



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Contaduría y Administración  
Maestría en Administración

Factores de servicio determinantes en la decisión de compra en una clínica universitaria de  
fisioterapia.

**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de Maestría en Administración

**Presenta:**

Arely Guadalupe Morales Hernández

**Dirigido por:**

M.B.A. Miguel Ángel Hernández Vázquez

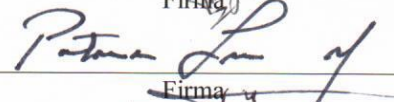
Mtro. Miguel Ángel Hernández Vázquez  
Presidente

  
Firma

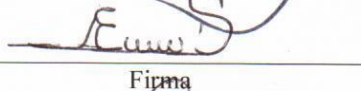
Dra. Josefina Morgan Beltrán  
Secretario

  
Firma

Dra. Patricia Luna Vilchis  
Vocal

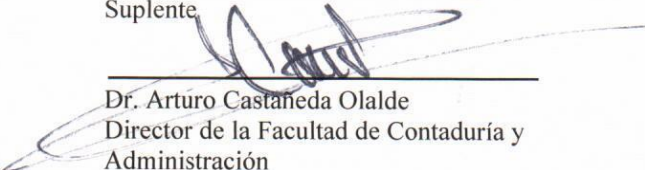
  
Firma

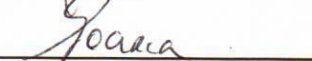
Dra. Elia Socorro Díaz Nieto  
Suplente

  
Firma

Dr. León Martín Cabello Cervantes  
Suplente

  
Firma

  
Dr. Arturo Castañeda Olalde  
Director de la Facultad de Contaduría y  
Administración

  
Firma

Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña  
Directora de Investigación y Posgrado

Centro Universitario  
Querétaro, Qro.  
Febrero 2016  
**México**

## RESUMEN

La mercadotecnia ha tenido un mayor auge en materia de salud. Ha permitido mejorar la imagen del producto o servicio de salud, atrayendo recursos y personas hacia la institución, regulando el nivel de la demanda, estimulándola o revitalizándola, por el contrario, ha logrado desincentivar un uso o un consumo excesivo. Contribuyendo a un mejor uso de los recursos existentes, el desarrollo de nuevos servicios y programas de salud, para motivar y comprometer a los empleados con la misión y el objetivo de la organización. De allí la importancia de conocer los factores determinantes en la decisión de compra en una Clínica Universitaria de Fisioterapia. El objetivo fue describir los factores determinantes en la decisión de compra en un Centro de Atención de Fisioterapia y Salud Integral, de la Universidad Autónoma de Querétaro. Se utilizó método de encuesta a 254 usuarios de primera vez, mediante encuestas electrónicas autoadministradas, postatención. En la exploración se identificaron que los factores determinantes en la decisión de compra de un servicio de Fisioterapia fueron: disminución de dolor, aumentos de movilidad, mejora en las actividades diarias, en un 100% de los encuestados y en un 99.1% la atención del personal, frente a un 92.52% que fue el ítem con calificación más baja donde se refirió que la accesibilidad y estacionamiento son menos importantes a la hora de recibir un servicio sanitario. Lo que demostró que la decisión de compra de un servicio de salud de fisioterapia pondera por sobre todas las cosas la atención y los resultados que brinda el personal humano.

**(Palabras clave:** Decisión de compra, Servicio de Salud, Clínica Universitaria).

## SUMMARY

The marketing has had a greater rise in health. It has improved the image of the product or health service resources and attracting people to the institution, regulating the level of demand, stimulating or revitalizing, by contrast, it has managed to discourage excessive use or consumption. Contributing to better use of existing resources, the development of new services and health programs, to motivate and engage employees with the mission and objective of the organization. Hence the importance of knowing the determining factors in the decision to purchase a University Clinic of Physiotherapy. The aim was to describe the determining factors in the decision to purchase a Care Center Physical Therapy and Comprehensive Health of the Autonomous University of Queretaro. 254 survey method users first was used by self-administered online surveys, aftercare. On examination we identified the determinants in the decision to purchase a physiotherapy service factors were: Decreased pain, increases mobility, improvement in daily activities, with 100% of respondents, and 99.1% attention staff, compared to 92.52 which was the item with the lowest score, which he referred to the accessibility and parking are less important when receiving a health service. Demonstrating that the decision to purchase a health service physiotherapy weighs above all things the care and outcomes provided by the human personnel.

**(Keywords:** purchasing decision, Health Service, University Clinic).

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme tanto en la vida.

A mi familia por ser el mayor ejemplo de amor y fortaleza para todo lo que me propongo.

A mi hermano Luis, por ser siempre el motivante a superarme.

A mis hermanos Javier y Álvaro por su cariño.

A Araceli que me acompañó en todo éste camino, le agradezco las desveladas y palabras de aliento en momentos donde las cosas parecían ser complicadas. Gracias por amarme como lo haces.

A Fernando por su amor, comprensión y apoyo para culminar éste trabajo.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mi Director de Tesis por toda su ayuda y por ser gran parte de mi formación profesional.

A la Licenciatura en Fisioterapia de la Facultad de Enfermería.

A todo el personal del Centro de Atención de Fisioterapia y Salud Integral que colaboró en la elaboración de ésta investigación.

