 1994).

Como se aprecia, la diferenciación de la atención médica por niveles necesita ser unificada con las definiciones de *calidad y satisfacción del usuario*. Si bien la complejidad es un criterio para la distribución de funciones operativas, es imperativo definir una serie de requisitos para que cada uno realice sus actividades de conformidad con las expectativas de los clientes internos y externos. Como es de suponerse, cada nivel presentará demandas y requerimientos diversos.

### **3.2 Satisfacción del usuario y calidad**

La comprensión de la calidad está rodeada de diversas concepciones erróneas. Su definición coloquial –caracterizada por su gran ambigüedad–<sup>1</sup> propicia que un gran número de organizaciones no se interesen por fomentarla. Incluso les parece una tarea en extremo difícil. No obstante, conocer la manera en que fue definida por los autores clásicos en la materia permite entenderla como una práctica al alcance de cualquiera que se haya instruido en el tema.

Una de las primeras acepciones contemporáneas de la calidad fue expuesta por William Edwards Deming (como se cita en Griful y Canela, 2002), quien definió calidad como la satisfacción de las necesidades actuales y futuras de los clientes. Su filosofía se basa en que la calidad es una serie de acciones orientadas a la mejora continua. Por tanto, este concepto se encuentra al alcance de toda persona u organización cuya intención es satisfacer las necesidades de los clientes.

---

<sup>1</sup> Calidad: “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor” (Diccionario de la Real Academia Española, 2012).

Ahora bien, para eludir ambigüedades, Crosby (1989) expone cinco conceptos erróneos de la calidad. En primer lugar, señala uno de los más extendidos: creer que la calidad es un sinónimo de excelencia. En contra de lo que podría suponerse, más bien, el concepto corresponde con un conjunto de características definidas por la organización. Los productos o servicios generados son de calidad, si cumplen con los requisitos estipulados con antelación.

El segundo error expuesto es la suposición de que la calidad es algo intangible, sólo apreciable y replicable por un conjunto de individuos talentosos. Por el contrario, enfatiza que la calidad es algo entendible y por tanto *medible*. Así, las técnicas y métodos de gestión de la calidad están a la disposición de cualquier institución. Por consiguiente, deja su aura de misterio para pasar al terreno de la ciencia empírica-analítica.

Otra equivocación más está relacionada con la *economía de la calidad*. Una gran cantidad de organizaciones se rehúsa a manejar sistemas de administración de la calidad por especular que representarían un costo que exceda sus capacidades. No obstante, que la institución es la encargada de definir las condiciones de calidad, también evalúa los procesos. En consecuencia, la calidad no cuesta más que su estipulación.

En cuarto lugar, indica la culpa excesiva que se atribuye a los obreros –o a sus pares en cualquier empresa– por las deficiencias en la calidad. Esta idea olvida que los éxitos y los fracasos en la materia pasan por todas las áreas de producción. Por tanto, una gran cantidad de inconvenientes llegarían a solucionarse si se corrigiesen en su respectiva área.

Por último, un error no menos grave consta en atribuir toda la responsabilidad de la calidad al área que la gestiona. Sin embargo, dicha noción olvida que las personas de la empresa son quienes, al final, intervienen en la generación de

servicios y productos. Por tanto, las consecuencias producidas por el área de calidad son mínimas.

Para evadir las ambigüedades expuestas en la conceptualización de la calidad, Crosby (1989) la definió como “Hacer que la gente haga mejor las cosas importantes que de cualquier forma tiene que hacer” (p.11). Entonces, la calidad se vuelve administración o gestión de recursos la cual garantiza que los servicios o productos se desarrollen en la forma pactada. De tal suerte, la calidad es prevención que precisa tener un estándar de realización con cero defectos. Bajo su concepción, la calidad genera más ahorros que los gastos derivados de su mejoramiento.

Además de la primera aproximación teórica de Crosby, la calidad ha sido idealizada por las organizaciones dedicadas al comercio o la industria. Surgió en dichos sectores debido a la búsqueda continua por mejorar sus productos y servicios, así como por su necesidad de contar con estrategias competitivas, que elevasen la eficiencia organizacional y satisfacción del cliente.

En tal sentido, se encuentra el modelo de Joseph Juran. Este pionero de la calidad desarrolló una metodología de control estadístico de procesos y muestreos de aceptación. Su objetivo fue crear sistemas de medición para alcanzar la reproducibilidad de la calidad. Para este autor, la calidad tiene dos principales acepciones. La primera está vinculada con realizar –de manera pronta y eficaz– procesos de producción distribución y venta de servicios o productos. En esencia, esta aproximación de la calidad se relaciona con la *satisfacción del cliente*. Juran (1990) dice que “tales características son decisivas para el comportamiento del producto y para la ‘satisfacción con el producto’” (p.4).

Con respecto de la segunda acepción, Juran refiere que la calidad es la ausencia de deficiencias; por ejemplo, retrasos en las entregas, fallos durante el servicio o cancelación de contratos. Aclara que las deficiencias son de suma importancia, ya que “dan como resultado las quejas, reclamaciones, devoluciones,

reprocesos y otros daños. En conjunto son las formas de ‘insatisfacción con el producto’” (Juran, 1990, p. 4). En síntesis, las definiciones de calidad de este autor giran en torno a la presencia o ausencia de la satisfacción del cliente.

Con base en los planteamientos de Crosby y Juran, han surgido algunos postulados contemporáneos. En dicho tenor, Kaoru Ishikawa (como se cita en Griful y Canela, 2002) señala que la calidad es “desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, útil y siempre satisfactorio para el consumidor”. Para identificar los procesos que requerían mejorarse, este ingeniero japonés diseñó un diagrama de causa-efecto conocido como *espina de pescado*. El esquema posibilita ordenar grandes cantidades de información para reconocer las causas de los desperfectos obtenidos en los procesos de producción. En consecuencia, es posible detectar los factores a mejorar en los productos y servicios prestados, lo cual acercaría a la organización a satisfacer las expectativas de los clientes.

Las ideas anteriores de la calidad motivaron el surgimiento de la Organización Internacional de Normalización (ISO, por sus siglas en inglés), creada en febrero de 1947 para asegurar la estandarización de procesos a nivel mundial. Este organismo se ha encargado de crear una gran cantidad de normas para la gestión de la calidad; la más conocida es la ISO 9000, que define la calidad como el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

Por otro lado, Juran observó la importancia de que los requisitos de la calidad se apeguen a las exigencias de los usuarios. De esta manera, las necesidades del paciente, la historia de la institución y los requerimientos mínimos para los servicios de salud son algunos ejes básicos para definir la calidad.

Tras considerar los anteriores axiomas, para la presente investigación, la calidad se define a través de la *satisfacción de los usuarios*. Por ello, dicho concepto está más vinculado con la planificación, la evaluación y la optimización de los

servicios que con la capacidad de recursos materiales. Todo comienza por la estipulación de requisitos a partir de la investigación de las necesidades del mercado meta. En suma, la calidad es que el servicio o producto ofertado se adecúe a las expectativas del cliente, a través de la situación en la que se encuentra la organización.

Para atender el carácter interdisciplinario de la calidad en los servicios de salud, las reflexiones expuestas fueron llevadas al ámbito de la salud pública por el médico libanés Avedis Donabedian, quien es considerado el padre de este campo. Dado sus conocimientos de ambas disciplinas, se percató de la dificultad de definir la calidad en este rubro específico.

Donabedian (1993) definió a la calidad como “El grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud”. Desde esta perspectiva, la calidad es una adecuación variable entre los recursos de una organización y mejores servicios.

De modo particular, Donabedian conceptualizó la calidad en la atención médica como "aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que acompañan el proceso en todas sus partes", sin descartar los valores éticos ni las tradiciones de las distintas profesiones participantes –esto incluye el cumplimiento de máximas como no dañar, hacer un bien y lograr el mayor beneficio.

Además de las consideraciones técnicas y de la percepción de los usuarios, la definición de la calidad en los servicios de salud necesita tener en cuenta a los miembros particulares de la organización que los realizan, ya que ellos se encargarán de ejecutar sus labores con calidad día a día. Por ello, dicho concepto se encuentra plasmado en la historia, objetivos, misión y visión de cada institución. Sin embargo; esta tarea no es sencilla, se requiere procurar que su concepción parta de resultados verificables de forma empírica y a la vez responda a enunciados

abstractos, como la filosofía de la organización. Por tanto, la calidad demanda la adecuada combinación de teoría y *praxis*.

De manera adicional, Donabedian aplica su concepto de calidad a cada una de las fases que inciden en los servicios de salud. En el caso de la atención técnica, integró la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas como variables para maximizar los beneficios para el paciente. En esta etapa hay que disminuir los riesgos para el paciente. Por tanto, “El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención brindada logre el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, como se cita en Vargas González, *et al.*, 2013) define a la calidad en:

El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimiento del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso.

También, señala la complejidad inherente a la calidad en materia de salud, debido a que sus implicaciones cruzan de manera transversal a diversos sectores de la sociedad: la responsabilidad sobre los resultados en este ámbito pasa por los gobiernos y las organizaciones encargadas de proporcionar estos servicios; mientras que, las percepciones de los usuarios y los alcances científicos del contexto no dejan de intervenir en su definición. Con base en ello, cabe considerar que el mejoramiento de la calidad es una tarea que transita al interior de la organización y su entorno; así como, enfocar el conocimiento de los médicos y la capacidad administrativa de la institución en la identificación y atención de las necesidades de los usuarios. De tal suerte, la eficiencia y la eficacia son cualidades que acompañan este concepto.

La salud requiere de una definición de la calidad que tome en consideración las múltiples áreas por las que pasa la composición de un servicio o producto, ya que su construcción no depende de un solo actor. Por ejemplo, interviene la adquisición de los medios para garantizar el bienestar de los pacientes. Por ello, se precisa del interés y compromiso tanto de quienes brindan los servicios como de las autoridades que los supervisan.

Las anteriores definiciones de la calidad en el sector de la salud destacan su íntima relación con el bienestar del paciente. Con base en dichos planteamientos, Vargas González *et al.* (2013) señalan que una perspectiva de grandes miras sobre la calidad en la salud no puede perder de vista su orientación hacia el cuidado de la vida humana.

Otra diferencia esencial de la calidad en los servicios de salud radica en su *orientación social*. A pesar de que la calidad en el ámbito comercial busca mejorar los servicios o productos, obtener mayores beneficios económicos y lealtad de los clientes, en el área de la salud se generan conflictos de carácter ético –en el caso de ignorar la cualidad social de las tareas de la atención médica–, ya que la salud trasciende las fronteras de lo comercial. Por consiguiente, se torna obligatorio otorgar servicios de salud de calidad, sin importar la condición social de los usuarios que los demandan. En países como México, donde las inequidades y los contrastes sociales son en exceso acuciantes, esta premisa social adquiere mayor trascendencia.

Por ello, la Organización Panamericana de la Salud (Vargas González, *et al.*, 2013) insta a las organizaciones médicas a no ver en su tarea un producto u objeto de mercancía. También, su acceso requiere garantizarse con equidad a la totalidad de la población. Además, con los recursos disponibles se precisa ofertar la mejor atención posible para satisfacer los requerimientos de los pacientes.

En síntesis, las definiciones de calidad en el sector de la salud se relacionan con los postulados de Crosby y Juran, ya que centran los esfuerzos de la organización en satisfacer las expectativas de los clientes. En sintonía, Vargas González *et al.* (2013) afirman:

La idea de calidad en salud responde a una visión tanto histórica como institucional y también a la perspectiva de quienes o para quienes se defina. Sin embargo, es bueno acotar que su definición abarca todas las cualidades con las que debería contar la prestación del servicio para considerarse de utilidad al usuario-paciente, lo cual implica que la prestación del servicio tiene rasgos de calidad cuando sus características ya sean tangibles o intangibles satisfacen las expectativas del usuario-paciente.

Como se aprecia, la calidad responde tanto a factores objetivos como subjetivos. Por una parte, depende del óptimo desempeño de la labor del personal médico y de la utilización de equipo técnico adecuado. Sin embargo, todo esto se adapta a las necesidades subjetivas de los pacientes. Debido a lo cual, es inevitable vincular el concepto de calidad con la *satisfacción del usuario*.

Ahora bien, la satisfacción de los servicios de salud abarca: la organización; los cuidados proporcionados con su repercusión en el estado de salud de la población; y el trato ofrecido durante el proceso de atención. En esencia, ellas atrapan la vivencia *subjetiva* derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tienen los pacientes en la atención médica.

Entonces, ¿cómo se responde a algo tan relativo como el juicio de los pacientes? Cada persona se ha formado un criterio de acuerdo con su historia de vida y condiciones sociales. Por consiguiente, se vuelve necesario efectuar una aproximación a la percepción humana. En este sentido, Vargas González *et al.* (2013) ofrecen una definición relacionada con la calidad.



Según Arellano, la percepción es el proceso por el cual un individuo selecciona, organiza e interpreta los estímulos para integrar una visión significativa y coherente del mundo que lo rodea. Los usuarios toman decisiones basándose en lo que perciben, más que sobre la base de la realidad objetiva. A su vez, Schiffman y Lazar afirman que para saber qué tan satisfechos están los usuarios con la calidad del servicio es necesario evaluar su percepción, debido a que ellos juzgan con base a una variedad de claves informativas, las cuales asocian con el servicio.

La anterior cita pone al descubierto que la percepción constituye un importante elemento de la calidad, en la medida en que los pacientes generan interpretaciones significativas del trato recibido del personal de salud. En consecuencia, un usuario puede haber recibido la cura al malestar físico que presentaba y aún desconfiar del servicio. Dado que la confiabilidad es un atributo indispensable de la calidad, la percepción de los pacientes necesita incluirse en la determinación de aquélla.

La evaluación de la satisfacción de los usuarios es una de las etapas de la planeación de la calidad, que atraviesa por dos dimensiones: las cualidades intrínsecas al producto y los factores extrínsecos (Vargas González, *et al.*, 2013).

En la primera se identifican todas las características tangibles que afectan al desarrollo del servicio. En el caso de salud, se relaciona con los procesos de atención, la infraestructura material, las aptitudes técnicas del personal, etcétera. Para evaluar tal dimensión, construir indicadores se presenta como un mecanismo eficiente para detectar fallas y la posibilidad de elaborar nuevos o mejorar los procesos, su implementación y apego.

En los factores extrínsecos se encuentran la trayectoria institucional y su imagen, ya que el desempeño de una organización a lo largo de su historia genera la percepción del consumidor. Es posible que mejoren las cualidades del servicio ofrecido; sin embargo, todo esfuerzo puede verse mermado, si no se trabaja también en la imagen del establecimiento. Una marca puede crearse fama en

cuanto a la percepción de la calidad en alguno de los atributos de los productos. De conformidad, Vargas González *et. al.* (2013) señalan lo siguiente:

Los consumidores de un producto o servicio pueden tener una variedad de imágenes de la organización, bien sean positivas o negativas, como eficiencia, atención retardada, entre otras, que surgen de todas las actividades que realiza la organización y que influyen para que se tenga una determinada percepción; por consiguiente, al evaluar la percepción que tienen los consumidores sobre determinado producto o servicio, se obtienen datos acerca de su satisfacción.

La anterior cita evidencia que las mediciones sobre percepción no se limiten a preguntar sobre las características de los servicios. Tienen que ir más allá e inquirir en la imagen que los clientes se han creado de la institución, a partir de la calidad de los productos y los servicios que oferta.

Con base en tales planteamientos, se observa que existe otra perspectiva desde la cual se define la calidad: relacionarla con la satisfacción de los usuarios. Esta visión es en especial útil para los intereses del presente proyecto.

Las definiciones sobre el *deber ser* de los servicios ofertados se orientan hacia la satisfacción de las necesidades de los clientes. Por ello, no olvidan atender las mediciones sobre su percepción y opinión en torno a lo que la organización le provee. En tal sentido, Vargas González, *et. al.* (2013) relacionan la calidad con las percepciones de los usuarios y la discrepancia entre sus expectativas de los servicios o productos.

La inversión en calidad puede parecer un costo poco accesible para organizaciones como las de salud que, en el contexto mexicano, por lo general se enfrentan a la carencia de recursos. Sin embargo, dicha limitación obliga a destinar parte del presupuesto a la planeación de la calidad. A través de ella, pueden reducirse otros costos, ya que se gastarán con base en los que sus clientes desean (Vargas González, *et. al.*, 2013: 668).

Al considerar lo anterior, es importante orientar esfuerzos hacia el conocimiento de lo que el usuario espera del desempeño de la organización. Dicha información permitirá la planeación e instrumentación de estrategias que impactarán en la satisfacción de los consumidores; por tanto, en la imagen y el prestigio de la institución. La oferta de servicios de salud no puede prescindir de la confiabilidad. Ésta sólo se alcanza cuando los pacientes perciben que la atención que reciben cumple con sus requerimientos. Lo hasta ahora referido sirve para entender cómo la satisfacción de los pacientes es el resultado que el modelo de Donabedian (1993) proyecta tras la aplicación rigurosa de los criterios de calidad en la atención. En él se refleja la habilidad del proveedor para cumplimentar las necesidades de los usuarios. En tal sentido, se espera que los pacientes satisfechos continúen usando los servicios de salud, mantengan vínculos con los proveedores, cumplan con los regímenes de cuidado y cooperen con el aporte de información indispensable para los agentes de salud.

