

UNIVERSIDAD DEL BÍO BÍO

Facultad De Ciencias Empresariales

Departamento De Administración Y Auditoría



Memoria Para Optar Al Título De Contador Público Y Auditor

EVALUACIÓN Y COMPARACIÓN DE LAS EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES DEL
USUARIO Y FUNCIONARIO DE CONSULTORIO ADOSADO DE ESPECIALIDADES DE
HOSPITAL HERMINDA MARTÍN

ALUMNOS:

EMILIANO ESCALONA VÁSQUEZ

PABLO VIVANCO CONCHA

Profesor:

EDUARDO CASTILLO MORALES

INDICE

RESUMEN EJECUTIVO	11
INTRODUCCIÓN	12
TITULO PRELIMINAR.....	14
ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	15
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	17
OBJETIVO GENERAL.....	18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
TIPO DE INVESTIGACIÓN	19
METODOLOGÍA A UTILIZAR.....	19
CAPITULO I: GESTIÓN DE CALIDAD	20
1.1 EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE CALIDAD	21
1.2 SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	24
1.2.1 MODELOS DE CALIDAD TOTAL DE GESTIÓN	25
1.2.2 APLICACIÓN DE LOS MODELOS DE GESTIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD.....	29
1.3 MARKETING DE SERVICIOS.....	32
1.3.1 ESTRATEGIAS DE MARKETING PARA EMPRESAS DE SERVICIOS	37
1.4 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE CALIDAD.....	38
CAPITULO II: EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD	40
2.1 EXPECTATIVAS VERSUS PERCEPCIONES.....	42
2.1.1 PERCEPCIONES	44
2.1.2 LAS EXPECTATIVAS	47
2.2 CALIDAD DE SERVICIO.....	55
2.2.1 QUE ES LA CALIDAD DE SERVICIO	57
2.2.2 RELACIÓN CALIDAD DE SERVICIO Y SATISFACCIÓN	57

2.2.3 LA CALIDAD DEL SERVICIO EN LA INSTITUCIÓN DE SALUD.....	59
2.3 ESCALA MULTIDIMENSIONAL SERVQUAL	61
2.3.1 CALCULO DE PUNTUACIÓN SERVQUAL.....	62
2.3.2 INSTRUMENTOS ALTERNATIVOS AL SERVQUAL.....	64
2.3.3 CRITICAS AL INSTRUMENTO SERVQUAL.....	64
2.4 DIMENSIONES DE CALIDAD	66
2.5 MODELO DE LAS BRECHAS DE LA CALIDAD DE SERVICIO.....	67
2.5.1 CERRAR BRECHAS DE CALIDAD.....	70
CAPITULO III HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTÍN.....	72
3.1 SISTEMA DE SALUD EN CHILE.....	73
3.1.1 CARACTERISTICAS DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE.....	73
3.1.2 CARACTERISTICAS DE LA RED ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE ÑUBLE	75
3.1.3 CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES DE LA PROVINCIA.....	75
3.2 RESEÑA HISTÓRICA DE HOSPITAL HERMINDA MARTÍN.....	76
3.2.1 SITUACION ACTUAL DE HOSPITAL HERMINDA MARTÍN	77
3.2.2 VISIÓN.....	78
3.2.3 MISIÓN	78
3.2.4 VALORES QUE EL HOSPITAL DESEA CULTIVAR Y PRESERVAR:.....	78
3.2.5 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS:	79
3.2.6 CENTROS DE RESPONSABILIDAD	80
3.2.7 POLITICA DE CALIDAD DE HOSPITAL HERMINDA MARTIN	80
3.2.8 MEDICIÓN DE CALIDAD EN EL HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTÍN.....	82
3.2.9 CONSULTORIO ADOSADO DE ESPECIALIDADES	82
CAPITULO IV: MEDICIÓN DE EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES DE LA CALIDAD DE SERVICIO EN EL HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTIN	84
4.1 DISEÑO DE LA MUESTRA	85
4.1.1 TIPO DE ESTUDIO O INVESTIGACION	85
4.1.2 POBLACIÓN	85
4.1.3 MARCO MUESTRAL	85