## ÍNDICE

RESUMEN	i
SUMMARY	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
INDICE	v
INDICE DE TABLAS	vii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. REVISIÓN DE LA LITERATURA	3
2.1. Marketing	3
2.1.1. Tipos de marketing	3
2.2. Concepto de Servicio	5
2.2.1. Naturaleza y elementos de un servicio	5
2.3. Servicio sanitario	6
2.3.1. Necesidad de salud y su satisfacción	8
2.4. Marketing de servicios de salud	10
2.5. Satisfacción en el servicio de salud	11
2.5.1. La opinión del usuario	13
2.5.2. Resultados en atención especializada	13
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	18
3.1. Diseño y tipo de estudio	18
3.2. Universo	18
3.3. Muestra	18
3.4. Metodología	19
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	20
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	29
REFERENCIAS	31



**ÍNDICE DE TABLAS**

4. 1 Trato del personal en la recepción	20
4. 2 Claridad de la información brindada por el personal sanitario	21
4. 3 Atención del personal de salud	22
4. 4 Precio de los servicios	22
4. 5 Atención a tiempo	23
4. 6 Tiempo de espera	23
4. 7 Tratamiento como depresor de dolor	24
4. 8 Aumento de movilidad	25
4. 9 Mejora de las actividades de la vida diaria	25
4. 10 Atención durante el tratamiento	26
4. 11 Disponibilidad de horarios de atención	27
4. 12 Accesibilidad y estacionamiento	27
4. 13 Limpieza de las instalaciones	28



## 1. INTRODUCCIÓN

Actualmente la calidad del servicio se ha convertido en un área de especial interés para investigadores y gerentes, debido a su impacto en el desempeño de los negocios, la reducción de los costos, la lealtad del cliente y la rentabilidad (Guru, 2003). Para Gómez, Sesma, Becerril, Knaul y Arreola (2010) los servicios en salud en México enfrentan una transición epidemiológica que se caracteriza por el predominio cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y las lesiones, aunado a una pirámide poblacional que se ha revertido. El sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado.

Gómez et al. (2010) mencionó que el sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público menciona a las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros] y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social [Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS)]. El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa.

En esta perspectiva, existen instituciones de educación superior, que poseen Clínicas Universitarias, las cuales tienen por objeto servir como una herramienta

pedagógica que responda a las necesidades de la sociedad, y de esta forma los alumnos adquieren las competencias necesarias para su desarrollo profesional.

Actualmente la Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ) cuenta con el Centro de Atención de Fisioterapia y Salud Integral (CAFSI), que forma parte la red de Clínicas Universitarias que tiene el alma mater. Centro que primordialmente es atendido por estudiantes, los cuales han sido capacitados con conocimientos previos en el área de fisioterapia, sin embargo, se desconocen los preceptos básicos en el marketing de servicios, por tanto es de gran interés conocer cuáles son los factores de servicio determinantes en la decisión de compra de un servicio de Fisioterapia.

El presente trabajo de investigación describe los factores que intervienen en la decisión de compra en un servicio de fisioterapia. Lo cual permite entender el comportamiento de los usuarios. De manera tal que se favorezca a los usuarios de CAFSI, por medio de propuestas de mejora. Con beneficio en el personal administrativo, al dar a conocer sus áreas de oportunidad y así permitir una mejor toma de decisiones.

## **2. REVISIÓN DE LA LITERATURA**

### **2.1. Marketing**

Stanton (1969) planteó que el marketing es un sistema total de actividades empresariales encaminado a planificar, fijar precios, promover y distribuir productos y servicios que satisfacen necesidades de los consumidores actuales o potenciales.

Kotler (2013) lo plantea como el un proceso social y directivo mediante el que los individuos y las organizaciones obtienen lo que necesitan y desean, a través de la creación y el intercambio de valor con los demás. En un contexto de negocios más estrecho, el marketing implica la generación de relaciones de intercambio rentables y cargadas de valor con los clientes.

La definición conceptual de marketing desde la perspectiva del intercambio, tal como lo define la American Marketing Association (AMA) en 1992 es un proceso de planificación y ejecución, inmerso en un marco social determinado, orientado a la satisfacción de las necesidades y deseos del individuo y de las organizaciones, para la creación y el intercambio voluntario y competitivo de bienes o servicios generadores de utilidades”.

#### ***2.1.1. Tipos de marketing***

Existen diferentes tipos de marketing, uno de ellos es el marketing directo, el cual consiste en las conexiones directas con consumidores individuales seleccionados cuidadosamente, a fin de obtener una respuesta inmediata y de cultivar relaciones largas

con los clientes. El marketing directo tiene por objetivos: ganar clientes y fomentar la fidelidad de los mismos.

El marketing mix o mezcla de mercadeo es un concepto que se utiliza para nombrar al conjunto de herramientas y variables que tiene el responsable de marketing de una organización para cumplir con los objetivos de la entidad. Está compuesto por la totalidad de las estrategias de marketing que apunta a trabajar con los cuatro elementos conocidos como las cuatro P: Producto, Precio, Plaza y Promoción (Kotler y Armstrong, 2013).

Otro tipo de marketing, es el marketing estratégico, el cual cubre el medio-largo plazo, y se orienta a satisfacer las necesidades del cliente que constituyen oportunidades económicas atractivas para la empresa. Podría asociarse con lo que es la mente de la empresa. Es más trascendente en cuanto que marca el rumbo, afianzándolo o cambiándolo, se ocupa de lo que hay que hacer (Sainz de Vicuña, 2008).

Munuera y Rodríguez (2007) explican que: *“El marketing estratégico viene caracterizado por el análisis y comprensión del mercado a fin de identificar las oportunidades que permiten a la empresa satisfacer las necesidades y deseos de los consumidores mejor y más eficientemente que la competencia”* (p.55).

Sainz de Vicuña(2008) menciona que el marketing operativo es más agresivo y visible por corresponderse con la acción de la gestión de marketing y opera en plazos de tiempo más cortos. Su eficacia, sin embargo, dependerá de la calidad de las elecciones estratégicas fijadas previamente. Lo califica de más urgente, ya que trata de cumplir con los objetivos fijados, refiere que hay que tratar de hacer bien lo que hay que hacer.

## 2.2. Concepto de Servicio

El servicio se define como las actividades identificables e intangibles que son el objeto principal de una transacción diseñada para brindar a los clientes satisfacción de deseos o necesidades (Stanton, 2007). De los cuales se pueden distinguir dos componentes: uno que corresponde específicamente a la actividad objeto del mismo, y otro que responde a la forma y manera como se realiza dicha actividad. Ambos componentes, lejos de proyectarse disociadamente, interactúan de manera recíproca (al margen de que la mayoría de las veces se produzca también una interacción, de uno u otro signo, entre proveedor y cliente) y conforman así el valor global reconocido a la actividad, beneficio o satisfacción ofertados (Corella, 1998).