Con base en los conceptos expuestos, la satisfacción del usuario por la calidad en los servicios de salud es entendida como el grado en que la asistencia médica que la organización provee, a partir de los recursos con los que cuenta, posibilita que los pacientes se muestren conformes con la atención de sus necesidades y expectativas.

En los organismos de salud, los usuarios juzgan los servicios ofrecidos para lograr mayor beneficio en la atención recibida. Por ello, es importante igualar el conocimiento del personal con los requerimientos de los pacientes. En consecuencia, habrá un consumidor sano y satisfecho, cuando las políticas del hospital, los servicios y el personal de salud encaminan su labor a la continua garantía de calidad.

### **3.2.1 El concepto de calidad en los sistemas de salud**

La exigencia de mejor atención por parte de los consumidores y competitividad entre las organizaciones, invitan a la reflexión sobre los factores que aseguren ventajas en la obtención de los servicios de salud, ya que su naturaleza las obliga a efectuar un desempeño de alta calidad. Si bien toda clase de servidores se expone a afrontar graves consecuencias en caso de fallar en sus actividades, los encargados de la salud corren mayores riesgos toda vez que son responsables del bienestar físico y de la vida de sus usuarios.

Por consiguiente, el compromiso de clínicas, hospitales y demás organismos de salud no sólo se relaciona con la eficiencia y eficacia administrativa, ante todo, les atañe una responsabilidad ética, ya que la vida humana es un bien prioritario en cualquier escala de valoración moral o legal. En consecuencia, la calidad es algo más que un concepto con implicaciones técnicas en el caso de la prestación de servicios de salubridad.

Ahora bien, cabe preguntarse ¿cuáles son los modos en que se aplican los programas de calidad en las organizaciones de salud, tras considerar la magnitud de su relevancia para dichos servicios? Para ello, hay que contemplar que las actividades de salud tienen una doble exigencia: apegarse a los criterios técnicos y científicos que estipulan marcos normativos nacionales e internacionales y atender las demandas de los usuarios.

La calidad precisa considerarse de manera específica en la atención hospitalaria. Sin embargo, los estudios médicos necesitan converger con los de carácter técnico-administrativo. De ahí que haya una condición interdisciplinaria de los análisis en esta materia. Limitarse a definirla con sólo una de las disciplinas científicas involucradas implicaría un grave peligro para todo el proceso de gestión de los servicios de salud.

### **3.3 Calidad y planeación estratégica en la organización**

En los párrafos siguientes se exponen algunos conceptos y herramientas para el análisis organizacional en el ámbito de los hospitales. Como se ha visto, la alta dirección es la instancia a través de la cual gran parte de los problemas de una organización se resuelven. De ahí que la administración es importante en la gestión de la calidad.

En primer lugar, se aborda el concepto de planeación estratégica y cómo se aplica en organizaciones hospitalarias. Después, se expone el modelo de los tres vectores y el análisis FODA como herramientas de planeación y diagnóstico organizacional. Con ello, se busca clarificar el sustento teórico del trabajo de campo del presente proyecto de investigación.

#### **3.3.1 Planeación estratégica y organizaciones hospitalarias**

Toda organización surge con uno o varios propósitos específicos. Su consecución no suele ser sencilla, dada la falta de apego de la realidad con la acción humana. De tal modo, los teóricos de la gestión de proyectos han desarrollado diversas herramientas metodológicas para obtener mayor garantía en el cumplimiento de sus propósitos. Una de estas alternativas es la *planeación estratégica*. En un principio, se entienden como la formulación de un sistema de objetivos coherentes, fijados en prioridades. Valdés (2005) señala que la tarea está acompañada de la estipulación de los medios adecuados para alcanzar tales metas (p. 1).

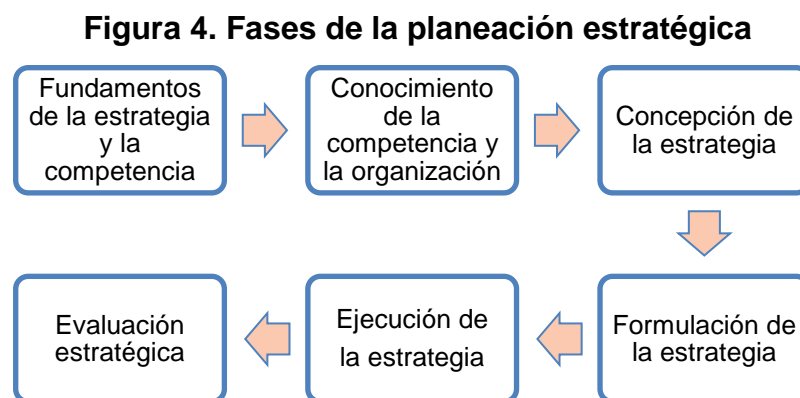
A su vez, la planeación es estratégica porque responde a directrices metodológicas. De acuerdo con Valdés (2005), “la administración estratégica es quien formula, implementa y evalúa las decisiones interfuncionales que permiten a la organización alcanzar sus objetivos” (p. 1). Es decir, que la planeación estratégica proyecta pronósticos para eliminar la diferencia entre el ser y el deber ser de la

organización. De igual modo, su ejecución exige esbozar un plan de acción; esto es, un programa de alternativas estratégicas.

Además, Chiavenato y Sapiro (2011) definen a la planeación estratégica como “el proceso de formular y ejecutar las estrategias de la organización con el propósito de insertarla, por medio de su misión, en el entorno donde actúa y su producto es el plan de acción” (p. 25). En esencia, su función es definir la estructura de la organización y los procesos internos que tienen como meta producir efectos benéficos.

De acuerdo con los autores mencionados en el párrafo anterior, en la planeación se identifican tres niveles jerarquizados: el estratégico, que es el más amplio e incluye a la totalidad de la organización y se planea a largo plazo; el táctico, el cual concierne a cada área de la organización y su horizonte temporal es de mediano plazo; y el operativo, cuyo contenido es detallado para plantear cada una de las tareas específicas y responde a la inmediatez. Del primer nivel se desprende el segundo, que incluye las áreas de planeación financiera, producción, mercadotecnia, recursos humanos y administración. Por último, a cada tipo de plan táctico le corresponde una serie de planes operativos.

En tal sentido, adoptan un modelo general de proceso estratégico dividido en seis partes secuenciales (véase la figura 4).



Fuente: Chiavenato y Sapiro (2011, p. 47).

Por su parte, Valdés señala que existen una serie de condiciones preliminares para la elaboración del plan estratégico: definir la razón de existencia de la organización, establecer las relaciones entre lo interno y lo externo, fijar objetivos a largo plazo, identificar las líneas generales de acción e instrumentar las líneas motrices para la optimización de recursos. Tras estas condiciones, los directivos contarán con lo mínimo necesario para la formulación de las alternativas estratégicas.

De igual modo, afirma que a la planeación hay que incluirle un plano temporal, lo cual implica el análisis de las condiciones del pasado y del presente para volver realizables los pronósticos. Si bien es importante diseñar el futuro a través del *análisis prospectivo*, con dificultad se llegará al escenario deseado si no se es consciente del punto de partida y del trayecto ya emprendido.

Es un hecho que los factores que han incidido en la historia de la organización seguirán teniendo peso en el presente y futuro. Por tanto, su identificación es necesaria para entender cómo condicionan la ruta actual de la institución. Así, su participación genera tendencias que encaminen hacia el futuro deseado. También, permiten la proyección de posibles escenarios y el establecimiento de las unidades de medida sobre las cuáles se contrastará el estado del producto que oferta la organización.

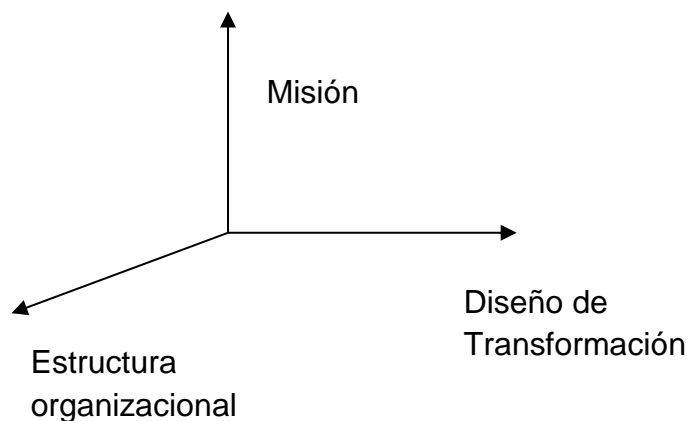
En el ámbito de los establecimientos hospitalarios, es necesario aclarar los conceptos expuestos. La razón de existencia de estos organismos ya ha sido planteada: prevenir, tratar y rehabilitar a los enfermos que acudan a ellas. Los objetivos, la misión, la visión, los agentes de cambio, el mercado meta y los recursos de que disponen se identifican con base en marcos regulatorios, como los expuestos en el capítulo dos. Su carácter público, privado o social es una condición determinante de las estrategias y alcances posibles.

### 3.4 Modelo organizacional de los tres vectores y el aseguramiento de la calidad

La calidad y la satisfacción del usuario son los principales intereses de este proyecto. Se decidió utilizar la herramienta de los tres vectores para elaborar un diagnóstico del HCSAE en cuanto a estas variables, así como para realizar una propuesta de intervención. De acuerdo con Valdés (2005, p. 7), el modelo de los tres vectores fue desarrollado para administrar el insumo tecnológico de las organizaciones, a partir de un enfoque sistémico. Es un recurso para efectuar diagnósticos, pronósticos y perspectivas tecnológicas. Por lo tanto, es una herramienta para programas de mantenimiento o crecimiento de las organizaciones.

Asimismo, los tres vectores proveen una forma de entender el sistema organizacional. De igual modo, el modelo favorece la visualización de las interrelaciones entre cada uno de los vectores para diseñar mejores acciones estratégicas. A saber, los elementos son la misión, la estructura organizacional y el diseño de transformación –también entendido como los tipos de tecnología–. En la figura 5 se muestra este instrumento.

**Figura 5. Modelo de los tres vectores**



Fuente: Valdés (2005, p. 7).



El primer vector sirve para estudiar la solidez de la misión. Para ello, analiza cuál es el mercado meta de la organización y sus características: a quién se brindan servicios o se proporcionan productos. El trabajo es adecuado si se cubren las necesidades del *target* mediante la oferta de la empresa. Asimismo, en esta etapa se considera cuál es la competencia. El conocimiento de cada uno de estos elementos permite determinar si la orientación de la organización es óptima o si ha de modificarse para proponer un nuevo enunciado encaminado a asegurar la satisfacción del usuario.

En ésta investigación, el papel del mercado le corresponde a los derechohabientes de PEMEX, quienes se benefician con el trabajo realizado en el HCSAE. Éstos fueron identificados con base en una encuesta de satisfacción denominada de *postventa*. Asimismo, se determinaron sus necesidades de atención médica, quirúrgica y de hospitalización. Esta etapa es fundamental para la definición de los estándares de calidad. Sólo a partir de las necesidades de los clientes se diseña un servicio satisfactorio acorde a sus expectativas.

Es en éste vector donde se analiza o desarrolla la misión y se redactará el nuevo enunciado de la misma, la cual se encaminará a lograr la satisfacción del usuario por medio de la identificación de las características del satisfactor requerido, que es la salud.

El segundo vector es considerado sociotécnico debido a que en la estructura se conciben las relaciones sociales, que tienen impacto directo en la cultura organizacional. Valdés (2005, p. 9) identifica tres tipos de dimensiones:

- *Aspectos horizontales*. La división del trabajo, el grado de especialización, las relaciones lineales, la departamentalización de tareas y demás elementos afines constituyen esta categoría.
- *Aspectos verticales*. Abarca a la delegación, la descentralización, el número de niveles jerárquicos, el tramo de control y la toma de decisiones.

- *Cultura organizacional*. Sirve para comprender el sistema de trabajo y optimizar “ideas, actitudes de servicio, visiones compartidas, principios, valores, compromiso, disciplina, liderazgo, entre otras” (Valdés, 2005,p. 9).

Se consideró el organigrama vigente del HCSAE (mostrado en el primer capítulo) para establecer las relaciones jerárquicas existentes. Se identificaron las funciones generales de cada nivel, las responsabilidades y el tramo de control asignado. Hecho lo anterior, con una escala cualitativa se evaluó el nivel de apoyo para el logro de la misión.

Por último, el diseño de transformación es el objeto del tercer vector. Se busca asegurar una producción acorde con las necesidades implícitas y explícitas de los clientes (Valdés, 2005). A esta etapa de análisis la componen tres causas y un efecto descritos a continuación:

- *Tecnología de proceso*: es el conocimiento que funge como sustento teórico de los procesos de transformación. Cuando se introducen innovaciones en esta área se requiere una nueva tecnología de operación.
- *Tecnología de operación*: se constituye como la experiencia del diseño de transformación. Funciona en una relación de complementariedad con la tecnología de proceso.
- *Tecnología de equipo*: es el aspecto físico de la transformación. Se expresa en activos con características supeditadas al mercado, al proceso y a la operación.

En cuanto al efecto, se contempla la tecnología de producto. Como resultado de las tres tecnologías anteriores se genera un producto o servicio con cualidades específicas. En esta última se integrará el diseño y los procesos para la asistencia médica, quirúrgica y hospitalización que proporciona el HCSAE.

El modelo de los tres vectores requiere del uso de un método de análisis de los entornos externo e interno de las organizaciones. En este sentido, el análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) es útil, ya que establece dos criterios analíticos: las oportunidades y amenazas como variables exógenas; y las fortalezas y debilidades como endógenas. Así, al tomar en cuenta las ya definidas misión, visión y filosofía, se aplica la matriz FODA –el cual se muestra en el capítulo siguiente–. Esta herramienta posibilita la ejecución de una auditoría de la organización con relación al entorno donde se ha de confrontar el cumplimiento de sus funciones y objetivos.

Pedraza (2013: 13) explica que las fortalezas son aquellas características positivas que distinguen a una organización de sus competidores. Por el contrario, las debilidades son todos los rasgos propios que perjudican a la organización con relación a su entorno. En contraste, tanto las amenazas como las fortalezas se generan al exterior de la organización e inciden en sus procesos desde afuera hacia dentro; sin que ésta pueda controlarlas, más que aprovecharlas o preverlas.

Para hacer un análisis FODA, primero se procede a identificar las fortalezas y debilidades, así como a enumerar las oportunidades y amenazas. Una vez establecidos tales puntos, se tiene la opción de interrelacionar las oportunidades y amenazas y las fortalezas y debilidades –operación que se grafica en una *matriz de impacto cruzado* (figura 6).

**Figura 6. Matriz FODA**

|                     |               | DIAGNÓSTICO INTERNO   |                              |
|---------------------|---------------|-----------------------|------------------------------|
|                     |               | Fortalezas            | Debilidades                  |
| DIAGNÓSTICO EXTERNO | Oportunidades | CUADRANTE 1           | CUADRANTE 2                  |
|                     |               | Estrategia ofensiva.  | Estrategia adaptativa.       |
|                     | Amenazas      | CUADRANTE 3           | CUADRANTE 4                  |
|                     |               | Estrategia defensiva. | Estrategia de supervivencia. |

Fuente: Chiavenato y Sapiro, (2011: 164).

Mediante el análisis FODA se ofrecerá un marco de referencia sobre la situación interna y externa del HCSAE, ya que es el método usado por excelencia para la elaboración de diagnósticos situacionales. Facilita la proyección de acciones futuras, así como el establecimiento de objetivos, la realización de planes de acción y el señalamiento de posibles evoluciones exitosas para el HCSAE.

De la revisión de las teorías de los pioneros estudiosos de la calidad, se encontró que el concepto se relaciona con la satisfacción de los usuarios y la tarea de elaborar una definición ha sido difícil. Ahora bien, en el sector de salubridad, la relación de ambos conceptos se continúa, a través de la satisfacción por la calidad de los servicios, los pacientes se muestran conformes con la atención de sus necesidades y expectativas.

Para la presente investigación, se retomó la propuesta del análisis de los tres vectores, el cual permitió diagnosticar la satisfacción de la calidad que los usuarios del HCSAE tienen de sus servicios.

## **CAPÍTULO IV**

### **DIAGNÓSTICO DEL MODELO DE RECOPIACIÓN DE DATOS**

#### **4.1 Aplicación del modelo de los tres vectores**

La Subdirección de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos cuenta con un cuestionario de satisfacción que se aplica en las unidades del sistema, a todo paciente minutos antes de su egreso de hospitalización. Para los fines del presente trabajo y debido a que el modelo de compilación de testimonios es de carácter institucional, se utilizaron los datos recabados de enero de 2012 a diciembre 2014 de la encuesta de posventa (véase Anexo) en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad Pemex Picacho.

##### **4.1.1 Primer vector**

El análisis del primer vector comprende la descripción de los servicios, los clientes, la competencia y la misión de la organización. Con respecto de los primeros, se incluyen atención médica específica, asesoría y consejo personalizado; manejo de expedientes clínicos; comunicación entre los proveedores, los pacientes y otros establecimientos de atención de la salud en aspectos relacionados con decisiones sobre tratamientos y procedimientos para apoyar el cuidado de la salud de acuerdo a las necesidades de los clientes a los que la organización dirige sus servicios, además el HCSAE proporciona servicios de salud de tercer nivel de atención que incluyen consulta externa de primer y segundo nivel y atención médico-quirúrgica de urgencia y programada a los derechohabientes locales y foráneos derivados de los diferentes hospitales centrales y regionales que pertenecen a la SSS de PEMEX y a cualquier paciente no derechohabiente que se presente con una urgencia que firme una carta de recobro (formulario por el cual se obliga a efectuar el pago correspondiente por los

servicios recibidos) cuando decide continuar con la atención, después de haberse estabilizado la emergencia que motivó su ingreso.