4.1.4 TIPO DE MUESTREO	86
4.1.5 DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	86
4.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	87
4.3 APLICACIÓN DE LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL SERVQUAL.....	88
4.3.1 CRONOLOGÍA DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA.....	89
4.3.2 TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	89
4.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA	90
4.4.1 MEDICION DE CALIDAD DE SERVICIOS DEL PUNTO DE VISTA DEL USUARIO.....	91
4.4.1.1 ANALISIS DE PREPONDERANCIAS DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD SEGÚN USUARIOS.	93
4.4.1.2 ANÁLISIS DE LAS EXPECT. DE SERVICIO POR CADA DIMENSIÓN DE CALIDAD.	94
4.4.1.3 ANALISIS DE LAS PERCEP. DE LA CALIDAD DEL SERVICIO POR CADA DIMENSIÓN.....	96
4.4.1.4 ANALISIS DE BRECHAS ENTRE EXPECTATI. Y PERCEP. DE USUARIOS DEL CAE.	98
4.4.1.5 ANÁLISIS DE LAS BRECHAS SEGÚN CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LOS USUARIOS DIMENSIÓN DE CALIDAD.....	105
4.4.2 MEDICION DE CALIDAD DEL PUNTO DE VISTA DE FUNCIONARIOS	110
4.4.2.1 ANÁLISIS GENERAL DE CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LOS FUNCIONARIOS.	110
4.4.2.2 ANÁLISIS DE PREPONDERANCIAS DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD SEGÚN FUNCIONARIOS.	112
4.4.2.3 ANÁLISIS DE LAS EXPECTATIVAS DE LOS FUNCIONARIOS POR CADA DIMENSIÓN DE CALIDAD.....	113
4.4.2.4 ANALISIS DE LAS PERCEPCIONES DE LOS FUNCIONARIOS POR CADA DIMENSIÓN DE CALIDAD.....	116
4.4.3 ANÁLISIS DE BRECHAS SEGÚN CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE FUNCIONARIOS POR CADA DIMENSIÓN DE CALIDAD.....	121
4.5 COMPARACIÓN DE EXPECTATIVAS, PERCEPCIONES Y BRECHAS ENTRE USUARIOS Y FUNCIONARIOS.....	126

4.6 CONCLUSIONES	131
4.7 SUGERENCIAS.....	134
BIBLIOGRAFIA	138
DIRECCIONES DE INTERNET	142

ANEXO

ANEXO 1: ORGANIGRAMA	146
ANEXO 2: CENTROS DE RESPONSABILIDAD	148
ANEXO 3: COMPARACIÓN DE ISAPRE CON FONASA.....	149
ANEXO 4: TABLAS Y GRAFICOS	150
ANEXO 5: CUESTIONARIO SERVQUAL.....	168
ANEXO 6: ALPH DE CRONBACH.....	172

INDICE DE TABLAS

TABLA 1: DIMENSIONES DE ESCALA MULTIDIMENSIONAL SERVQUAL	62
TABLA 2: MUESTRA DE USUARIOS Y FUNCIONARIOS.....	87
TABLA 4: IMPORTANCIA DE DIMENSIONES DE CALIDAD SEGÚN USUARIOS	93
TABLA 5: EXPECTATIVAS VALORES ABSOLUTO DE USUARIOS.....	94
TABLA 6: EXPECTATIVAS VALORES RELATIVO DE USUARIOS	95
TABLA 7: COMPARACIÓN DE EXPECTATIVAS EN VALORES ABSOLUTO Y RELATIVO DE USUARIOS.....	96
TABLA 8: PERCEPCIONES EN VALOR ABSOLUTO DE USUARIOS.....	96
TABLA 9: PERCEPCIONES EN VALOR RELATIVO DE USUARIOS	97
TABLA 10: COMPARACIÓN DE PERCEPCIONES EN VALOR ABSOLUTO Y RELATIVO DE USUARIOS	98
TABLA 11: COMPARACIÓN ENTRE EXPECTATIVAS, PERCEPCIONES Y BRECHAS DE LOS USUARIOS POR DIMENSIÓN DE CALIDAD DE USUARIOS	98
TABLA 12: IMPORTANCIA DE DIMENSIONES DE CALIDAD SEGÚN USUARIOS	112
TABLA 13: EXPECTATIVAS ABSOLUTAS DE FUNCIONARIOS	113
TABLA 14: EXPECTATIVAS RELATIVAS DE FUNCIONARIOS.....	114
TABLA 15: COMPARACIÓN EXPECTATIVAS ABSOLUTAS Y EXPECTATIVAS RELATIVAS DE FUNCIONARIOS.....	115
TABLA 16: PERCEPCIONES ABSOLUTAS DE FUNCIONARIOS	116
TABLA 17: PERCEPCIONES RELATIVAS DE FUNCIONARIOS	116
TABLA 18: COMPARACIÓN PERCEPCIÓN ABSOLUTA Y PERCEPCIÓN RELATIVA DE FUNCIONARIOS.....	117
TABLA 19: COMPARACIÓN ENTRE EXPECTATIVAS, PERCEPCIONES Y BRECHAS DE FUNCIONARIOS POR DIMENSIÓN DE CALIDAD.....	118