### 2.2.1. Naturaleza y elementos de un servicio

Existen cuatro características que diferencian los servicios de los bienes, tal como se enlista a continuación (Stanton, 2007): *Intangibilidad*

En los servicios es imposible que los clientes prospectos, prueben degusten, toquen, vean, oigan o huelan, un servicio antes de comprar el servicio en sí.

Existen cuatro estrategias promocionales que se pueden aplicar para sugerir los beneficios del servicio y reducir el efecto de la intangibilidad: visualización., asociación, representación física, y documentación.

#### *Inseparabilidad*

Loa servicios no se pueden separar de su creador o vendedor. Muchos servicios se crean, se ofrecen y se consumen simultáneamente, y requieren para ello la presencia del

consumidor. Esto significa que los proveedores de servicios se ven envueltos de manera concurrente en la producción y los esfuerzos de marketing.

### *Heterogeneidad*

Cada unidad de servicio es un tanto diferente de otra del mismo servicio, debido al factor humano en la producción y la entrega. Por lo cual es difícil estandarizar el producto.

### *Carácter Perecedero*

Los servicios son sumamente perecederos porque la capacidad existente no se puede guardar o mandar a inventario para uso futuro. El carácter perecedero crea desequilibrios potenciales en la oferta y la demanda.

## **2.3. Servicio sanitario**

Los servicios de salud son los prestados por médicos, odontólogos, enfermeras, fisioterapeutas y el resto del personal de salud de hospitales, consultorios y clínicas, con el propósito de conservar o restablecer su salud. Éstos se dividen en dos categorías: los preventivos, destinados a mantener la salud del individuo, y los curativos y de rehabilitación, cuya finalidad es devolver la salud a los enfermos e incapacitados (Losada y Rodríguez, 2007).

La demanda de los servicios de salud, tiene varias particularidades que deben ser observadas para comprender su esencia:

1. El servicio de salud responde a una necesidad de los individuos, más que a los propios deseos de tener más o mejor salud, por esto cada persona debe recibir tantos cuidados médicos como necesidades tenga, y no tantos como esté dispuesto a pagar (Agudelo, 2006).
2. La incertidumbre afecta al mercado: los pacientes desconocen el resultado de sus enfermedades sin la ayuda de los médicos y éstos no pueden predecir con toda certeza los resultados de un tratamiento (Iñiguez, 2005).
3. En los mercados de servicio de salud existen una gran asimetría de información que genera dos consecuencias:
  - a) El consumidor es totalmente dependiente de los médicos (Arredondo y Recaman, 2002).
  - b) No permite que la calidad del producto sea observable completamente para el consumidor (Castaño, 2005).
4. El sistema posee elementos distorsionantes (como financiamiento y subsidios del gobierno) que limitan en el usuario y en el médico las consideraciones con respecto al costo de sus actividades (Iñiguez, 2005).
5. Contrario a lo que ocurre en el intercambio comercial, raramente el individuo recibe de forma inmediata la retribución por el consumo del servicio (Rothschild, 1999). Adicionalmente en la atención médica no se conoce el gasto que debe realizarse, debido a la ocurrencia probabilística de la enfermedad y a la

variabilidad de su gravedad, los tratamientos disponibles y su eficacia (Arrow, 1963).

6. La calidad técnica de los servicios de salud es difícil de observar (Castaño, 2005). Este hecho contribuye a la dificultad de medir su calidad; situación que se afianza dada la intangibilidad, heterogeneidad, perfectibilidad e inseparabilidad de los servicios de salud (Losada y Rodríguez, 2007).

### ***2.3.1. Necesidad de salud y su satisfacción***

Corella (1998) menciona que el hombre es un ser de necesidades que persigue satisfacerlas. Ahora bien, conviene aclarar que en el terreno económico se entiende por *necesidad* algo más que una mera sensación de carencia. Para la ciencia económica, las necesidades son tanto las carencias como los deseos o gustos; sentidos o determinados por una sensación o una idea apreciada como perturbadora del equilibrio psíquico. De aquí que, en economía, se diga que las necesidades, al depender de causas que se encuentran en el sujeto (y que se traducen en carencias, deseos o gustos, son totalmente subjetivas.

Este matiz de la subjetividad es muy importante, pues lleva a concluir que carecen de valor esas distinciones que se hacen a veces entre *necesidades materiales* y *necesidades espirituales*, *necesidades primarias* y *necesidades secundarias*. La única distinción posible reside en la distinta intensidad con que el individuo siente las necesidades, ya que sólo él puede ser juez en orden a la preferencia de su satisfacción (Corella, 1998).



De aquí como lo menciona Guitton (2001) que una característica esencial de las necesidades sea la de presentarse sucesiva y no coetáneamente, mostrándose como *rivales y complementarias*, según la intensidad con que se sientan. Por lo que afecta al objeto de nuestra consideración, la salud constituye la más elemental y absoluta de todas las necesidades humanas, percibiéndose con más intensidad que cualquier otra porque constituye un estado de equilibrio entre el hombre y su medio, entroncando con la necesidad de conservación. Esto encierra una importancia enorme porque, como el objeto principal de la actividad económica del hombre consiste en adaptar la naturaleza para satisfacer la necesidad fundamental de conservación, implica que las actividades llevadas a cabo para colaborar en esa adaptación del hombre a su entorno tengan que perseguir la posibilidad de brindar al individuo la mejor utilidad marginal.

Fundamentalmente en el caso de enfermedad, el valor de la salud es potencialmente infinito y, en consecuencia, ese bien que se configura por las actividades que llevan a cabo los servicios sanitarios carece de elasticidad de sustitución. Por otro lado la salud, y las mejoras que pueden darse en su estado, radica tanto en políticas industriales, agrícolas y educacionales, como sanitarias, debiendo advertirse que, además, estas últimas presentan el añadido de brindar diferentes perfiles temporales en cuanto a costo y beneficios, por lo que tal añadido hace que resulte muy difícil evaluar monetariamente la fuerza de los móviles humanos por satisfacer la necesidad de salud antes que cualquier otra (Guitton, 2001).