El sistema cuenta con una clasificación de derechohabientes descritos en la tabla 6, cuyas necesidades son los cuidados médicos, quirúrgicos, preventivos y de rehabilitación de primero a tercer nivel de atención, con apego a la normatividad vigente.

**Tabla 6. Derechohabientes de los Servicios de Salud de PEMEX**

| <b>Catálogo de Derechohabiencia</b>                            | <b>Clientes</b>  |
|--|--|
| PEMEX y Organismos Subsidiarios                                | Trabajadores activos o jubilados y sus familiares derechohabientes   |
| PEMEX Comercio Internacional S.A. de C.V. (PMI)                | Trabajadores activos o jubilados y sus familiares derechohabientes   |
| Becarios   | Estudiantes residentes de medicina que cursan posgrado en los hospitales de PEMEX jubilados y sus familiares derechohabientes        |
| Dirección General de Servicios de Seguridad de PEMEX (DGSS)    | Trabajadores activos o jubilados y sus familiares derechohabientes   |
| Sindicato  | Integrantes activos o jubilados del Sindicato de Trabajadores Petroleros de la República Mexicana y sus familiares derechohabientes  |
| Art. 123: escuelas para los hijos de los trabajadores de PEMEX | Maestros que pertenecieron a este rubro y sus familiares derechohabientes  |
| Vitalicios   | Viudas y pacientes incapacitados permanentemente dependientes del trabajado finado   |
| No Derechohabiente (NDH)                                       | Pacientes no derechohabientes (NDH) que se presentan con una urgencia se les cobra el servicio previa firma a la de carta de recobro |
| Donador  | Donadores de órganos no derechohabientes   |

Fuente: elaboración propia a partir de la investigación realizada.

Entre la competencia del HCSAE, están los hospitales privados y seguros médicos, los cuales cuentan con una amplia gama de amenidades, atención personalizada, mejores instalaciones, excelente ubicación, reconocimiento y fama. Ofrecen paquetes a bajo costo, diagnóstico oportuno y tratamiento rápido y efectivo. Conocer las ventajas y los riesgos que representan el no ofrecer la calidad

requerida, es útil, dado que se podría presentar un cobro por reembolso derivado de una mala atención.

Del anterior análisis surgió la misión del HCSAE:

Ofrecer atención médica, quirúrgica y hospitalización de calidad del primero al tercer nivel, las 24 horas, todos los días del año, a los trabajadores y sus familiares derechohabientes, para prevenir, preservar y restaurar la salud (Elaboración propia a partir de la investigación realizada).

#### **4.1.2 Segundo Vector**

El elemento central del segundo vector es la estructura organizacional del HCSAE, que describe el modo en que se dividen las distintas actividades de la institución, la forma en la que los directivos coordinan la distribución para cada departamento con la finalidad de alcanzar las metas propuestas, está conformada por las personas que integran el Cuerpo de Gobierno y los jefes de los distintos servicios del hospital, para conocer el grado en que los elementos contribuyen al cumplimiento de la misión y se determinaron como fortalezas y debilidades de éste vector (figura 7).

**Figura 7. Fortalezas y debilidades de la estructura organizacional**



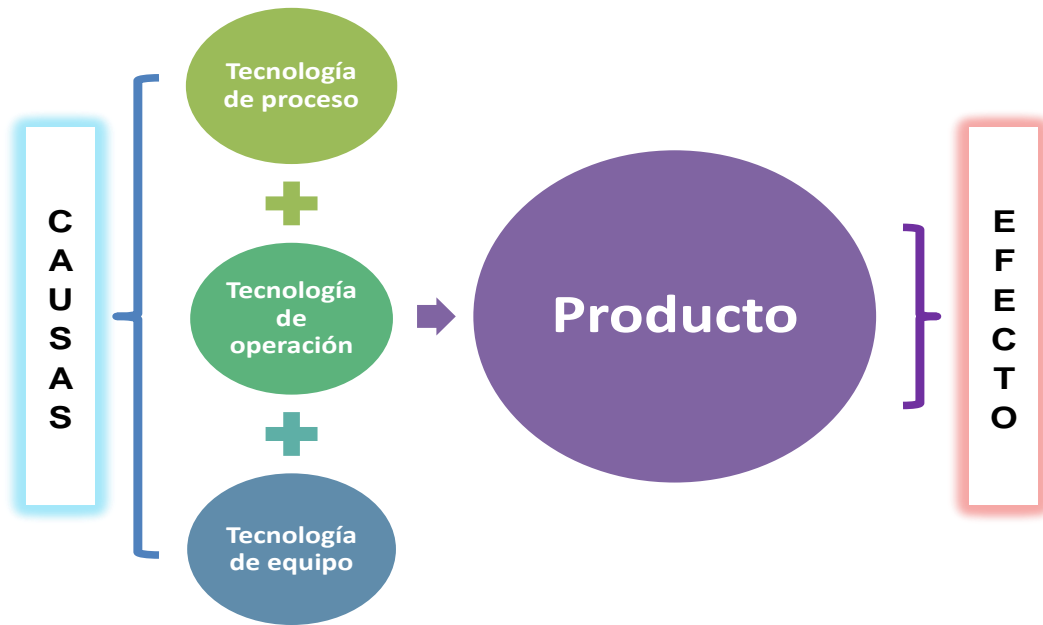
Fuente: elaboración propia a partir de la investigación realizada.

### 4.1.3 Tercer Vector

Las características de los servicios de salud están diseñadas de forma suficiente y necesaria a fin de satisfacer las necesidades implícitas y explícitas del usuario; se conforma de tres causas y un efecto (véase figura 8).



**Figura 8. Diseño de transformación**



Fuente: elaboración propia a partir de la investigación realizada.

La tecnología de proceso engloba los conocimientos básicos con los que cuenta el personal que brinda los servicios de salud los cuales van de 6 a 26 años de estudio y se constata en el expediente personal que se encuentra en el área de Recursos Humanos. En el hospital se ofrece inducción al puesto para generar en el trabajador un sentimiento de identidad con los objetivos y por lo tanto sólo parte del personal de las distintas áreas de operación conoce o aplica los procesos. Con relación en la tecnología de operación, se puede aludir a la experiencia sobre el diseño de transformación, elemento decisivo para la competitividad del hospital, que va desde uno hasta treinta años de práctica profesional. Las áreas donde se concentra la mayor experiencia práctica son: unidad coronaria, terapia intensiva, neurocirugía, oncología, cirugía general, ortopedia, cardiología, oftalmología, gastroenterología, radiología intervencionista, rehabilitación, pediatría y ginecología.

El personal con menor experiencia es el de nuevo ingreso en la plantilla laboral. La tecnología de equipo, es la parte física del diseño de transformación cuyas características son adecuadas, pues el equipo es moderno y apropiado a los requerimientos de un hospital de tercer nivel. Por lo que hace al proceso, las áreas de consulta externa y urgencias requieren de equipos de diagnóstico, básculas e impresoras. Se requiere verificar el correcto funcionamiento con el fin de substituir el equipo deteriorado y elaborar inventarios acorde a la realidad. Sin embargo, el HCSAE cuenta con aparatos alta tecnología.

El cuarto integrante del diseño de transformación lo conforma el producto que satisface las necesidades del usuario y es considerado como el resultado final: asistencia médica, quirúrgica y hospitalización.

Características de los servicios:

- a) Atención al usuario.
- b) Contestar quejas formuladas por los usuarios de PEMEX.
- c) Supervisión de los manuales de operación.
- d) Vigilancia del cumplimiento de los manuales de operación.
- e) Cumplimiento de la NOM-004-SSA3-2012.

#### **4.2. Análisis FODA del HCSAE**

Los principales hallazgos esbozados con anterioridad se esquematizan en un FODA con matriz de impacto cruzado (tabla 7).

**Tabla 7. Análisis FODA del HCSAE**

|                            |   | <b>Fortalezas</b>  | <b>Debilidades</b>   |
|----------------------------|---|--|--|
|                            |   | <b>Diseño de estrategias</b>   |  |
| <b>DIAGNÓSTICO EXTERNO</b> | <b>Oportunidades</b>  | <b>ESTRATEGIA 1 FO</b>   | <b>ESTRATEGIA 2 DO</b>   |
|                            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El STPRM fomenta capacitación, actividades culturales y deportivas</li> <li>2. Pemex, el séptimo más grande productor de petróleo del mundo</li> </ol>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mayor presupuesto para capacitación y adquisición de equipos (F4, F5, F6, O1, O2)</li> <li>2. Capacitación al personal de nuevo ingreso (F2,O1)</li> </ol> |  |
|                            | <b>Amenazas</b>   | <b>ESTRATEGIA 3 FA</b>   | <b>ESTRATEGIA 4 DA</b>   |
|                            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estudios epidemiológicos reportan incremento de enfermedades como obesidad, diabetes, hipertensión arterial, ECV, cáncer y otras que producen incapacidad, ausentismo y muerte de trabajadores</li> <li>2. Por cada dos trabajadores de Pemex, hay un jubilado</li> </ol> |  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestión del incremento al presupuesto de capacitación (D1, D3, D5, A1, A2)</li> <li>2. Actualización de los manuales de procedimientos y establecer barreras de seguridad de los procesos y mejora de la calidad (D2, D5, D6, A1)</li> </ol> |

Fuente: elaboración propia a partir de la investigación realizada.

### **4.3 Análisis de la encuesta de posventa**

Para el análisis se tomó como base el cuestionario denominado “Encuesta de Postventa” (véase Anexo) que aplica el personal de Trabajo Social del HCSAE, el cual considera los siguientes aspectos básicos: atención y trato recibido, repercusión en el estado de salud y organizativos (ambiente, tiempos de espera, etcétera), durante el proceso de hospitalización y los relacionados con la estancia en el servicio.

El cuestionario incluye preguntas cerradas dicotómicas y con varias opciones de respuesta, para ambos casos precodificadas. Las encuestas fueron aplicadas de forma autoadministrada e individual, es decir, se proporcionó un ejemplar a cada participante a fin de que contestaran mediante una marca en la opción que correspondiera con sus percepciones. El muestreo fue dirigido a usuarios egresados del servicio de hospitalización del HCSAE. Los resultados se detallan en el informe final del capítulo 6.

#### **4.3.1 Criterios de inclusión**

Pacientes ingresados en los diversos servicios del área de hospitalización del HCSAE, el día de su alta hospitalaria (enero 2012 / diciembre 2014).

#### **4.3.2 Criterios de exclusión**

Defunciones, traslados a unidades de terapia intensiva (adultos, pediátrica o cuidados coronarios) altas voluntarias y no derechohabientes.

#### **4.4 Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) para detectar alcances y limitaciones del modelo**

Como fortalezas del actual modelo de recopilación puede señalarse su aplicación constante y periódica. Esta práctica permitió contrastar el desempeño de la organización a lo largo del tiempo valorado y con ello se verificó si los cambios de personal o de estructura incidieron en la percepción de la calidad. Además, posibilita que los miembros de la institución sean conscientes de la evaluación por parte de los usuarios.

Se observó la disposición de los usuarios para manifestar sus opiniones sobre la atención recibida por las diversas áreas del HCSAE. Esta cualidad puede y debe ser explotada al máximo. En las voces de los consumidores se encuentran soluciones que es difícil que el personal sea capaz de identificar por sí mismo. A partir de ellas, se define la calidad como:

Grado en que la asistencia médica que la organización provee (con base en los recursos con los que cuenta y en su misión institucional) posibilita que los usuarios se muestren conformes con la atención de sus necesidades y expectativas.

En cuanto a las debilidades, se mencionan diversos aspectos. En primer lugar, ha de señalarse que se pueden incluir preguntas adicionales a las que el modelo actual contempla. En cuanto a las amenazas, existe el riesgo que el paciente considere que contestar un cuestionario es una tarea de poca utilidad, debido a que no percibió mejoras en la calidad de los servicios. Es por eso que deben encaminarse esfuerzos al rediseño del modelo de recopilación sobre la satisfacción en torno a la calidad en los servicios de salud (tabla 8).

**Tabla 8. FODA de la encuesta de posventa del HCSAE**

|                            |   | <b>Fortalezas</b>   | <b>Debilidades</b>   |
|----------------------------|---|---|--|
|                            |   | <b>Diseño de estrategias</b>  | Aplicación constante y periódica del cuestionario.   |
| <b>DIAGNÓSTICO EXTERNO</b> | <b>Oportunidades</b>  | <b>ESTRATEGIA 1 FO</b>  | <b>ESTRATEGIA 2 DO</b>   |
|                            | Disposición de los usuarios para responder el cuestionario.                       | Rediseño del cuestionario con apego en las teorías de la calidad.<br><br>Ponderación de resultados. |  |
|                            | <b>Amenazas</b>   | <b>ESTRATEGIA 3 FA</b>  | <b>ESTRATEGIA 4 DA</b>   |
|                            | Los usuarios lo perciben como tarea inútil por falta de mejoras en los servicios. |   | Aplicación a cada usuario en el servicio de hospitalización.<br><br>Evaluación periódica del modelo. |

Fuente: elaboración propia (2016).

En síntesis, el modelo de recopilación actual del HCSAE cuenta con una serie de fortalezas y debilidades. A partir de su análisis y ponderación, se encontraron algunas estrategias a seguir. Estas consideraciones pueden servir para mejorar los procesos de evaluación de la satisfacción de la calidad de los servicios de esta institución; especialmente, cabe considerar la evaluación periódica del modelo. De este modo, en los siguientes capítulos se realizará dicho ejercicio con la intención de identificar áreas de oportunidad que ayuden a mejorar el modelo institucional.

## **CAPÍTULO V**

### **METODOLOGÍA**

#### **5.1 Planteamiento del problema**

En la actualidad todo sistema de salud afronta dificultades con respecto del servicio y su complejidad; los recursos limitados, la constante difusión e innovación concerniente a los avances tecnológicos, así como la creciente expectativa de los usuarios. Todo ello vuelve necesario el planteamiento del problema de la presente investigación.

Como se revisó en el marco teórico, para determinar el nivel de satisfacción de la calidad con la atención recibida por los usuarios de los servicios de salud, es indispensable identificar las expectativas que poseen de las prestaciones a las que tienen derecho. Por ejemplo, existen casos en los que el usuario presenta una queja por la insatisfacción percibida que, en ocasiones, no tiene relación con la calidad de los servicios otorgados. Esta situación es recurrente en el HCSAE.

Con el desarrollo del presente trabajo, se ha podido constatar que los usuarios insatisfechos en este hospital, múltiples veces, demandan servicios con los que el hospital no cuenta. De igual modo, piensan que por ser derechohabientes se les debe proporcionar al momento o referirles a una institución privada. Ante dichos problemas, se propone conocer el grado de satisfacción de los usuarios a partir de las encuestas de satisfacción o “posventa”.

#### **5.2 Matriz de congruencia**

Con base en lo expuesto, en este apartado se presenta una matriz de congruencia general, en la tabla 9. Se muestra la pregunta principal que detonó la investigación, así como el objetivo general y las hipótesis posibles. A partir de éstos, se desprendieron las preguntas y objetivos secundarios de la tabla 10.

**Tabla 9. Matriz de congruencia general**

| Pregunta principal   | Objetivo general   | Hipótesis  |
|--|--|--|
| <p>Con el fin de asegurar la calidad en la prestación de los servicios en concordancia con la planeación estratégica de la organización:</p> <p>¿Brinda suficiente evidencia el modelo de recopilación de datos empleado para determinar el nivel de satisfacción de los usuarios del servicio de hospitalización del Hospital Central Sur de Alta Especialidad (HCSAE)?</p> | <p>Evaluar el modelo de recopilación de datos empleado para determinar el nivel de satisfacción de usuarios del servicio de hospitalización del HCSAE, a partir del modelo de los tres vectores.</p> | <p><b>H0:</b> el modelo de recopilación de datos empleado en el servicio de hospitalización del HCSAE <i>brinda</i> suficiente evidencia para determinar el nivel de satisfacción de los usuarios.</p> <p><b>HA:</b> el modelo de recopilación de datos empleado en el servicio de hospitalización del HCSAE <i>no brinda</i> suficiente evidencia para determinar el nivel de satisfacción de los usuarios.</p> |

Fuente: elaboración propia a partir de la investigación realizada (2016).

**Tabla 10. Matriz de congruencia secundaria**

| Preguntas secundarias   | Objetivos secundarios  |
|---|--|
| 1. ¿Qué es el HCSAE?  | 1. Presentar el perfil del HCSAE como organización.  |
| 2. ¿Qué marco normativo regula la calidad de los servicios prestados por el HCSAE?  | 2. Exponer el marco normativo que regula la calidad de los servicios prestados por el HCSAE.   |
| 3. ¿Qué relación existe entre la satisfacción del usuario y la calidad del servicio prestado de acuerdo con la planeación estratégica del HCSAE?                      | 3. Identificar algunas teorías de calidad, niveles de atención en salud y planeación estratégica del hospital.   |
| 4. ¿Qué modelo de recopilación de datos se ha puesto en marcha para identificar el nivel de satisfacción de los usuarios del servicio de hospitalización en el HCSAE? | 4. Describir el modelo de recopilación de datos para identificar el nivel de satisfacción de los usuarios del servicio de hospitalización en el HCSAE. |



| Preguntas secundarias  | Objetivos secundarios   |
|--|---|
| 5. ¿El diagnóstico sobre la satisfacción del usuario brinda la evidencia a partir de la aplicación del modelo del HCSAE?   | 5. Elaborar un diagnóstico de la satisfacción del usuario a partir de la aplicación del modelo de recopilación de datos en el HCSAE.                                  |
| 6. ¿Qué acciones de mejora pueden llevarse a cabo con los datos obtenidos para la medición de la satisfacción de los usuarios del servicio de hospitalización en el HCSAE? | 6. Proponer acciones de mejora en el modelo de recopilación de datos para la medición de la satisfacción de los usuarios del servicio de hospitalización en el HCSAE. |

Fuente: elaboración propia a partir de la investigación realizada (2016).

### 5.3 Diseño de investigación

El estudio realizado es retrospectivo porque la información obtenida fue recabada de los años 2012, 2013 y 2014. Por ello, es longitudinal, ya que la medición se realizó en un periodo delimitado. Es descriptivo por haberse realizado a una población específica sin cambiar el entorno y no hubo manipulación de datos. Además, es analítico y propositivo porque pretende referir el sentir de la población al analizar posibles fallas y proporcionar alternativas de mejora.

Debido a que describe o mide el fenómeno, el estudio es de tipo observacional, pues no modifica la voluntad de ningún factor que interviene en el proceso. Además, por medio de la aplicación de la encuesta de satisfacción se recopiló la información analizada.

La información se recolectó mediante cuestionarios de satisfacción aplicados a 399 usuarios –o al familiar encargado del cuidado del paciente durante su estancia– del servicio de hospitalización una vez dados de alta del HCSAE. Las preguntas fueron diseñadas con fines estadísticos en la SSS y se aplica en todas las unidades del sistema médico de PEMEX. Los datos recabados se procesaron en Excel 2010 y se elaboraron gráficas que se presentan en el capítulo de resultados.

En la tabla 11 se exponen las principales variables para estudiar que guiaron la presente investigación.

**Tabla 11. Variables de análisis**

| <b>Variables para estudiar</b>             | <b>Definición operativa</b>  |
|--|--|
| Calidad                                    | Grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud (Donabedian, 1993).  |
| Modelo organizacional de los tres vectores | Se desarrolla el modelo como investigación, diagnóstico, análisis y evaluación de resultados de las expectativas de los usuarios en materia de calidad de los servicios de salud por medio de una matriz FODA (Valdés, 2005).  |
| Niveles de atención en salud               | <p>Conjunto de establecimientos de salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad.</p> <p>Primer nivel de atención: unidad médica a la que se encuentra adscrita la población derechohabiente de acuerdo con su domicilio.</p> <p>Segundo nivel la solución de estos casos médicos demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal especializado.</p> <p>Tercer nivel se realizan actividades orientadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios canalizados por los otros niveles. (OMS/OPS) (Barquín, 1994).</p> |
| Planeación estratégica en salud            | Mecanismo encaminado a establecer las directrices que han de culminar en el logro de objetivos de la organización que brinda servicios de salud (Valdés, 2005).  |
| Servicios de salud                         | Las prestaciones que brindan asistencia sanitaria. La articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado a la prevención, mantenimiento, restauración y promoción de la salud de las personas (Gómez Dantés, <i>et al.</i> , 2011).   |
| Sistemas de salud                          | Se analiza como ente institucional que tiene como objetivo primordial, todas aquellas actividades orientadas a la prevención, preservación y restauración de la salud (Gómez Dantés, <i>et al.</i> , 2011).  |

Fuente: elaboración propia (2016).

## **CAPÍTULO VI**

### **RESULTADOS**

En este capítulo se muestran los resultados obtenidos a partir de la aplicación del modelo de recopilación de información institucional del HCSAE –denominada de *postventa*–. Con ellos, se conoce qué tan satisfechos se encuentran sus clientes con el servicio que reciben. Como se mencionó antes, el diseño fue longitudinal con la finalidad de apreciar la evolución de las percepciones de los pacientes en los años: 2012, 2013 y 2014.

Con base en los resultados, se evidencian las virtudes del actual cuestionario, a partir de los marcos teórico y metodológico expuestos. De este modo, es posible ponderar la encuesta que se aplicó y, así, contribuir a cumplir el objetivo central de la investigación: evaluar el modelo de recopilación de datos empleado. Además, la evaluación permitió identificar áreas de oportunidad que futuras investigaciones pudiesen retomar para mejorar la actual encuesta.

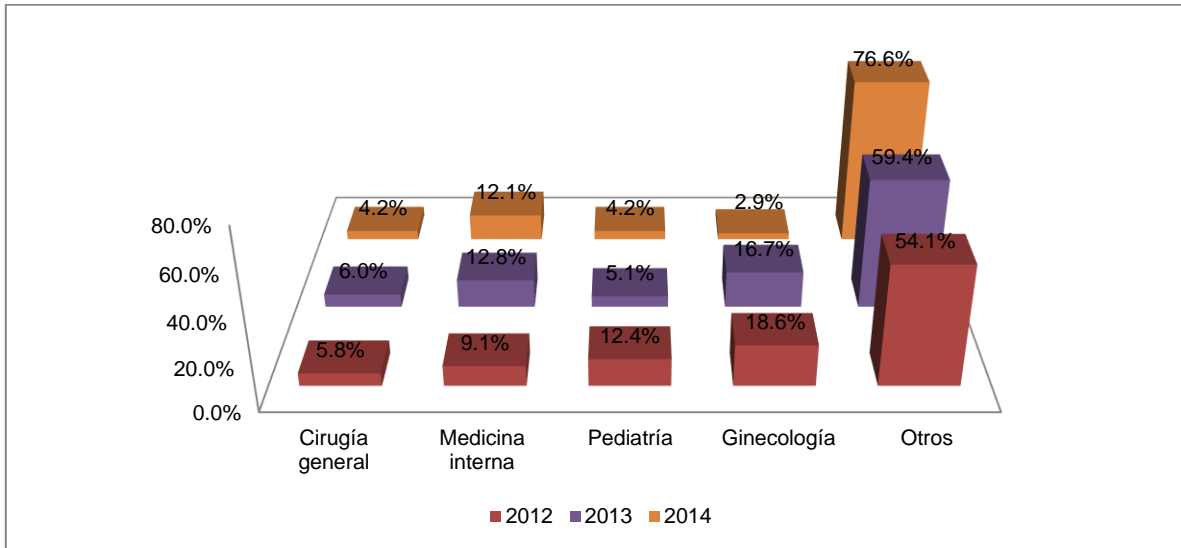
#### **6.1 Análisis de frecuencia simples de los resultados de los últimos tres años (2012-2014)**

El cuestionario consta de diecinueve preguntas que evalúan distintos aspectos de satisfacción y recopilan información de la población en estudio. Se exponen los principales aportes y aspectos a mejorar del modelo de recopilación de información de satisfacción de la calidad, a través del análisis de los resultados del cuestionario posventa del HCSAE, durante el periodo de 2012 a 2014.

La primera parte del cuestionario de identidad y datos personales, versan sobre la población de estudio en cuanto a sexo, edad y áreas de hospitalización. Para los fines de la presente investigación, la pregunta dos cobra relevancia (¿En qué servicio estuvo hospitalizado?). En la gráfica 1 se muestra que la cirugía general en 1.6%, ginecología en 15.7% y pediatría en 8.2% descendieron del 2012 al 2014,

cada una. Las incidencias que aumentaron fueron medicina interna y, de manera especial, otros servicios.

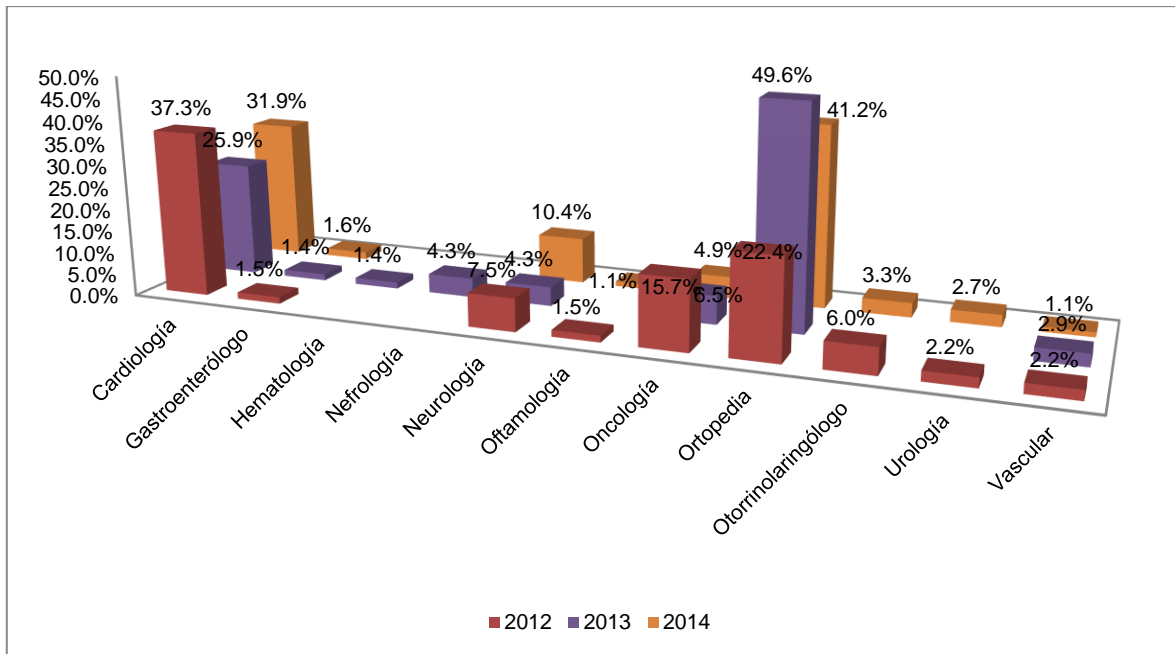
**Gráfica 1. Servicios de hospitalización del 2012, 2013 y 2014**



Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de “posventa” del HCSAE.

Cabe destacar que los indicadores de respuesta siguen siendo vigentes, ya que enlistan las áreas de servicios más recurrentes –como medicina interna, la cual aumentó tres por ciento de 2012 a 2014–. El hecho de que la opción otros servicios sea el área que recibió mayor incidencia, denota que se pudiesen incluir áreas como cardiología, ortopedia, oncología y neurología, las cuales son más recurrentes por parte de los encuestados en los periodos en análisis (gráfica 2).

**Gráfica 2. Otros servicios de hospitalización del 2012, 2013 y 2014**



Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de “posventa” del HCSAE.

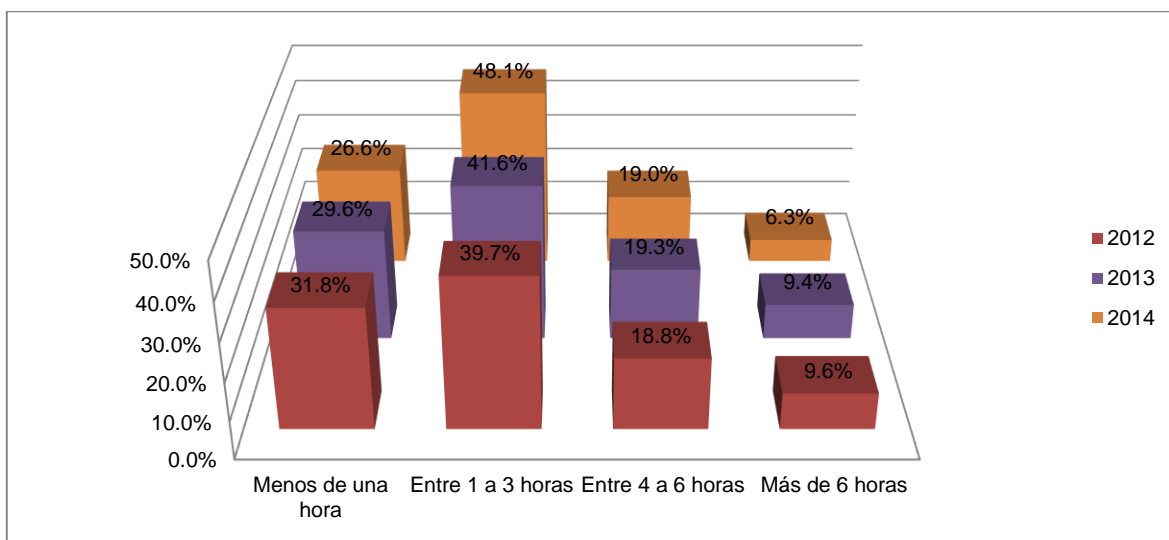
Como se revisó en el marco teórico, en el sector de la salud, la calidad puede ser entendida como la satisfacción que tienen los pacientes con los servicios que reciben, a partir de los procedimientos que sigue una organización para realizarlos. Con base en esta consideración, se puede apreciar que las preguntas giran en torno a evaluar la satisfacción de los pacientes sobre algunos estándares que el HCSAE considera para realizar sus servicios:

1. Tiempo de espera para hospitalización.
2. Limpieza de la habitación.
3. Alimentación.
4. Tiempo en que las enfermeras acudieron al llamado del paciente.
5. Tiempo en la programación de estudios.
6. Información proporcionada por el médico.
7. Trato del personal que atendió al paciente.

Se revisaron los aspectos a mejorar en la evaluación de cada una de las variables. Con respecto al tiempo que el paciente esperó para ser hospitalizado, hay dos indicadores que aumentaron: el primero se relaciona en forma directa con mayor tiempo de espera; los pacientes que señalaron esperar entre 1 a 3 horas pasaron de 39.7% a 48.1%; es decir, hubo un aumento de 8.4%. Por otro lado, los que declararon esperar entre 4 a 6 horas pasaron de 18.8% a 19%. En contraste, los indicadores que disminuyeron son menos de una hora con 5.2%; y los más de seis horas, 3.3% (gráfica 3).

El tiempo que el paciente esperó para hospitalizarse es una de las preguntas más acertadas del actual cuestionario, ya que ilustra la apreciación que los pacientes tuvieron sobre el tiempo de respuesta para iniciar con los servicios de hospitalización. Además, en la gráfica 3 se aprecia que los indicadores de respuesta son vigentes, ya que se reportaron aumentos y decrementos en los años en estudio y esto serviría para análisis de otra investigación.

**Gráfica 3. Tiempo que el paciente esperó para hospitalizarse**



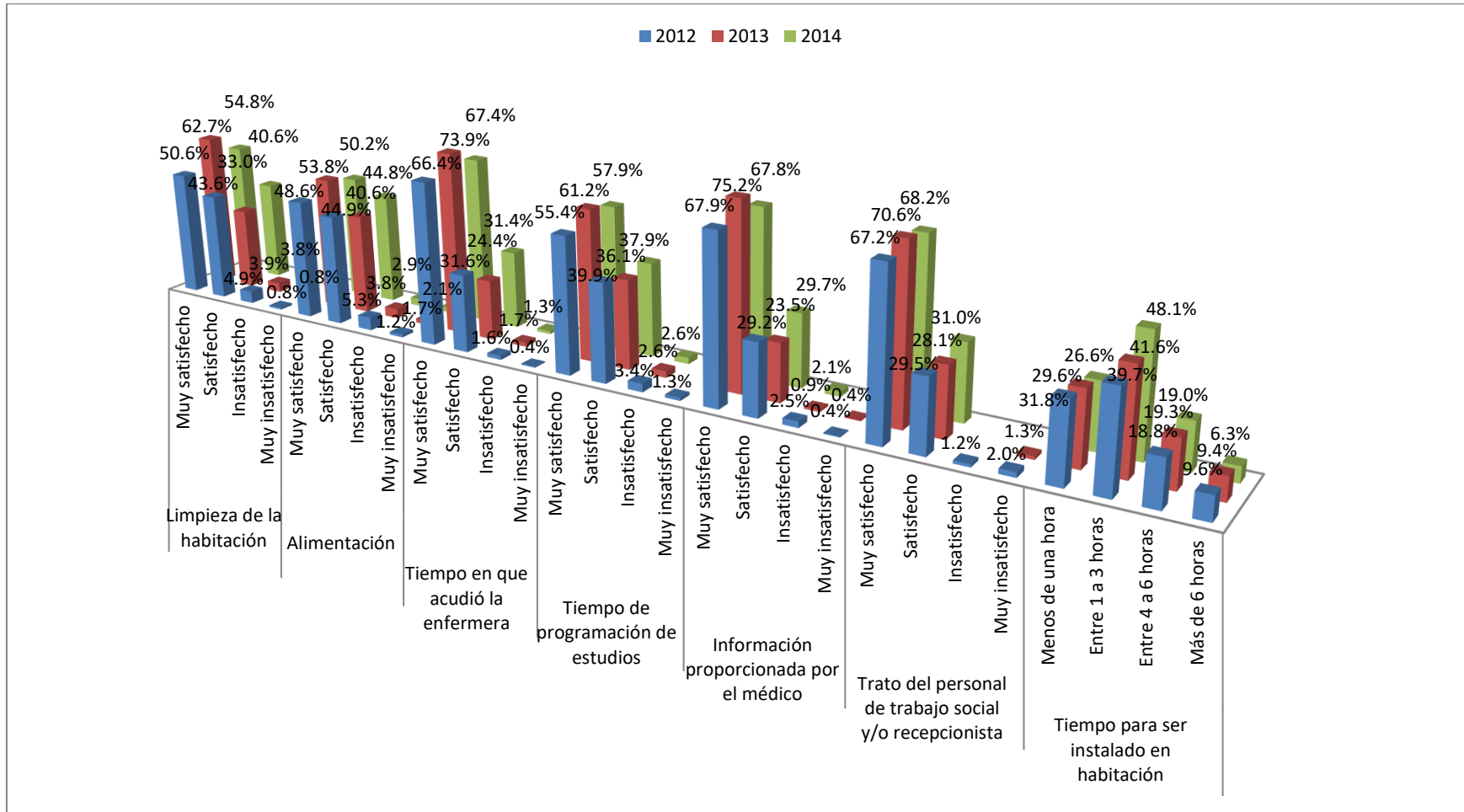
Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de “posventa” del HCSAE.