Para Merkel (1998) la satisfacción de las necesidades *“se consigue gracias a unos medios que genéricamente llamamos bienes en el caso de ser tangibles y servicios en el de ser intangibles, definiéndose el concepto de bien como lo que sirve para*

*satisfacer una o más necesidades*” (p. 476). Esto obliga a tener que realizar determinadas actividades de producción para obtenerlos utilizando unos recursos. A estos bienes escasos, o que están disponibles en cantidad inferior a la necesidad que se tiene de ellos, se los denomina bienes económicos. La salud es un bien económico. En este sentido, y de la misma forma, los servicios y productos sanitarios resultan ser también servicios y bienes de naturaleza económica, pues es evidente que entre otras cosas presentan aspectos estrechamente vinculados a la producción (generan riqueza) y el consumo (satisfacen necesidades), pueden medirse las consecuencias de sus variaciones, forman parte de una estructura de preferencias y se hallan sometidos a juicios de valor (Merkel, 1998).

#### **2.4. Marketing de servicios de salud**

El marketing a través del tiempo, ha sido adoptado y aplicado con especificidad, ya sea en el sector industrial, en el sector de consumo o en el de servicios. En este último, cada vez hay más conciencia de la importancia del marketing en el desarrollo de una actividad. Hoy en día se habla de un concepto nuevo: *la mercadotecnia en salud* (Cardenas, 2012).

Cárdenas (2012) describió como los usos de la mercadotecnia sanitaria pueden ser externos o internos en una empresa de salud. En el ámbito externo permite mejorar la imagen del producto o servicio de salud, atrae recursos y personas hacia la institución, regula el nivel de demanda, estimulándola o revitalizándola; o por el contrario, desincentivando un uso o un consumo excesivo, haciendo lo que se conoce como desmercadotecnia o contramercadotecnia (demarketing).

Internamente, se aplica para hacer un mejor uso de los recursos existentes, en el desarrollo de nuevos servicios y programas de salud y, para motivar y comprometer a los empleados con la misión y el objetivo de la organización, procurando la mejoría en los aspectos humanos o interpersonales del recurso humano. Para Lamata (1994) la mercadotecnia interna debe entenderse como un *“atrayente o incentivador que retiene a unos clientes internos por medio de unos productos-trabajos destinados a satisfacer sus necesidades y apetencia”* (p.195). Al respecto es conveniente considerar que una empresa de salud aumenta su capacidad para satisfacer las necesidades y deseos de sus clientes externos (consumidores, usuarios, aseguradoras) si satisface previamente la de sus clientes internos (trabajadores, profesionales).

## **2.5. Satisfacción en el servicio de salud**

Cárdenas (2001) refiere que las investigaciones que se han llevado a cabo sobre los servicios sanitarios, se han adquirido una importancia significativa de los estudios acerca de las opiniones que se suscitan en la relación *proveedor/paciente*. Se les ha reconocido como un medio valioso para apreciar la calidad que ofrecen las actuaciones y cuidados médicos por dos causas principales: porque para la formulación de políticas en materia de asistencia sanitaria los gobiernos se apoyan cada vez más en los resultados que se desprenden de esos estudios y porque resultan imprescindibles para construir a nivel de proveedor de servicios una adecuada estrategia de marketing en sintonía, entre otras cosas, con la problemática que últimamente se ha detectado en el propio seno de la medicina.

El panorama actual hace que se haya comenzado a tomar en consideración posibles alternativas diferentes (tanto institucionales como domiciliarias) para la atención de enfermos crónicos y de mayor edad, sopesando convenientemente varios tipos de servicios a prestar. Lógicamente, esa situación ha colaborado a que se conceda una mayor atención a los estudios de calidad en los servicios sanitarios, pues suministran un punto de vista, gracias al cual es posible llegar a evaluar dos aspectos fundamentales: qué productos son los que proporcionan mejores resultados y cuáles de ellos son los que resultan (o pueden resultar) menos onerosos. Se trata, en definitiva, de analizar la eficacia y la eficiencia antes que cualquier otra cosa. A partir de ahí la investigación se ha visto impelida a multiplicar esfuerzos para conseguir una mejor medición de los resultados obtenidos en el proceso de producción de los servicios de salud y por eso se ha centrado en perfeccionar sofisticadas aproximaciones tendentes a evaluar el coste utilidad, el coste eficacia y el costo beneficio de las técnicas y procesos puestos en juego (Cardenas, 2012).

Naturalmente, eso ha traído consigo la consecuencia de que todas las medidas utilizadas tengan que ir encaminadas a comprobar la efectividad no sólo de acuerdo con criterios médicos sino también económicos, aunque en más de una ocasión hayan de utilizarse medidas del resultado que, sin estar al margen de puros criterios médicos y económicos, se han desarrollado sin una plena participación de ellos y con un sentido complementario fundamental, por otra parte, para un correcto enfoque de marketing. Entre esas medidas, por ejemplo, está la que toma como elemento coadyuvante de evaluación de la calidad del producto sanitario la opinión que tienen los pacientes o usuarios sobre los servicios que se proveen. De manera tal se debe tener en cuenta la

opinión de los pacientes y sirva esto como un camino que posibilite la evaluación de los servicios sanitarios desde la perspectiva de su aportación a la salud efectiva y a largo plazo tanto de particulares como de la comunidad en general (Cardenas, 2012).

### ***2.5.1. La opinión del usuario***

El conocimiento de la opinión del usuario se hizo evidente con el trabajo de Locker y Dunt (1992) complementaron la visión con algunos datos de la encuesta de pos hospitalización sobre satisfacción de los enfermos en hospitales del Instituto Nacional de Salud en Australia.

### ***2.5.2. Resultados en atención especializada***

Locker y Dunt (1992) trabajaron sobre un importante número de estudios llevados a cabo en diferentes países (tanto sobre pacientes ingresados como ambulatorios) para conocer sobre la opinión del usuario acerca de los servicios, según características propias de los diferentes espectros personal e institucional con que puede toparse un paciente y que, en resumidas cuentas, son los que condicionan su grado de satisfacción. Entre tales estudios, los más sobresalientes fueron los de los siguientes investigadores:

Cartwright (1997) dejó a un lado lo que podía constituir una simple exploración de conjunto del grado de satisfacción del paciente, este investigador centró la atención en las cualidades que más aprecia aquel en el médico y pudo concluir que el 87 % de los pacientes aprecia por encima de todo las formas o personalidad del facultativo (un 67% expresa además alguna leve referencia al proceso del servicio que se le ha suministrado),

que un 4 % carece de opinión o se muestra excesivamente crítico y que un 9% expresa aprecio por aspectos que nada tienen que ver con las cualidades de los médicos.