Por otra parte, el cuestionario evalúa la limpieza de la habitación, alimentación, tiempo en que las enfermeras acudieron al llamado del paciente,

tiempo en la programación de estudios, información proporcionada por el médico y el trato del personal que lo recibió. En general, las variables fueron evaluadas de manera positiva, entre muy satisfecho y satisfecho.

De modo particular, en la gráfica 4 se aprecia que 2014 fue el año que mejor evaluación obtuvieron las variables, ya que las evaluaciones de “muy satisfecho” oscilaron entre el 50% y 70%. Sólo limpieza de la habitación, tiempo en la programación de estudios y alimentación recibieron menor evaluación positiva. Por su parte, las mejor evaluadas son el tiempo que las enfermeras tardaron en acudir a su llamado y el trato del personal que recibió al paciente. Para ver los resultados detallados por cada indicador véanse las gráficas de la 5 a la 11.

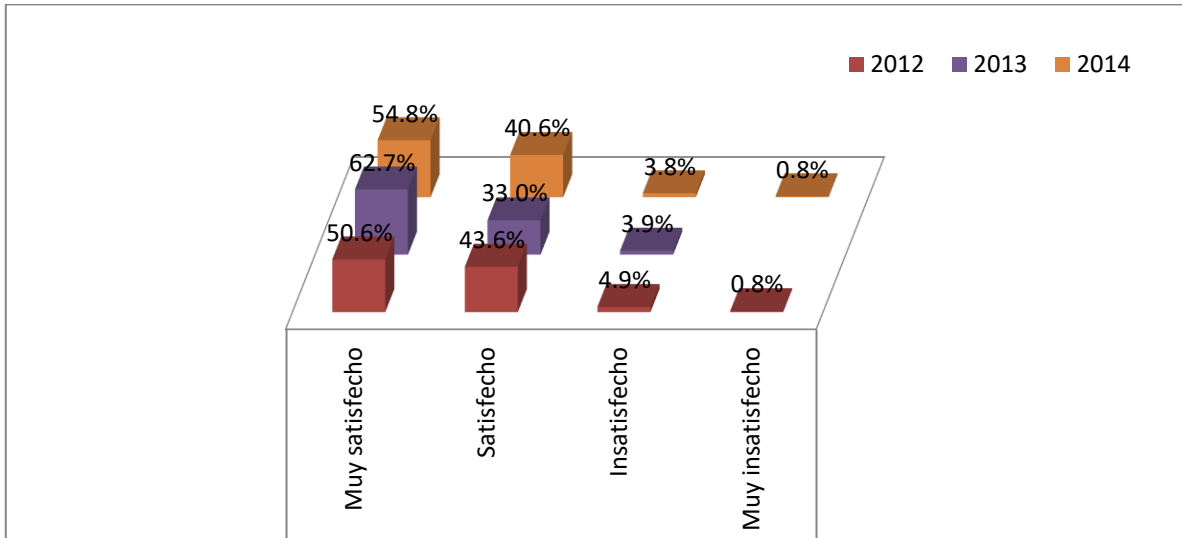
**Gráfica 4. Satisfacción de diferentes indicadores**



Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de "posventa" del HCSAE.

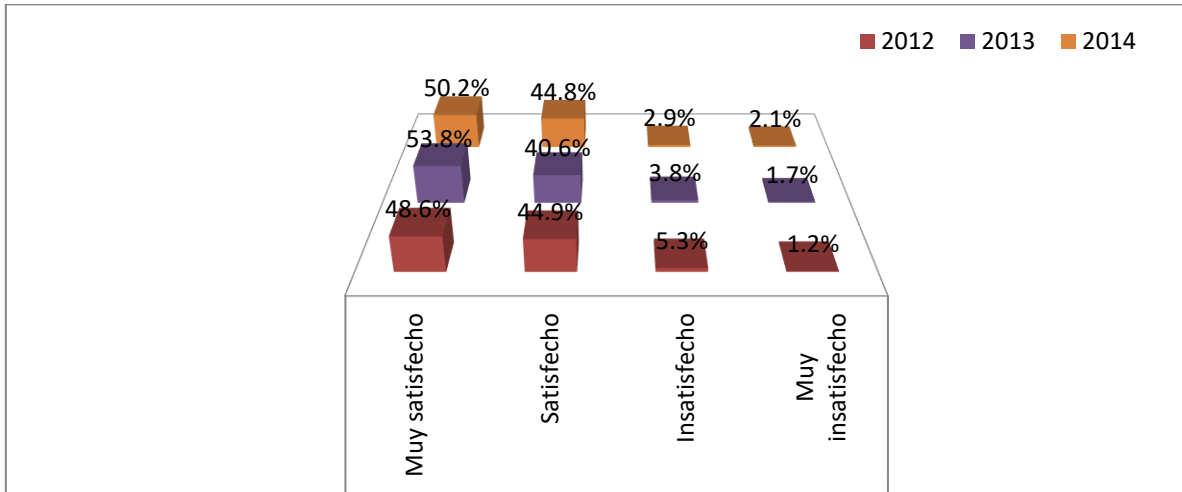


**Gráfica 5. Limpieza de la habitación**



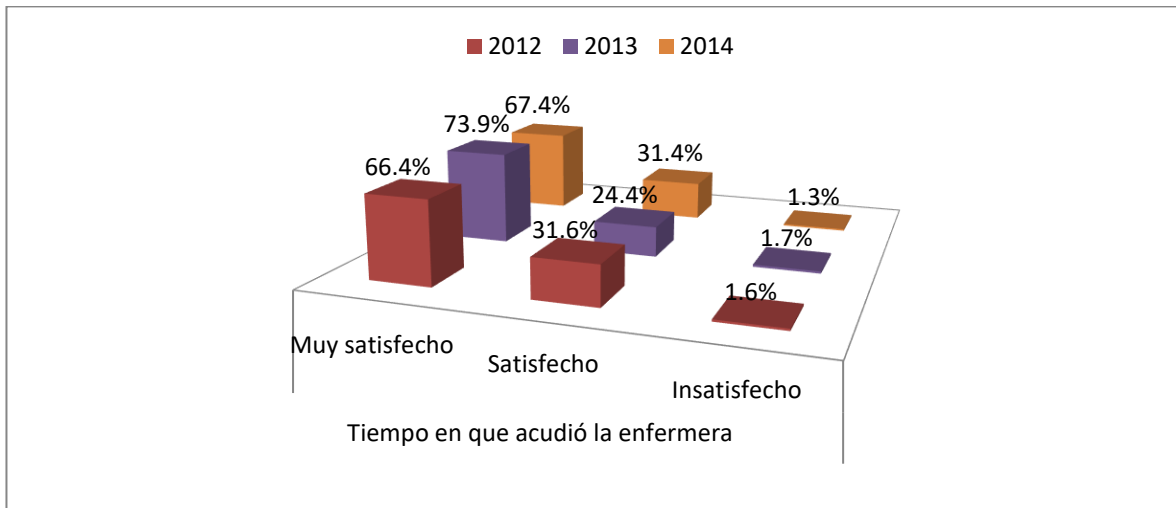
Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de “posventa” del HCSAE.

**Gráfica 6. Alimentación**



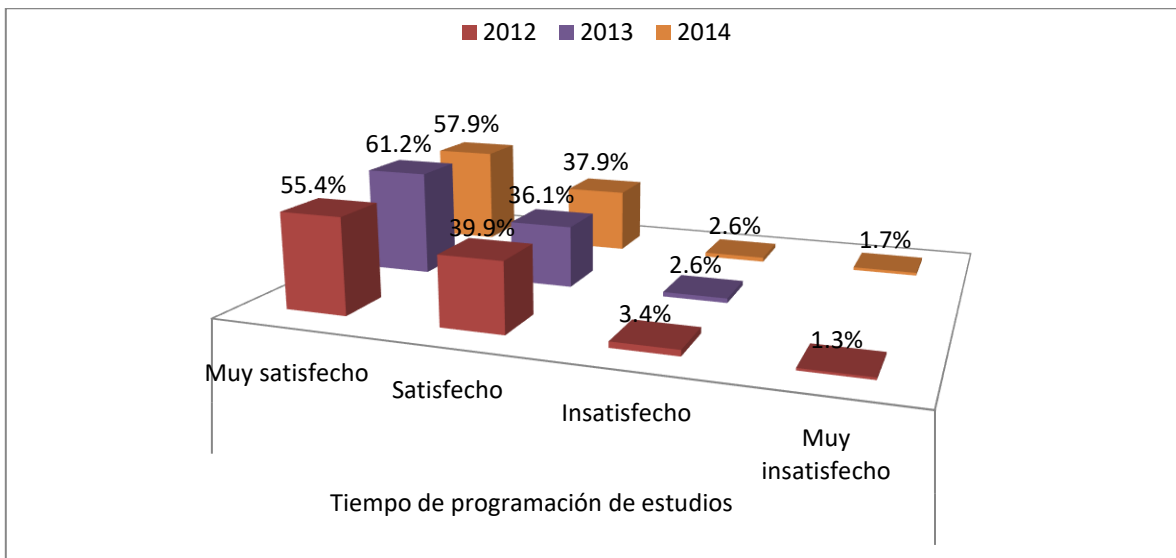
Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de “posventa” del HCSAE.

**Gráfica 7. Tiempo en que acudió la enfermera**



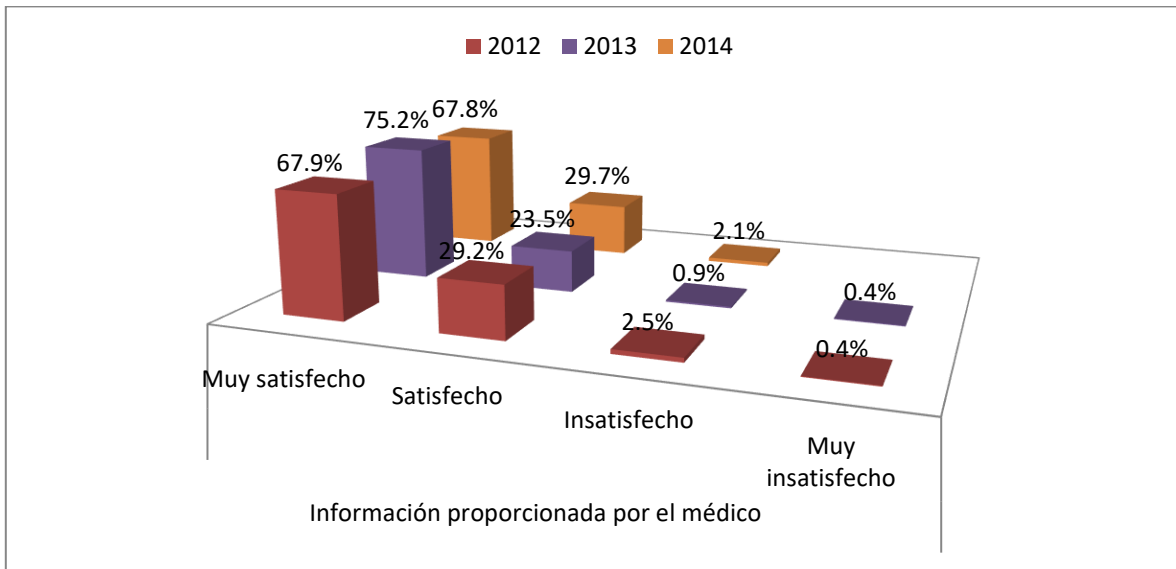
Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de “posventa” del HCSAE.

**Gráfica 8. Tiempo de programación de estudios**



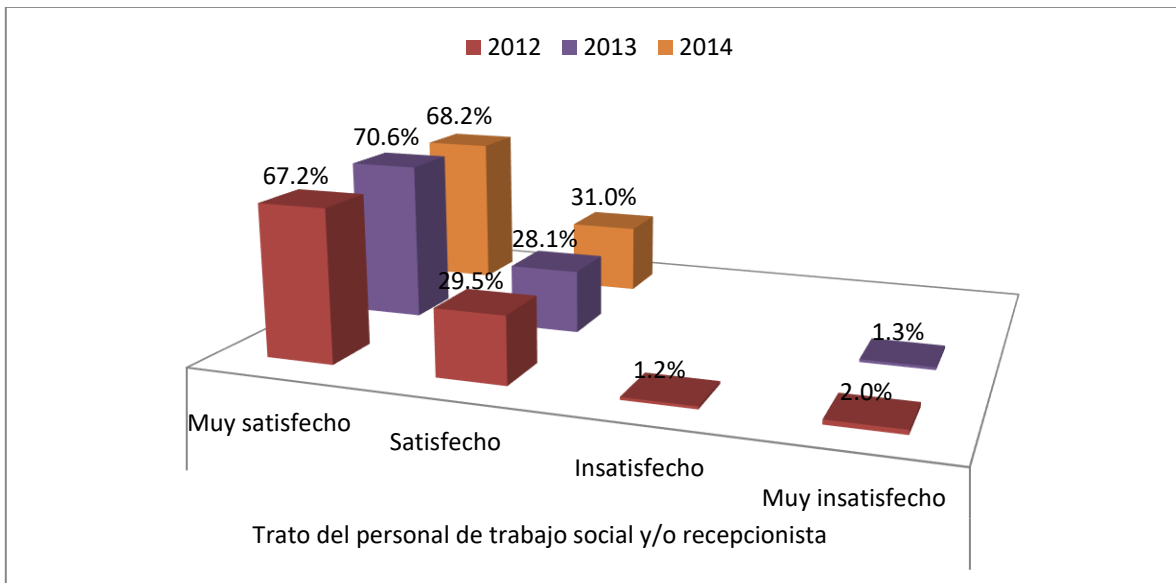
Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de “posventa” del HCSAE.

**Gráfica 9. Información proporcionada por el médico**



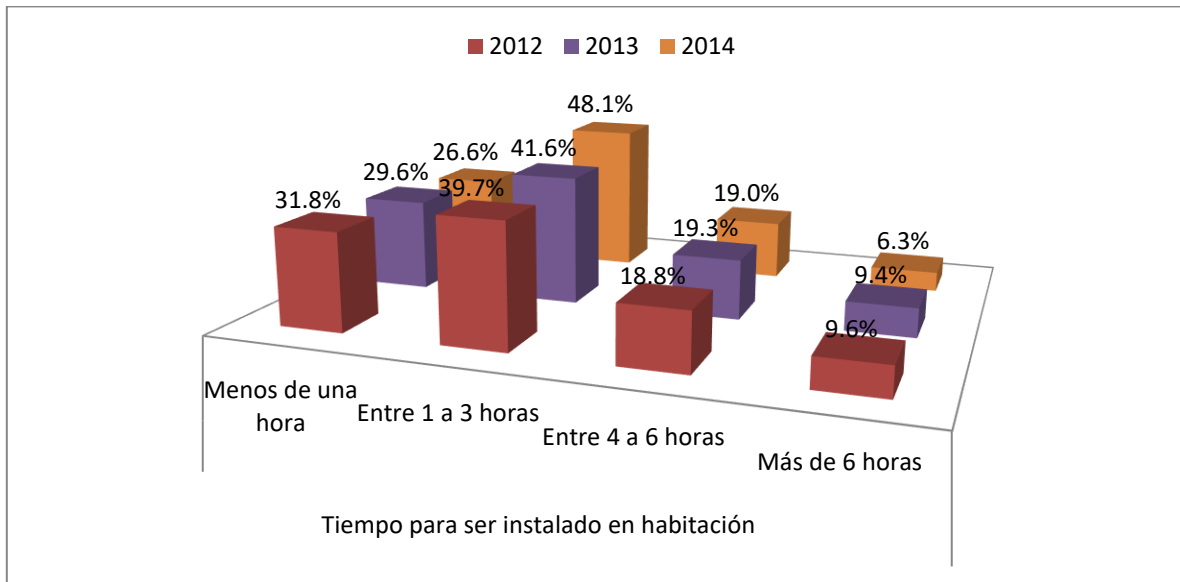
Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de “posventa” del HCSAE.

**Gráfica 10. Trato del personal de trabajo social y/o recepcionista**



Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de “posventa” del HCSAE.