Procedió a investigar las cualidades que un paciente espera encontrar en el médico como puro agente provisor del servicio sanitario y llegó a comprobar que el 75% no echa en falta ninguna cualidad de las que normalmente espera, mientras que el 20% decepcionado. Entre este 20 %de decepcionados, las críticas más frecuentes son las que hacen referencia a aspectos tales como *el médico parece andar siempre cargado con mucho trabajo, el médico no siempre escucha lo que se le dice, no se entiende lo que el médico explica sobre la enfermedad o el médico impone autoritariamente criterios que no es fácil compartir*. Del resto, el 3 % de los pacientes se limita a manifestar una total disconformidad con el servicio suministrado y un 2 por 100 carece de opinión. Al indagar algunas cuestiones específicas sobre el médico que recientemente había provisto el servicio, en su investigación concluyó que el 88%de los pacientes opinan que fue un buen médico *porque invirtió el tiempo necesario sin manifestar prisa en ningún momento”* y que tres de cada cuatro de esos pacientes resaltan, además, que el médico *supo escuchar y tratar con cortesía* (Cartwright, 1997).

Posterior a realizar el alta hospitalaria, se hizo a los pacientes la siguiente pregunta: *¿Qué señalaría usted por encima de todo como más relevante en la experiencia hospitalaria que acaba de tener?.* El 40 % de las respuestas fueron abiertamente entusiastas y con frecuencia apareció en ellas como digno de mención el personal de enfermería, al que se le consideraba digno de las más encendidas alabanzas. A renglón seguido, los comentarios se refirieron y por este orden a la comida, al entorno físico y al tratamiento médico, mostrándose críticos con ello en torno al 20% pero con la

particularidad de que, incluso dentro de este porcentaje, hubo aspectos que se consideraron merecedores de algún comentario favorable y que se concretaban en el personal, la comida, el entorno físico y las rutinas hospitalarias (Cartwright, 1997).

Este estudio de Cartwright fue corroborado totalmente por McGhee, quien entrevistó a 400 pacientes recién dados de alta utilizando una muy cuidadosa y bien construida entrevista. Eludió cualquier clase de valoración referida al hospital en conjunto como índice global de satisfacción y se centró en la medición de ciertos aspectos concretos. Entre ellos, la comida y los cuidados de enfermería fueron los que arrojaron el mayor número de comentarios favorables, mientras que para otros aspectos la insatisfacción se manifestó en un rango que iba del 65% al 24%. La conclusión de McGhee fue que, a nivel individual, el mayor defecto que ofrece el servicio sanitario que se provee en los hospitales es la enorme barrera que impide un fácil y necesario intercambio de información.

Carstair (mencionado en Corella 1998) evidenció que, en los hospitales generales, el 72,8% de los pacientes tenía una opinión “muy satisfactoria” sobre el funcionamiento global de la institución, el 24,9 % lo tenía “satisfactoria” y sólo 2,3% decía tenerla “totalmente insatisfactoria”. Asimismo, constató que, como se señala también en otros estudios de otros autores, la edad de los pacientes es un factor consistentemente asociado al grado de satisfacción (los de mayor de edad son los que brindaron las opiniones más favorables). El detallado análisis que llevó a cabo mostró que los pacientes ingresados en un hospital general realizaban una media de 1,22 quejas diarias, subiendo a 1,40 quejas / día las realizadas en uno psiquiátrico. Ahora bien, tanto en unos hospitales como en otros, las medias decrecían conforme aumentaba o era

mayor la edad de los pacientes, presentando un gradiente distinto según la clase social a la que pertenecían, es decir mayor entre las clases sociales alta y baja, y menor en las clases medias.

En este contexto, hay una observación que reviste interés especial: las quejas que se presentaban por insatisfacción individual con algo sentido personalmente eran siempre más incisivas que las presentadas por insatisfacción individual con aspectos relativos genéricamente al funcionamiento y cuidados sanitarios recibidos. Las primeras eran menores en número, pero incidían con muchas más fuerza en el nivel de satisfacción. Por lo cual Carstairs afirmó que *“el volumen de quejas por insatisfacción individual con aspectos personalmente sentidos es guía mucho más realística para calibrar el nivel de satisfacción general que las quejas referentes a insatisfacciones individuales con aspectos genéricos del funcionamiento hospitalario”* (Corella, 1998).

Por otro lado Varlaam et al (1996) se propusieron como objetivo desentrañar la opinión de aquellos pacientes que esperan recibir una atención claramente personalizada en la provisión de un servicio sanitario; es decir, la opinión de aquellos pacientes que esperan recibir una atención extra o ajena al servicio que normalmente puede suministrar cualquier buen equipo médico. Para ello, centraron su investigación en una serie de preguntas sobre componentes específicos de la atención dispensada y hallaron que el 20% de los pacientes estaba satisfecho, que el 16% tenía alguna suerte de queja, que entre el 5 y el 8 % manifestaba una absoluta disconformidad y que entre el 3% y el 5% indicaba que el médico que les atendió era un perfecto desconocido del que dudaban hubiese hecho una buena exploración, realizado un buen diagnóstico o prescrito el tratamiento adecuado.



Como casi el 60% de los pacientes no dieron opinión alguna, las diferencias observadas están lejos de ser estadísticamente significativas; ahora bien, en el análisis de las respuestas obtenidas en esta investigación arroja una significancia estadística de la edad de los que contestaron. En este sentido, pudieron aseverar que la mayor proporción de insatisfechos corresponde al grupo de pacientes con edad superior a los 45 años. (Varlaam; et al, 1996).