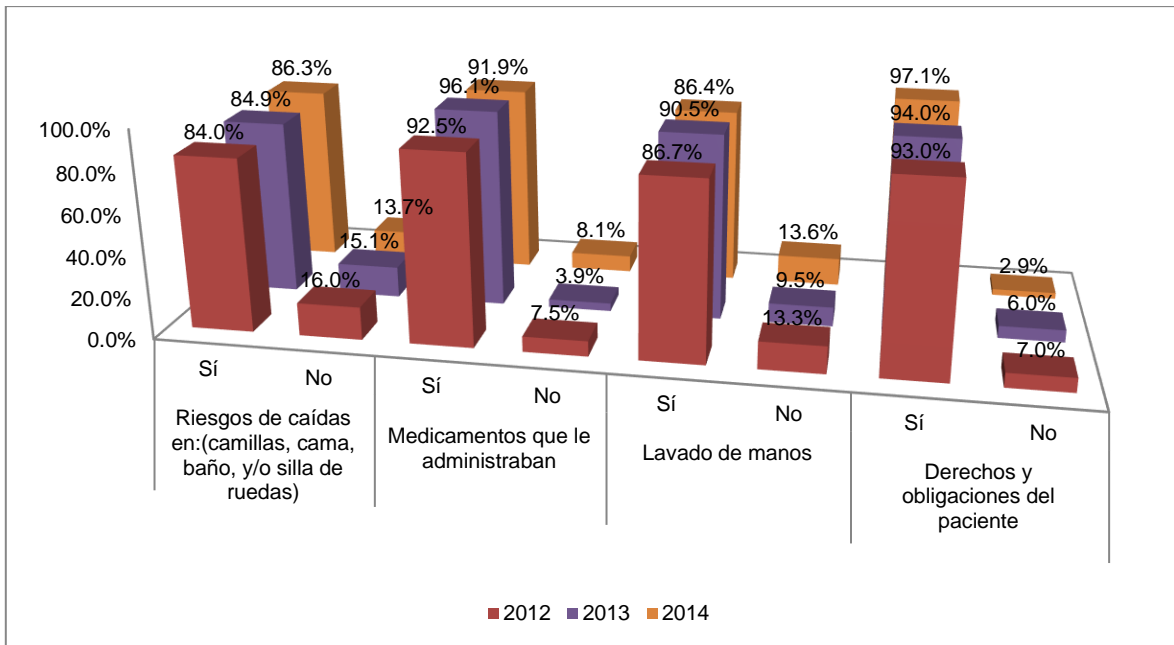
**Gráfica 11 Tiempo para ser instalado en habitación**



Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de “posventa” del HCSAE.

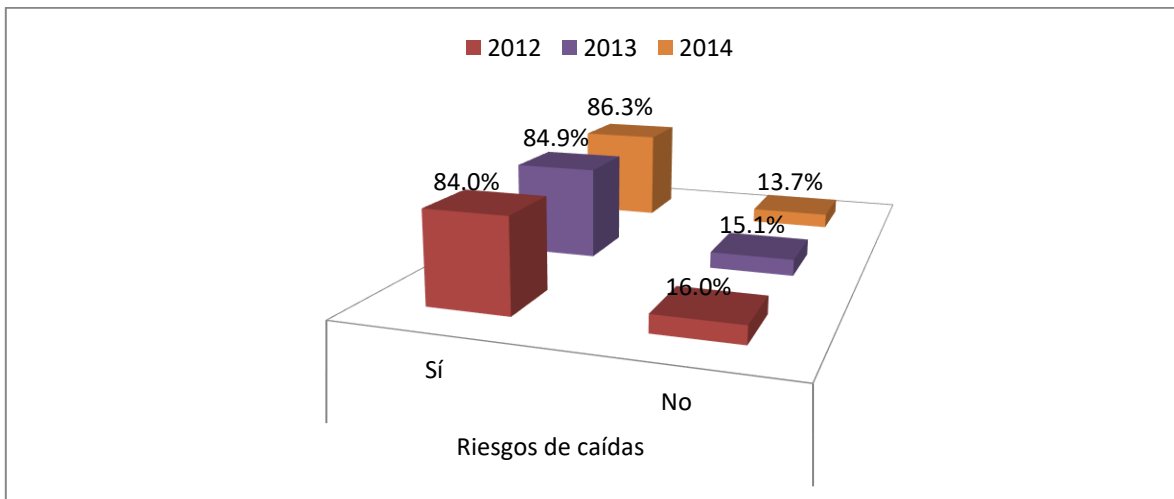
En esencia, las preguntas por la satisfacción de estos servicios han sido útiles, ya que han identificado cuáles aspectos de los servicios de salud son los que necesitan mejorarse –como limpieza en la habitación, alimentación y tiempo en programación de estudios–. Ahora bien, las preguntas pudiesen perfeccionarse, si se interrogara por qué las personas se encuentran satisfechas; es decir, evaluar los *atributos* de los servicios recibidos durante la atención médica. Otra variable fue la información que recibieron sobre tópicos relacionados con la seguridad del paciente: el modelo cuestiona si se les ofreció o no información sobre los riesgos de caída –camillas, camas, baños o sillas de ruedas–, la ministración de medicamentos, capacitación a los pacientes y familiares sobre la técnica de lavado de manos, y los derechos de los pacientes (véanse gráficas de la 12 a la 15).

**Gráfica 12. Información relativa a la seguridad del paciente**



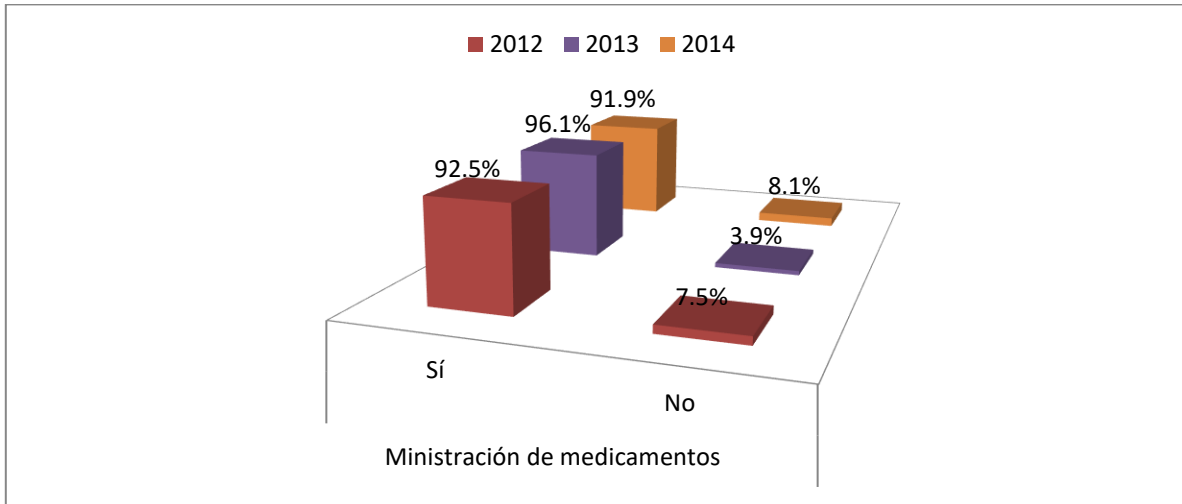
Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de "posventa" del HCSAE.

**Gráfica 13. Información recibida sobre los riesgos de caídas de los pacientes**



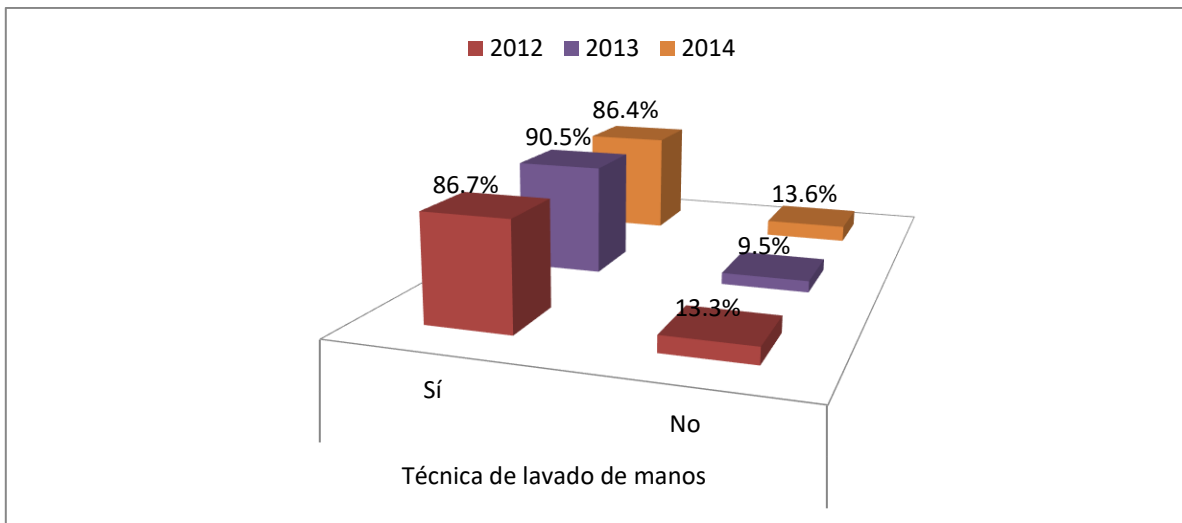
Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de "posventa" del HCSAE.

**Gráfica 14. Información relativa a la ministración segura de medicamentos**



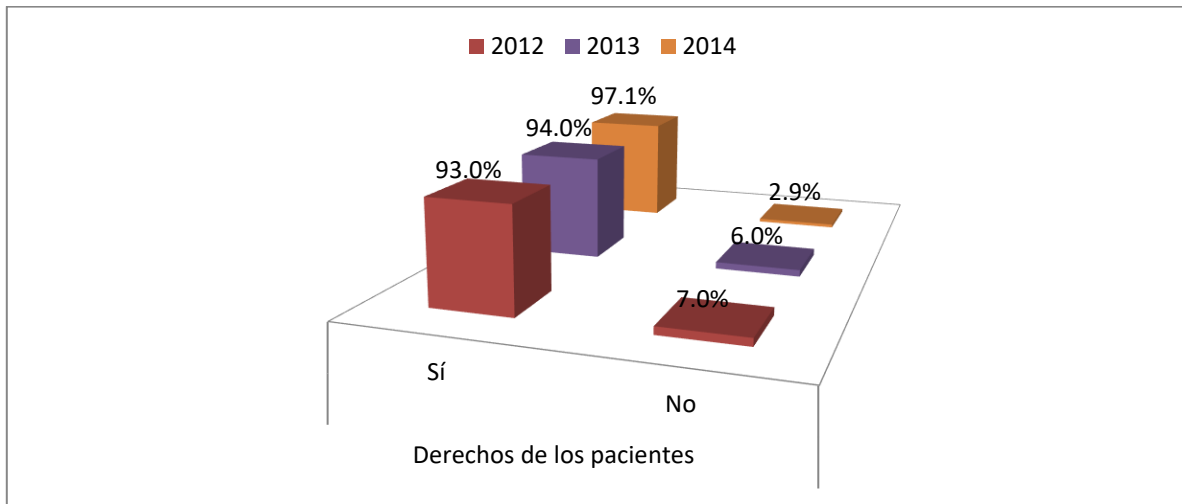
Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de "posventa" del HCSAE.

**Gráfica 15. Capacitación a los pacientes y familiares sobre la técnica de lavado de manos**



Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de "posventa" del HCSAE.

**Gráfica 16. Información acerca de los derechos de los pacientes**

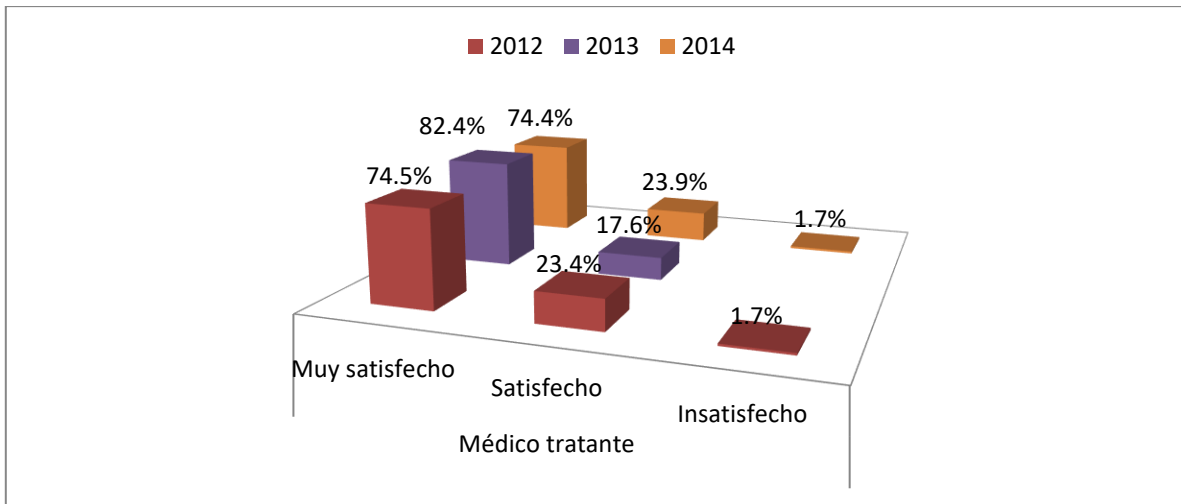


Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de “posventa” del HCSAE.

Es importante evaluar si los pacientes recibieron información relativa a su seguridad en las áreas de hospitalización para diagnosticar su satisfacción con la calidad de los servicios recibidos. En este sentido, el cuestionario cumple su cometido, ya que reporta si recibieron o no dicha información. De manera adicional, el cuestionario pudiese mejorar con preguntas sobre qué aspectos de la información que los pacientes recibieron se necesitan corregir.

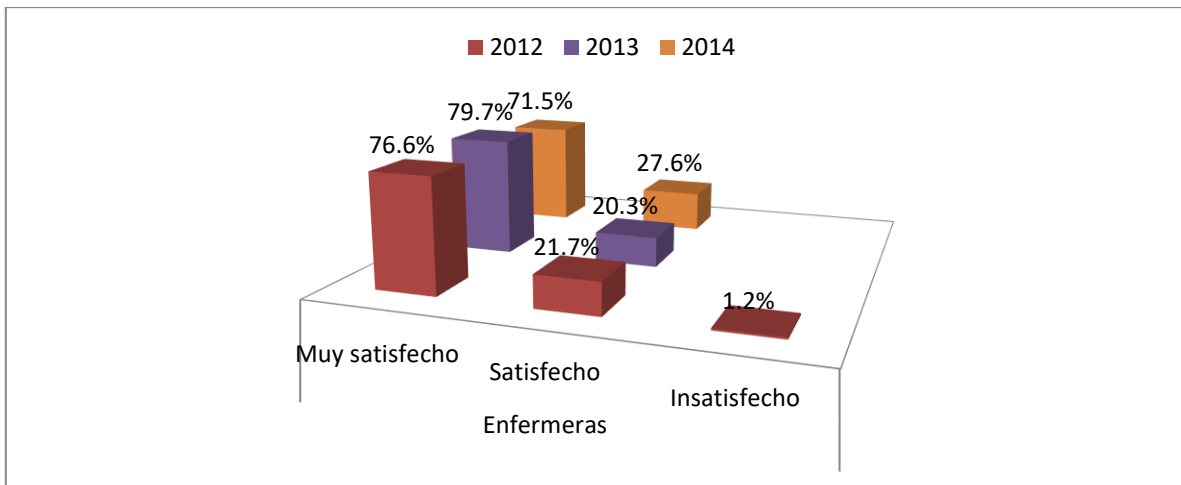
Por su parte, el cuestionario evalúa la satisfacción de los pacientes por el trato recibido. En su mayoría, las respuestas oscilaron entre “muy satisfecho” y “satisfecho”. Cabe aclarar que en los casos de los médicos, enfermeras, trabajadora social y dietóloga, las respuestas de "muy satisfecho" disminuyeron, a la par que los de "satisfecho" crecieron (véanse gráficas de la 17 a la 20).

**Gráfica 17. Satisfacción de los pacientes con el trato del médico**



Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de "posventa" del HCSAE.