En contraparte Kinsey (mencionado en Corella, 1998) asistido por un seleccionado grupo de colaboradores, investigó a los pacientes que acudieron a consulta ambulatoria para estudiar el grado de satisfacción sobre la información recibida en ella. El 82% mostró estar completamente satisfecho contra un 18 % que dijo no estarlo.

### **3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Diseño y tipo de estudio**

Descriptivo, transversal, cuantitativo.

#### **3.2. Universo**

El universo constó de un total de 3,171 pacientes que acudieron a consulta de Fisioterapia al Centro de Atención de Fisioterapia y Salud Integral (CAFSI) en el período del 14 de Febrero al 1 de Agosto del 2014. Lapso de tiempo que corresponde al primer período de actividad del CAFSI del año 2014, considerado como un período típico de asistencia de los pacientes o usuarios, y además el lapso más reciente a la fecha en que fue escrita la tesis.

#### **3.3. Muestra**

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Debido a que no se atendió a todo el universo de consumidores y los pacientes de CAFSI no fueron escogidos. El criterio de inclusión fue haber sido pacientes de primera vez dentro del período establecido, y haber culminado el plan de tratamiento satisfactoriamente. De manera tal que se excluyó a todos los pacientes subsecuentes con fecha de ingreso contraria a lo propuesto por la investigación. Por lo cual se obtuvo un tamaño de muestra de 254 encuestados.

### **3.4. Metodología**

Se utilizó método de encuesta, por medio de un cuestionario de forma electrónica, tal como se describe a continuación:

Postatención (encuesta de salida): Los pacientes fueron encuestados posterior a culminar satisfactoriamente su plan de tratamiento. Donde previamente fueron informados sobre la confidencialidad del estudio. Por medio de un cuestionario electrónico autoadministrado, el cual contó de 13 ítems (Anexo 1), mediante escala de Likert, y escalas dicotómicas, donde se midió dimensiones como el servicio, el precio, la infraestructura y la ubicación del Centro de Atención en Fisioterapia y Salud Integral. Con la intención de conocer los factores determinantes en la decisión de compra del servicio de Fisioterapia.

La encuesta fue registrada en una computadora de escritorio, perteneciente al mismo centro. Se realizó una prueba piloto con 10 pacientes, donde no fueron evidenciados algún tipo de error en la medición o aplicación de la encuesta. Posteriormente se procedió a iniciar la aplicación de encuestas a todos los pacientes que cumplieran los requisitos de inclusión. Se decidió eliminar a aquellas encuestas que no fueran llenadas correctamente.

Una vez terminado el período establecido se procedió a tomar los datos obtenidos de los cuestionarios, para la elaboración de una base de datos para la obtención de resultados, y su posterior análisis mediante hojas de cálculo en Excel, con porcentajes, tablas y gráficas.

#### 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De los 3,171 pacientes atendidos en CAFSI, en el período del 14 de Febrero al 1 de Agosto del 2014, se realizaron 254 encuestas mediante un instrumento que constó de 13 ítems, dónde se describen los siguientes resultados:

El primer ítem cuestionó sobre el trato del personal en la recepción (ver tabla 4.1), los resultados que se encontraron fueron que el 71% de los encuestados mencionó haber recibido un trato excelente por parte del personal de recepción, el 25% de ellos mencionó haber recibido un buen trato, en contra de un 3% acumulado con un resultado negativo. Esto puede deberse a las múltiples tareas que debe atender el personal de recepción.

**Tabla 4. 1**

##### Trato del personal en la recepción

1	TOTAL					
	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Pésimo	TOTAL
	181	65	7	0	1	254
1	PORCENTAJE					
	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Pésimo	TOTAL
	71.26	25.59	2.76	0.00	0.39	100.00

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al rubro de la claridad de la información, se arrojó que el 100% de los encuestados (ver tabla4.2) mencionaron que la claridad de la información que les fue brindada fue excelente. Esto puede explicarse porque el personal sanitario conoce, sobre el documento expedido por Organización Mundial de la Salud (OMS), respecto a los

derechos de los pacientes, donde se expresa el derecho de recibir información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad, con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente.

**Tabla 4. 2**

**Claridad de la información brindada por el personal sanitario**

2	SI	NO	TOTAL
	254	0	254
	SI	NO	TOTAL
	100.00	0.00	100.00

Fuente: Elaboración propia.

El tercer ítem se enfocó en evaluar la importancia en la atención del personal de salud (ver tabla 4.3), donde se puede describir que el 83.8% dijo haber recibido un excelente trato por parte del personal de salud, el otro 15.3% menciono haber recibido un buen trato, sin embargo, sólo dos personas refirieron haber sido tratada de manera pésima y regular. Acto que puede entenderse por la característica heterogénea del servicio, ya que depende en gran parte de las actitudes y aptitudes del recurso humano.

**Tabla 4. 3****Atención del personal de salud**

3	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Pesimo	TOTAL
	213	39	1	0	1	254
	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Pesimo	TOTAL
	83.86	15.35	0.39	0.00	0.39	100.00

Fuente: Elaboración propia.

En virtud a lo arrojado por el cuarto ítem, dónde se pretendió conocer la importancia del costo en el servicio, del total de los encuestados (ver tabla 4.4), un 65.7% calificó como excelente el precio cobrado por el servicio de Fisioterapia, un 31.1% lo considero bueno, en contraparte al 3% que se dijo calificarlo en regular y pésimo. Esta diferencia puede deberse a que ese pequeño porcentaje se encuentre en un nivel socioeconómico bajo, o por el contrario no se antepone el beneficio obtenido del paciente, frente al precio de la consulta.

**Tabla 4. 4****Precio de los servicios**

4	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Pésimo	TOTAL
	167	79	7	0	1	254
	10	9	8	7	6	TOTAL
	65.75	31.10	2.76	0.00	0.39	100.00

Fuente: Elaboración propia.

Una dimensión importante al evaluar los factores de compra es el tiempo de espera para recibir el servicio, el instrumento evaluó por medio de su quinto ítem, la atención a

tiempo (ver tabla 4.5) donde se muestra que el 100% de los encuestados respondió haber sido atendidos a tiempo, lo cual demuestra que las políticas de calidad referente a éste rubro, son muy sólidas y consolidadas.