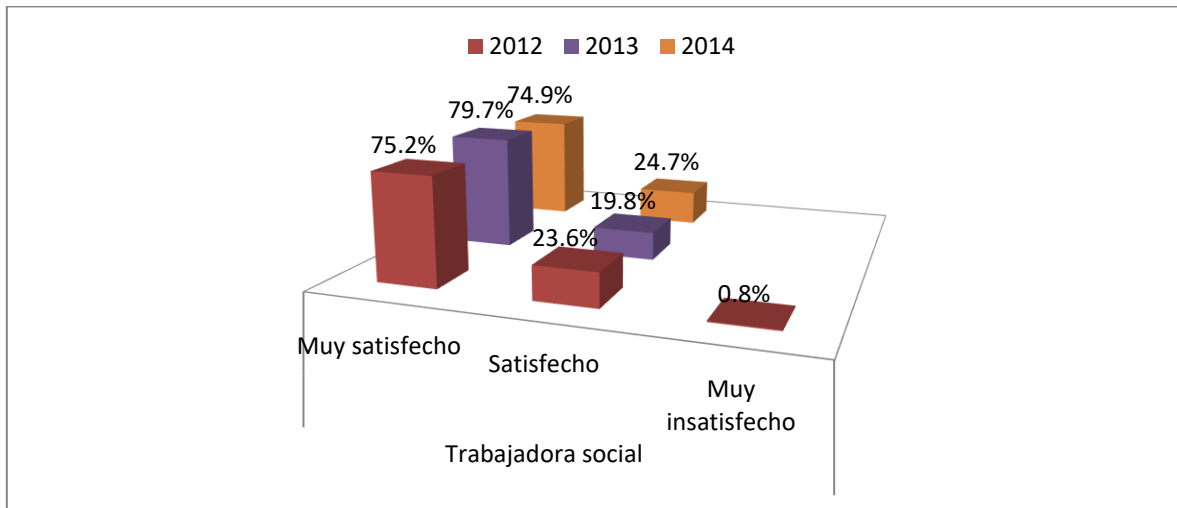
**Gráfica 18. Satisfacción de los pacientes con el trato de las enfermeras**



Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de "posventa" del HCSAE.

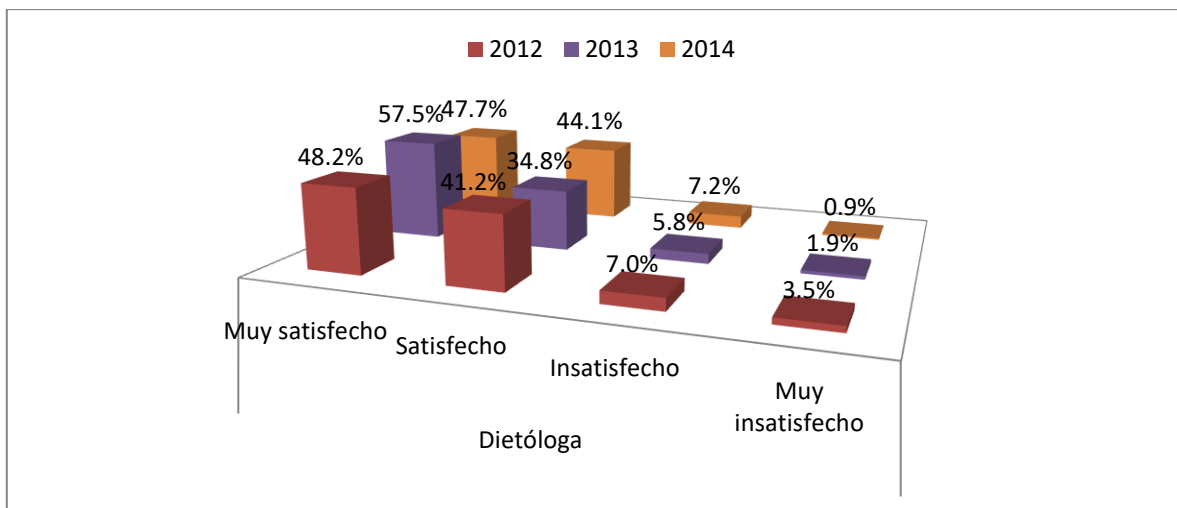


**Gráfica 19. Satisfacción de los pacientes con el trato de la trabajadora social**



Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de “posventa” del HCSAE.

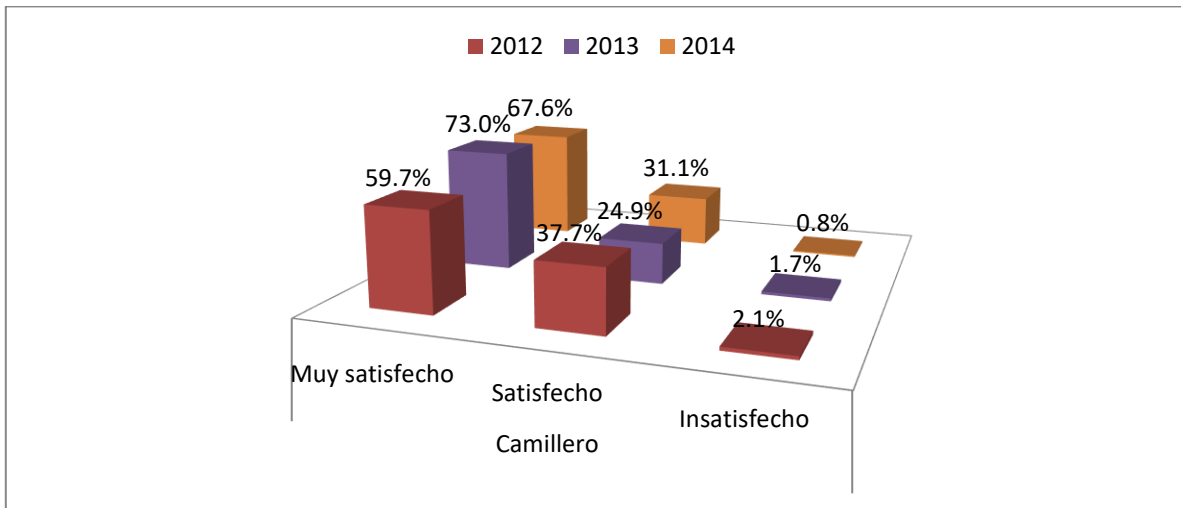
**Gráfica 20. Satisfacción de los pacientes con el trato de la dietóloga**



Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de “posventa” del HCSAE.

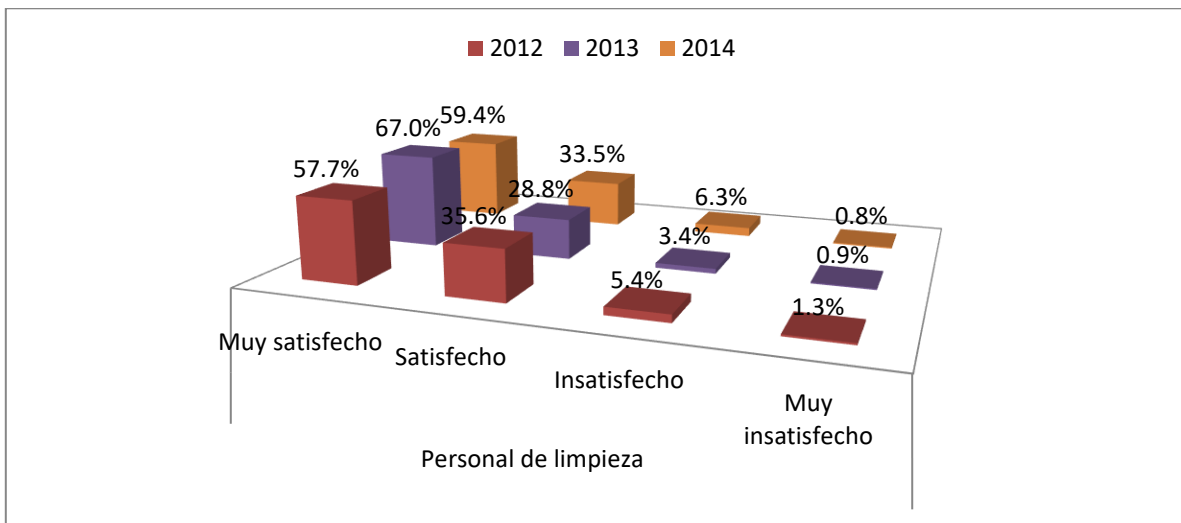
A diferencia de los resultados decrecientes en la satisfacción con el trato del médico, las enfermeras, la trabajadora social y la dietóloga, los pacientes que se encontraron muy satisfechos con los camilleros y el personal de limpieza aumentaron 7.9 y 1.4 por ciento (véanse gráficas 21 y 22).

**Gráfica 21. Satisfacción de los pacientes con el trato del camillero**



Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de “posventa” del HCSAE.

**Gráfica 22. Satisfacción de los pacientes con el trato del personal de limpieza**



Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de “posventa” del HCSAE.

Por medio de la evaluación del trato del personal, el modelo institucional de recopilación de datos permite identificar con cual personal los pacientes se encuentran más satisfechos –camilleros y personal de limpieza– y menos satisfechos –médicos, enfermeras, trabajadora social y dietóloga–. De manera

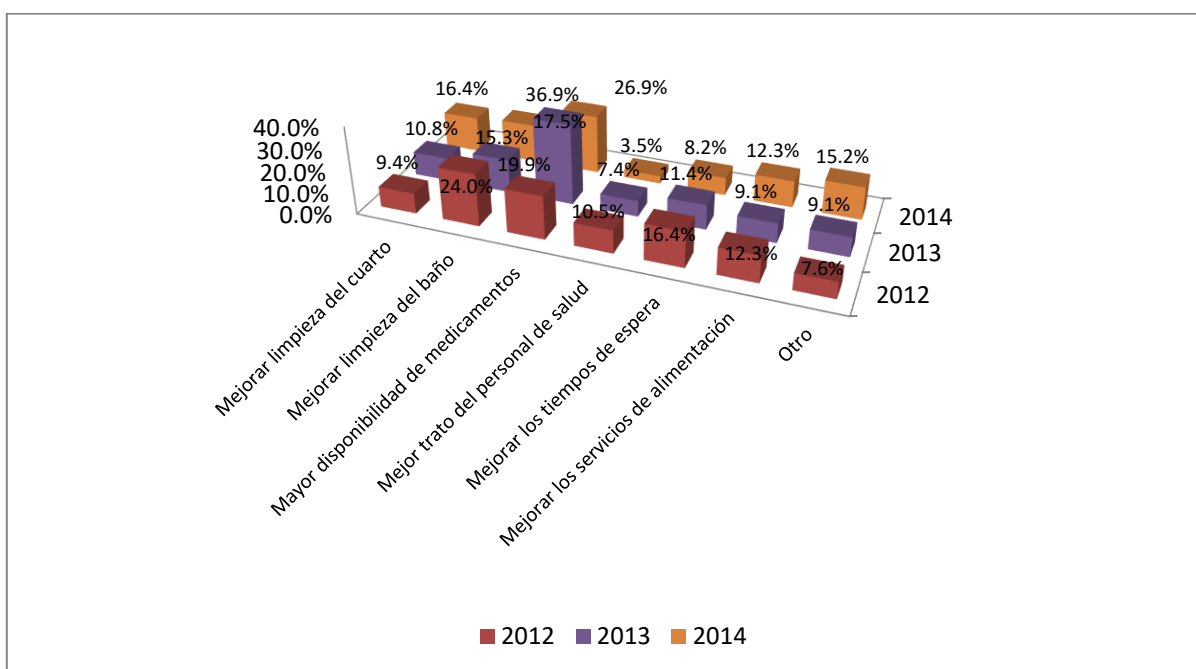
adicional, se pudiese ahondar sobre por qué los pacientes se encuentran más y menos satisfechos con el personal del HCSAE.

Otra variable son los indicadores que demandan mayor atención:

- Limpieza del cuarto.
- Limpieza del baño.
- Disponibilidad de los medicamentos.
- Trato del personal de salud.
- Tiempos de espera.
- Servicios de alimentación.

De manera general, destacan mejorar la disponibilidad de medicamentos, así como la limpieza del baño y habitación. Durante los años de estudio, cada indicador aumentó entre 6.5 y 7 por ciento. En cambio, "mejor trato del personal" y "mejor tiempo de espera" decrecieron 7 y 8.4 por ciento. Sólo la evaluación de los alimentos se ha mantenido igual, con una ligera disminución en 2014 (véase gráfica 23).

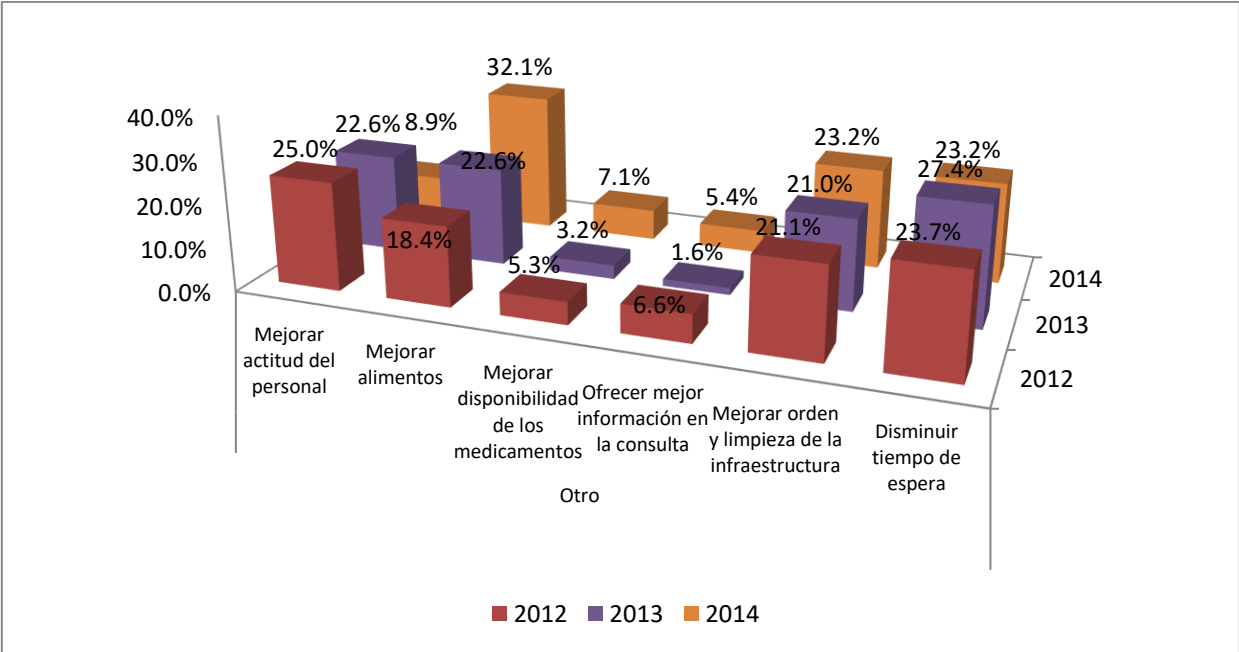
**Gráfica 23. Indicadores más importantes a atender**



Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de "posventa" del HCSAE.

Por medio del análisis estadístico, se encontró que la evaluación de los indicadores más importantes a atender resulta pertinente para identificar las áreas del servicio que los pacientes desean que se mejoren. Por último, dentro de los indicadores que fueron señalados como “otros”, las variables que crecieron fueron las de orden y limpieza y mejorar alimentos y disponibilidad de los medicamentos; cada variable aumentó en 2.1, 13.7 y 1.8 por ciento. De igual modo, hubo algunos indicadores que decrecieron, como mejorar actitud del personal, ofrecer mejor información en la consulta y el tiempo de espera (gráfica 24).

**Gráfica 24. Otros comentarios**



Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de “posventa” del HCSAE.

Los hallazgos en los comentarios permiten identificar algunas áreas de atención que pudiesen ser incluidas para su evaluación particular en alguna propuesta posterior. Por ejemplo, tiempo de espera, orden y limpieza de la infraestructura, actitud del personal y alimentos.

En síntesis, a través del estudio, se encontró que son más los aciertos del cuestionario que los aspectos a mejorar. De este modo, con el análisis estadístico, se puede señalar que la hipótesis que se comprobó fue la nula; es decir:

*El modelo institucional de recopilación de datos empleado en el servicio de hospitalización del HCSAE brinda suficiente evidencia para determinar el nivel de satisfacción de los usuarios.*

En suma, la actual encuesta posventa, en efecto, cumple con su cometido, ya que recopila información útil para que el HCSAE tenga presente el grado de satisfacción que sus pacientes sienten con sus servicios. Contar con esta clase de información, sirve para diagnosticar una auténtica satisfacción de la calidad de los servicios. Sin embargo, se encontraron algunos aspectos a mejorar que pudiesen retomarse en futuras investigaciones.

## CAPÍTULO VII

### RECOMENDACIONES

#### **7.1 Utilidad del modelo de recopilación de datos para la elaboración del diagnóstico de la satisfacción del usuario en la organización: observaciones en el proceso de análisis**

El modelo de recopilación de datos es un puente de diálogo entre la institución hospitalaria y los usuarios de los servicios de salud. A través del formato empleado, los clientes encuentran la posibilidad de manifestar su opinión. Por ello, su diseño actual y futuro depende del alcance de la comunicación con tales consumidores.

Conforme al análisis realizado, se observaron múltiples aciertos y algunos aspectos a mejorar en la encuesta posventa con la cual cuenta la organización en el presente. De modo general, se encontraron seis importantes logros que ha tenido el modelo institucional actual.

1. Al analizar la frecuencia de las respuestas en cada pregunta, se pudo constatar que los indicadores de respuestas dan cuenta de los aspectos más recurrentes que los pacientes consideran en su evaluación de la calidad; por ejemplo, el área en la que estuvieron hospitalizados.
2. Las preguntas que evalúan la satisfacción de los servicios del HCSAE destacan aspectos que requieren mejorarse. A través del análisis, se encontró que las preguntas del cuestionario son útiles para destacar aquellos aspectos de los servicios de salud que deben mejorar, como la limpieza en las habitaciones.
3. El cuestionario identifica con qué tipo de personal los pacientes se encuentran satisfechos. Las preguntas ayudan al HCSAE para que sea más

fácil ubicar aquel personal con el cual los pacientes se encuentran satisfechos y con quienes no.

4. También permite identificar las áreas que los pacientes consideran que se deben mejorar. El cuestionario evidenció las áreas más recurrentes que critican los pacientes; por ejemplo, la limpieza, el trato del personal y los servicios de alimentación.
5. Los indicadores de tiempo que el paciente esperó para ser hospitalizado fueron actuales. En las preguntas sobre el tiempo se encontró que los indicadores responden a los períodos que los pacientes esperaron para ser hospitalizados; es decir, las preguntas cumplen con su cometido.
6. El análisis da cuenta de la información que los pacientes recibieron sobre su seguridad. Por último, se halló que el cuestionario es de utilidad para identificar el tipo de información que los pacientes reciben.

En esencia, los anteriores puntos describen las principales fortalezas que tiene el actual modelo institucional de recopilación de información para evaluar la satisfacción de los pacientes con la calidad de los servicios del HCSAE. Como se aprecia, el cuestionario es útil porque cumple con su cometido. A la par de estos hallazgos, se encontraron algunos aspectos que pueden mejorarse –los cuales resultan de utilidad para investigaciones posteriores.

## **7.2 Estrategias para la mejora del modelo de recopilación de datos**

La estrategia partirá del uso del modelo de los tres vectores y de las teorías de la calidad expuestas en este trabajo. Es necesario definir un concepto general de calidad con base en la misión de la organización y las necesidades y expectativas de los usuarios. Esta noción general deberá aterrizar en protocolos de acción concretos para las diversas áreas que integran la institución. En esta primera etapa

juegan un papel fundamental el primer y el segundo vector del modelo de análisis, así como los conceptos teóricos de la calidad.

Con el análisis estadístico, se encontraron los siguientes cuatro aspectos que pudiesen mejorarse en la actual encuesta de posventa. Con ello, se ha cumplido el objetivo principal de la investigación: evaluar al modelo institucional de recopilación de información. De igual modo, cabe destacar que estos hallazgos son de utilidad para futuras investigaciones.

1. Incluir nuevas áreas que han tomado importancia en la hospitalización; como cardiología, ortopedia, oncología y neurología.
2. Atributos de los servicios para su evaluación detallada. Se encontró que la encuesta de posventa actual sirve para calificar aquellas variables de la calidad en el HCSAE. Ahora, se recomienda su evaluación detallada, lo cual permitiría recopilar más información.
3. El cuestionario actual permite identificar al personal con el que los pacientes se sienten más y menos satisfechos. Esta pregunta pudiese mejorar al incluir algunos atributos en la atención, lo cual permitiría entender por qué la satisfacción.
4. Incluir más indicadores en las áreas importantes a atender. El cuestionario pide a los pacientes mencionar las que consideren más importantes por atender. Los indicadores han tenido respuestas muy frecuentes. Algunos aspectos que en los años en estudio aumentaron su relevancia como corregir la actitud del personal, ofrecer mejor información en la consulta u optimizar el tiempo de espera.

Con base en las anteriores consideraciones, se recomienda seguir las siguientes estrategias esbozadas en el capítulo cuatro:



- Ponderación de resultados. Los resultados que arroja la encuesta se requieren analizar, esto con el fin de cumplir su objetivo: diagnosticar el grado de satisfacción que los pacientes sienten con los servicios recibidos por el HCSAE.
- Evaluación periódica del modelo. Son necesarias evaluaciones constantes al modelo en busca de la mejora continua, como la que se realizó en la presente investigación. Sólo así se puede apreciar si la encuesta sigue siendo de utilidad o requiere cambios.
- Aplicación a cada usuario en el servicio de hospitalización. La encuesta requiere aplicarse a la mayor cantidad posible de hospitalizados dentro del HCSAE. De esta forma, se recabará mayor información.

Dichas estrategias resultan las más idóneas al considerar el análisis de los resultados del actual modelo institucional de recopilación de información. Para finalizar, los resultados que se obtendrían por medio de ellas, pudiesen ser evaluados a la luz del tercer vector del modelo. Con él podrá determinarse si se deben realizar modificaciones al producto de la organización, en este caso, los servicios de salud ofrecidos por el HCSAE. Como puede apreciarse, esta manera de proceder corresponde con una planificación ordenada de la calidad que hace posible la identificación de áreas a mejorar para actores específicos de la organización.

## CONCLUSIONES

A partir de este trabajo de investigación, se argumentó la importancia de la instrumentación de medidas para el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud. En particular, se analizó si el HCSAE poseía un modelo de recopilación de datos para el conocimiento de la satisfacción de los usuarios en esta materia.

La historia y los antecedentes del HCSAE dan muestra del deseo de la institución por superarse de manera continua y erigirse como una organización hospitalaria de vanguardia. Así lo manifiestan sus acreditaciones, reacreditaciones y experiencias innovadoras en el contexto de la oferta de servicios médicos en México. Su objetivo permanente en el tiempo ha sido el de satisfacer las necesidades de sus usuarios.

La descripción del marco normativo externo e interno permitió comprender la institución como parte del Sistema Nacional de Salud, cuyo fin es el de proporcionar servicios de salud a toda la población derechohabiente de PEMEX y mejorar su calidad. En el *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios Médicos* se estipula, de hecho, que la calidad es un imperativo en la labor de las organizaciones médicas. Así, el HCSAE debe proteger, promover y restaurar la salud de sus usuarios con estos ordenamientos.

Con Crosby, se apreció que la calidad debe ser definida por la organización de forma tangible. Juran y Deming argumentan que tal definición se da en función de las necesidades de los clientes. Así, la calidad consiste en hacer que la gente haga mejor las cosas importantes que de cualquier forma debe de hacer.

Además, se expuso por qué la calidad en salud, en específico, no sólo posee contenidos de eficiencia y eficacia administrativa. Es, ante todo, un tema de responsabilidad y ética social. Donabedian fue el encargado de llevar las reflexiones teóricas de la calidad al campo de la salud. Este estudioso indicó que se debe

buscar el máximo beneficio para los usuarios tras hacer un balance de las pérdidas y ganancias en la empresa hospitalaria.

Desde otra perspectiva, la OMS señala que la calidad en la salud parte de la identificación de las necesidades de salubridad de la población y de la oferta oportuna de recursos disponibles por parte de los organismos médicos. Vargas González y sus compañeros apuntan que la calidad incluye una perspectiva institucional así como las percepciones de los usuarios.

Por último, Valdés estableció que la planeación estratégica es necesaria para el logro de metas. Así, con su modelo de los tres vectores se analizan la misión, la estructura organizacional y el diseño de transformación de una institución. Esto viene aparejado de un análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas.

Ahora bien, la planeación, control y mejora de la calidad requieren de un modelo de recopilación de información sobre la satisfacción de los usuarios por los servicios recibidos. Los modelos se construyen en un proceso que incluye la definición de las fuentes de obtención de datos, su localización, la determinación de los medios de recolección y la organización de la información para el análisis.

El modelo de recopilación tiene la meta de medir, lo que en ciencias sociales implica la vinculación de conceptos abstractos con indicadores empíricos. Ahí radican las virtudes del modelo vigente. Por medio de un análisis estadístico longitudinal –con información de 2012, 2013 y 2014–, se corroboró la hipótesis nula propuesta: la actual encuesta de posventa del HCSAE brinda información para identificar el grado de satisfacción de los pacientes. En esencia, el análisis mostró que el modelo institucional ofrece información pertinente para diagnosticar la satisfacción de los pacientes. Sin embargo, se encontraron algunos aspectos susceptibles de mejora en el cuestionario. Cabe aclarar que esos pudiesen resultar de suma utilidad para investigaciones posteriores.

Por último, la presente investigación enlistó tres estrategias que –de acuerdo con los análisis realizados– son las más idóneas para perfeccionar la recopilación de información. Con ello, se espera ofrecer una ruta de acciones a seguir, las que permitan mejorar la satisfacción de los pacientes con la calidad de los servicios recibidos por el HCSAE.

## REFERENCIAS

Aguirre, H., & Neri, R. (s.f.). *Calidad de la atención Médica*. Recuperado el 20 de mayo de 2013, de <http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/publicaciones/CASMI-02.pdf>

Brace, I. (2010). *Diseño de cuestionarios. Cómo planear, estructurar y redactar material de encuesta para una investigación de mercados eficaz*. México: Patria.

Chiavenato, I. & Sapiro, A. (2011). *Planeación estratégica. Fundamentos y aplicaciones*. México: Mc Graw Hill, pp. 25-84, 201-220.

Crosby, P. B. (1989). *La calidad no cuesta. El arte de cerciorarse de la calidad*. México: Continental.

Departamento de los Estados Unidos de Salud y Servicios Humanos (s.f.). "Misión e Investigación Internacional (de la Oficina de Protección en Investigación Humana [OHRP])". En *HHS* [en línea]. Recuperado el 24 de septiembre de 2016, de <http://archive.hhs.gov/ohrp/espanol/intro.htm>

Donabedian, A. (1993). *Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo en la calidad de la atención*. Recuperado el 19 de mayo de 2012, de Revista Salud Pública de México: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001269>

Griful, E., & Canela, M. (2002). *Gestión de la calidad*. España: UPC.

Gómez Dantés, Gómez Dantés, O.; Sesma, S.; Becerril, V. M.; Knaul, F. M.; Arreola, H.; & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53 (2), S220-S232.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Hospital Central Sur de Alta Especialidad (2014). *Historia*. Recuperado el 12 de enero de 2016, de Revista Líderes Médicos: <http://www.lideresmedicos.com/wp-content/uploads/2014/09/5-Pemex-Final-2.pdf>

Juran, J. (1990). *Juran y la planificación para la calidad*. España: Díaz de Santos.

Kotler, P., & Armstrong, G. (2007). *Marketing. Versión para Latinoamérica*. México: Pearson.

Losada, M., Rodríguez, S. (2007). Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing, *Cuadernos de Administración*, 20 (34).

Secretaría de Salud (s.f.). Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud, 2004. Recuperado el 11 de enero de 2016, de Secretaría de Salud: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/040ssa204.html>

Organización Mundial de la Salud (s.f.). *Sistemas de salud*. Recuperado el 11 de enero de 2016, de Organización Mundial de la Salud: [https://www.who.int/topics/health\\_systems/es/](https://www.who.int/topics/health_systems/es/)

Pedraza, (2013). *Modelo de plan de negocios*. México: Grupo Editorial Patria, pp. 3-53, 73-87.

PEMEX, Servicios de Salud (s.f.). *Directorio de Unidades Médicas*. Recuperado el 11 de enero de 2016, de PEMEX: <http://www.pemex.com/servicios/salud/Paginas/Home.aspx>

Unidad de Planeación, Normatividad e Innovación de la Subdirección de Servicios de Salud de PEMEX. (2007). *Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas*. Recuperado el 2011 de mayo de 21, de [http://cuadernosadministracion.javeriana.edu.co/pdfs/10\\_34\\_calidad\\_servicio\\_salud.pdf](http://cuadernosadministracion.javeriana.edu.co/pdfs/10_34_calidad_servicio_salud.pdf)

Valdés, L. (2005). *Planeación estratégica con enfoque sistémico*. México: UNAM.

Vargas González, V., Valecillos, J., & Hernández, C. (2013). Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición. *Revista de Ciencias Sociales*, XIX (4), 663-671.



Dirección Corporativa de Administración  
Subdirección de Servicios de Salud  
Hospital Central Sur de Alta Especialidad

**ENCUESTA DE SATISFACCION  
EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION**

La finalidad de esta encuesta es mejorar la atención en los servicios de hospitalización, para ello requerimos de su opinión, de antemano **AGRADECEMOS SU VALIOSA PARTICIPACIÓN.**

Nombre de la Unidad Hospitalaria \_\_\_\_\_

Folio: \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FICHA \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO: Mujer ( ) Hombre ( )

1.- Su ingreso fue: **Programado** ( ) **Por Urgencia** ( )

2.- ¿En qué servicio estuvo hospitalizado?

- a) Cirugía General ( )
- b) Medicina Interna ( )
- c) Pediatría ( )
- d) Ginecología ( )
- e) Otro **ESPECIFIQUE** \_\_\_\_\_

3.- ¿Cuánto tiempo esperó para ser instalado en su habitación?

- a) Menos de 1 hora ( ) b) Entre 1 a 3 horas ( )
- c) Entre 4 a 6 horas ( ) c) Más de 6 horas ( )

4.- ¿Qué tan satisfecho está con la información proporcionada por su médico, desde el momento de su ingreso?

- a) Muy Satisfecho ( ) b) Satisfecho ( ) c) Insatisfecho ( ) d) Muy Insatisfecho ( )

5.- ¿Qué tan satisfecho está con el trato del personal de trabajo social y/o recepción quien lo recibió a su ingreso?

- a) Muy Satisfecho ( ) b) Satisfecho ( ) c) Insatisfecho ( ) d) Muy Insatisfecho ( )

16.- ¿Que tan satisfecho está con el tiempo que espero para recibir su documentación de egreso?

- a) Muy Satisfecho ( ) b) Satisfecho ( ) c) Insatisfecho ( ) d) Muy Insatisfecho ( )

17.- ¿Cómo calificaría en general el servicio de hospitalización durante su estancia?

- a) Muy Bueno ( ) b) Bueno ( ) c) Malo ( ) d) Muy Malo ( )

18.- Para mejorar la calidad del servicio de hospitalización, por favor díganos que considera que es más importante mejorar

- ( ) 18.1 La limpieza del cuarto.
- ( ) 18.2 La limpieza del baño.
- ( ) 18.3 Mayor disponibilidad de medicamentos.
- ( ) 18.4 Mejorar el trato del personal de salud. Por favor especifique \_\_\_\_\_

( ) 18.5 Mejorar los tiempos de espera. Por favor especifique \_\_\_\_\_

( ) 18.6 Mejorar el servicio de alimentación. Por favor especifique \_\_\_\_\_

( ) 18.7 Otro, Por favor especifique: \_\_\_\_\_

Mucho le agradeceríamos su opinión, comentarios o sugerencias:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**GRACIAS POR SU TIEMPO Y OPINIÓN.**



6.- Recibió Información de:

6.1 Sus derechos y obligaciones como paciente

SI ( ) NO ( )

6.2 Sobre los riesgos de caídas en: (camillas, Cama, Baño, y/o silla de ruedas)

SI ( ) NO ( )

6.3 Sobre los medicamentos que le administraban

SI ( ) NO ( )

6.4 Sobre el lavado de manos

SI ( ) NO ( )

7.- ¿Cuántos días estuvo hospitalizado?

a) 1 a 5 días ( ) b) 6 a 15 días ( ) c) 15 a 20 días ( ) d) Mas de 20 días ( )

8.- ¿En cuanto a la limpieza e higiene de la habitación, usted considera estar?

a) Muy Satisfecho ( ) b) Satisfecho ( ) c) Insatisfecho ( ) d) Muy Insatisfecho ( )

9.- ¿Que tan satisfecho está con la alimentación que recibió durante su hospitalización?

a) Muy Satisfecho ( ) b) Satisfecho ( ) c) Insatisfecho ( ) d) Muy Insatisfecho ( )

10.- ¿Que tan satisfecho está con el tiempo que esperó para la programación de sus estudios de laboratorio, imagenología, o estudios subrogados?

a) Muy Satisfecho ( ) b) Satisfecho ( ) c) Insatisfecho ( ) d) Muy Insatisfecho ( )

11.- ¿Qué tan satisfecho está, con la información proporcionada por su médico, sobre su diagnóstico y tratamiento.

a) Muy Satisfecho ( ) b) Satisfecho ( ) c) Insatisfecho ( ) d) Muy Insatisfecho ( )

12.- ¿Qué tan satisfecho se siente con el tiempo en que acudió el personal de enfermería a su llamado?

a) Muy Satisfecho ( ) b) Satisfecho ( ) c) Insatisfecho ( ) d) Muy Insatisfecho ( )

13.- ¿Conoció el nombre del siguiente personal de salud que regularmente lo atendió?

13.1 Su médico tratante SI ( ) NO ( )

13.2 Sus enfermeras SI ( ) NO ( )

13.3 La trabajadora social SI ( ) NO ( )

13.4 La Dietóloga SI ( ) NO ( )

14.- Que tan satisfecho se siente con el trato recibido por parte de:

14.1 Su médico tratante:

a) Muy Satisfecho ( ) b) Satisfecho ( ) c) Insatisfecho ( ) d) Muy Insatisfecho ( )

14.2 Sus enfermeras:

a) Muy Satisfecho ( ) b) Satisfecho ( ) c) Insatisfecho ( ) d) Muy Insatisfecho ( )

14.3 La trabajadora social:

a) Muy Satisfecho ( ) b) Satisfecho ( ) c) Insatisfecho ( ) d) Muy Insatisfecho ( )

14.4 La Dietóloga:

a) Muy Satisfecho ( ) b) Satisfecho ( ) c) Insatisfecho ( ) d) Muy Insatisfecho ( )

14.4 Camillero:

a) Muy Satisfecho ( ) b) Satisfecho ( ) c) Insatisfecho ( ) d) Muy Insatisfecho ( )

14.5 Personal de Limpieza:

a) Muy Satisfecho ( ) b) Satisfecho ( ) c) Insatisfecho ( ) d) Muy Insatisfecho ( )

15.- ¿Su médico tratante lo visitó diariamente durante su hospitalización?

SI ( ) NO ( )