**Tabla 4. 5**

**Atención a tiempo**

5	SI	NO	TOTAL
	254	0	254
	SI	NO	TOTAL
	100.00	0.00	100.00

Fuente: Elaboración propia.

Con referencia al tiempo, la sexta pregunta del cuestionario, cuantificó el tiempo de espera de los pacientes, donde el 100% de los pacientes (ver tabla 4.6) mencionaron haber esperado un lapso de 5-10 minutos antes de ser atendidos por su Fisioterapeuta. Motivo que muestra la efectividad de su reglamento de atención. Donde como una política de calidad, se demanda a todo el personal a pasar a los pacientes a consulta en un plazo no mayor a diez minutos.

**Tabla 4. 6**

**Tiempo de espera**

6	5-10 MIN	11-15 MIN	16-20 MIN	MAS DE 20 MIN	TOTAL
	254	0	0	0	254
	5-10 MIN	11-15 MIN	16-20 MIN	MAS DE 20 MIN	TOTAL
	100.00	0.00	0.00	0.00	100.00

Fuente: Elaboración propia.

Una parte fundamental en la evaluación de los servicios de salud, es la eficacia, en cuanto a la disminución o abolición de dolor, por tanto el séptimo ítem, cuestiono este aspecto. La encuesta arrojó que el 100% de los encuestados (ver tabla 4.7) refirieron mejoría en su escala de dolor. Lo que evidencia la efectividad de los tratamientos brindados por el CAFSI.

**Tabla 4. 7**

**Tratamiento como depresor de dolor**

7	SI	NO	TOTAL
	254	0	254
	SI	NO	TOTAL
	100.00	0.00	100.00

Fuente: Elaboración propia.

La encuesta midió el aumento de la movilidad como un factor determinante para la decisión de compra de los servicios de Fisioterapia, resultado donde se observó que los 254 pacientes encuestados, lo cual representa el 100% de los evaluados (ver tabla 4.8), mencionaron haber tenido un aumento en la movilidad corporal después de haber completado su tratamiento. Lo cual es positivo para la recuperación de los pacientes.



**Tabla 4. 8****Aumento de movilidad**

8	SI	NO	TOTAL
	254	0	254
	SI	NO	TOTAL
	100.00	0.00	100.00

Fuente: Elaboración propia.

El noveno ítem evaluó la importancia de la mejoría en cuanto a la mejora en la ejecución de las actividades de la vida diaria, resultados que muestran que el 100% de los sujetos encuestados (ver tabla 4.9) mencionaron haber tenido una mejoría en alguna de sus actividades de la vida diaria después del tratamiento. Hecho que se comprende debido a que las actividades de la Rehabilitación están encaminadas a devolver a los pacientes a su desempeño óptimo prelesión.

**Tabla 4. 9****Mejora de las actividades de la vida diaria**

9	SI	NO	TOTAL
	254	0	254
	SI	NO	TOTAL
	100.00	0.00	100.00

Fuente: Elaboración propia.

Un aspecto fundamental a evaluar, fue la atención durante el desarrollo de todo el tratamiento, resultado que describe que el 97.6 de los encuestados (ver tabla 4.10), calificaron como excelente y buena la atención durante el tratamiento, frente a sólo un

.7% que dijo haber tenido una experiencia mala y regular durante su atención en el tratamiento.

**Tabla 4. 10**

**Atención durante el tratamiento**

10	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Pésimo	TOTAL
	198	50	4	1	1	254
	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Pésimo	TOTAL
	77.95	19.69	1.57	0.39	0.39	100.00

Fuente: Elaboración propia.

Una dimensión importante al evaluar los servicios de salud, es el horario de atención, la encuesta realizada mostró que el 92.5 de los pacientes (ver tabla4.11) refirieron como excelentes y buenos los horarios de atención, frente a un 7.5 de comentarios negativos respecto a ese rubro. Este ítem fue el de más baja calificación, puede deberse a la diversidad de horarios laborales, ya que CAFSI abre sus puertas de 7 am a 7 pm, lo cual representa una jornada laboral de 12 horas, el horario de dicha institución no puede ampliarse más debido a que primordialmente funciona con estudiantes, y en general los estudiantes se rigen bajo ese horario. Sin embargo, si se toma en cuenta los horarios de las jornadas de trabajo habituales, los pacientes usualmente tendrían que faltar a su lugar de trabajo para poder asistir a consulta.

**Tabla 4. 11****Disponibilidad de horarios de atención**

11	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Pésimo	TOTAL
	170	73	7	3	1	254
	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Pésimo	TOTAL
	66.93	28.74	2.76	1.18	0.39	100.00

Fuente: Elaboración propia.

El rubro de accesibilidad y estacionamiento, fue el rubro más polémico, debido a que obtuvo los porcentajes negativos más altos, respecto a los demás ítems. Un 92.52% (ver tabla 4.12) calificó lo como excelente y bueno, en contra un 7.4%, representándose por 19 personas, las cuales lo calificaron bajo un esquema de regular, malo y pésimo. Acto comprendido por ser una zona de difícil acceso al transporte público, ya que la parada de camión más cercana se encuentra a más de 500 m, longitud complicada para pacientes que sufren de algún tipo de discapacidad.

**Tabla 4. 12****Accesibilidad y estacionamiento**

12	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Pésimo	TOTAL
	167	68	15	1	3	254
	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Pésimo	TOTAL
	65.75	26.77	5.91	0.39	1.18	100.00

Fuente: Elaboración propia.

La dimensión de limpieza fue evaluado por el 13° ítem, resultados que mostraron que la limpieza de las instalaciones fue calificada como excelente por el 78.8% (ver tabla 4.13)

de los encuestados, buena por el 20.4%, y sólo un 1.1% la califico bajo aspectos negativos. El centro cuenta con el personal capacitado para realizar esas actividades, y además cuenta con un registro diario de control de limpieza.

**Tabla 4. 13**

**Limpieza de las instalaciones**

13	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Pésimo	TOTAL
	199	52	2	0	1	254
	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Pésimo	TOTAL
	78.35	20.47	0.79	0.00	0.39	100.00

Fuente: Elaboración propia.

## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Respecto a todo lo evaluado durante el desarrollo de esta investigación se puede concluir que los factores determinantes en la decisión de compra de los usuarios del Centro de Atención en Fisioterapia y Salud Integral están primordialmente marcados por la atención de los fisioterapeutas. Ya que los porcentajes más altos se encontraron en los rubros que midieron la atención y los efectos del tratamiento sobre el paciente, dejando a un lado factores de infraestructura, localización, accesibilidad o precio. Esto se debe al valor agregado que la sociedad le pone a la salud, ya que indudablemente la salud no tiene precio.

Esta investigación arrojó resultados muy favorables para la institución donde fue aplicada la encuesta, demostró la efectividad de sus procesos, y la eficacia de sus procedimientos terapéuticos, los 13 ítems estuvieron por encima de un 90% de evaluaciones positivas, sin embargo, existieron porcentajes menores que al ser un servicio de salud, se consideran puntos valiosos para cambiar.

Por tanto recomiendo a la institución a donde fue aplicado el Proyecto lo siguiente:

- Se disminuyan actividades del personal de recepción, se propone incluir un nuevo elemento el cual funja el papel de caja de cobro.
- Que mejore la supervisión por parte del personal hacia los alumnos que brindan el servicio directo a los pacientes.

- Que se realicen estudios socioeconómicos a los pacientes, con la finalidad de hacer un cobro más justo.
- Se recomienda ajustar la agenda de los pacientes, con la finalidad de detectar tiempos muertos, y de esta forma agendar citas de primera vez más cercanas.
- Mejorar la accesibilidad del Centro de Atención en Fisioterapia y Salud Integral, por medio de letreros, rampas. Realizar acercamiento con gobierno para modificar el sentido de las calles de acceso, y de esta forma mejorar el acceso por diversos medios.
- Motivar al personal humano con estímulos significativos a l desempeño Laboral, en todas las áreas del centro.
- Y finalmente se sugiere realizar publicidad y promoción a CAFSI, ya que en gran parte sólo se hace promoción de boca en boca.

## REFERENCIAS

- Agudelo, H.B.(2006). *Encuesta poblacional de salud condiciones de vida y demanda en salud municipio envigado* .Recuperado el 9 de Febrero del 2015, de [http://guajiros.udea.edu.co/demografiaysalud/Pagina\\_Web\\_EPS/problemas\\_salud.html](http://guajiros.udea.edu.co/demografiaysalud/Pagina_Web_EPS/problemas_salud.html)
- Arredondo A. Y Recaman, A. I. (2002). Oferta vs. Demanda: algunos aspectos a considerar para el estudio de mercado en salud. *Hitos de Ciencias Económico Administrativa*, 20, 42-47.
- Arrow, K. (1963)Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53(5), 941-973.
- Cataño, R. A.(2005) Estado, Mercado y análisis económico: ¿complementarios o susutitutos?. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 4 (8), 79-90.
- Kotler P. (2002) *El markeeting se mueve*. Barcelona. Paidós.
- Kotler P. y Amstrong G. (2013). *Fundamentos de Marketing*.(11°. Ed.). México. Pearson.
- Losada M. y Rodríguez A. (2007). Calidad del servicio de Salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuadernos de Admistración*. 20(34), 237-253.

Losada M., Rodríguez A. y Hernández M. (2011). Propuesta metodológica para medir la calidad del servicio de consulta externa en medicina general. *Estudios Gerenciales* 27 (120) 185-204.

Lovelock C. y Witz J.(2009). *Marketing de Servicios*. (6°. Ed.). México. Pearson.

Munuera J.L, Rodríguez A.I. (2007) *Estrategias de marketing: un enfoque basado en el proceso de dirección*.España. ESIC Editorial.

Priego H. (2001) *Mitos y realidades en la mercadotecnia de servicios de salud*. Salud Tab 7(2):408-413. Marketing en salud.

Romero R. Morgán J. y Lara G.( 2011). Guía rápida para la escritura de tesis y ensayos académicos. Universidad Autónoma de Querétaro: editores.

Sainz de Vicuña J.M. (2008). *El plan de marketing en la práctica*.España. ESIC Editorial.



# APÉNDICE

## APÉNDICE

### ANEXO 1. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.

Evaluación del tratamiento	
De acuerdo al servicio recibido, por favor conteste la siguiente encuesta.	
Califique con:	
<b>CLAVE</b>	<b>NOMBRE</b>
E	EXCELENTE
B	BUENO
R	REGULAR
M	MALO
P	PESIMO
ASPECTOS DEL SERVICIO...	
1 Para Usted, ¿Cómo fue el trato del personal en la recepción?	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> B <input type="radio"/> R <input type="radio"/> M <input type="radio"/> P
2 ¿Fue clara la información que le brindó el personal de salud?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3 ¿Cómo fue atendido por el personal de salud?	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> B <input type="radio"/> R <input type="radio"/> M <input type="radio"/> P
4 ¿Cómo considera el costo de nuestros servicios en general?	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> B <input type="radio"/> R <input type="radio"/> M <input type="radio"/> P
5 ¿Fue atendido a tiempo por el personal de salud?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6 ¿Cuánto fue el tiempo de espera antes de ser atendido por el personal de salud?	<input type="text"/>
7 ¿Considera que el tratamiento disminuyo el dolor?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
8 ¿Considera que el tratamiento aumento su movilidad?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
9 A partir de su tratamiento, ¿considera que realiza mejor sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
9.1 ¿Cómo califica la atención desarrollada para su tratamiento?	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> B <input type="radio"/> R <input type="radio"/> M <input type="radio"/> P
9.2 ¿Cómo califica la disponibilidad de los horarios para su atención?	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> B <input type="radio"/> R <input type="radio"/> M <input type="radio"/> P
9.3 ¿Cómo califica la accesibilidad del estacionamiento a las instalaciones?	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> B <input type="radio"/> R <input type="radio"/> M <input type="radio"/> P
9.4 ¿Cómo califica la limpieza de las instalaciones de la Clínica?	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> B <input type="radio"/> R <input type="radio"/> M <input type="radio"/> P