TABLA 20: PRIORIDADES PARA DISMINUIR BRECHAS POR AFIRMACIÓN	136
TABLA 21: COMPARACIÓN ISAPRE-FONASA	149
TABLA 22: DATOS POR AFIRMACIÓN DE USUARIOS	150
TABLA 23: IMPORTANCIA DE DIMENSION SEGÚN EDAD DE USUARIOS.....	152
TABLA 24: IMPORTANCIA DE DIMENSION ESCOLARIDAD EDAD DE USUARIOS.....	152
TABLA 25: IMPORTANCIA DE DIMENSION SEXO EDAD DE USUARIOS	152
TABLA 26: IMPORTANCIA DE DIMENSION SEGÚN DOMICILIO DE USUARIOS	152
TABLA 27: EXPECTATIVAS ABSOLUTAS DE DIMENSIONES SEGÚN EDAD DE USUARIOS.....	153
TABLA 28: EXPECTATIVAS ABSOLUTAS DE DIMENSIONES SEGÚN ESCOLARIDAD DE USUARIOS	153
TABLA 29: EXPECTATIVAS ABSOLUTAS DE DIMENSIONES SEGÚN SEXO DE USUARIOS	153
TABLA 30: EXPECTATIVAS ABSOLUTAS DE DIMENSIONES SEGÚN DOMICILIO DE USUARIOS....	153
TABLA 31: PERCEPCIONES ABSOLUTAS DE DIMENSIONES SEGÚN EDAD DE USUARIOS	154
TABLA 32: PERCEPCIONES ABSOLUTAS DE DIMENSIONES SEGÚN ESCOLARIDAD DE USUARIOS	154
TABLA 33: PERCEPCIONES ABSOLUTAS DE DIMENSIONES SEGÚN SEXO DE USUARIOS	154
TABLA 34: PERCEPCIONES ABSOLUTAS DE DIMENSIONES SEGÚN DOMICILIO DE USUARIOS	154
TABLA 35: BRECHA ABSOLUTAS DE DIMENSIONES SEGÚN EDAD DE USUARIOS	155
TABLA 36: BRECHA ABSOLUTAS DE DIMENSIONES SEGÚN ESCOLARIDAD DE USUARIOS	155
TABLA 37: BRECHA ABSOLUTAS DE DIMENSIONES SEGÚN SEXO DE USUARIOS.....	155
TABLA 38: BRECHA ABSOLUTAS DE DIMENSIONES SEGÚN DOMICILIO DE USUARIOS	155
TABLA 39: EXPECTATIVAS RELATIVAS DE DIMENSIONES SEGÚN EDAD DE USUARIOS	156
TABLA 40: EXPECTATIVAS RELATIVAS DE DIMENSIONES SEGÚN ESCOLARIDAD DE USUARIOS	156
TABLA 41: EXPECTATIVAS RELATIVAS DE DIMENSIONES SEGÚN SEXO DE USUARIOS.....	156

TABLA 42: EXPECTATIVAS RELATIVAS DE DIMENSIONES SEGÚN DOMICILIO DE USUARIOS.....	156
TABLA 43: PERCEPCIONES RELATIVAS S DE DIMENSIONES SEGÚN EDAD DE USUARIOS	157
TABLA 44: PERCEPCIONES RELATIVAS DE DIMENSIONES SEGÚN ESCOLARIDAD DE USUARIOS	157
TABLA 45: PERCEPCIONES RELATIVAS DE DIMENSIONES SEGÚN SEXO DE USUARIOS	157
TABLA 46: PERCEPCIONES RELATIVAS DE DIMENSIONES SEGÚN DOMICILIO DE USUARIOS.....	157
TABLA 47: BRECHA RELATIVAS DE DIMENSIONES SEGÚN EDAD DE USUARIOS	158
TABLA 48: BRECHA RELATIVAS DE DIMENSIONES SEGÚN ESCOLARIDAD DE USUARIOS	158
TABLA 49: BRECHA RELATIVAS DE DIMENSIONES SEGÚN SEXO DE USUARIOS	158
TABLA 50: BRECHA RELATIVAS DE DIMENSIONES SEGÚN DOMICILIO DE USUARIOS	158
TABLA 51: DATOS POR AFIRMACIÓN DE FUNCIONARIOS	159
TABLA 52: IMPORTANCIA DE DIMENSION SEGÚN EDAD DE FUNCIONARIOS.....	161
TABLA 53: IMPORTANCIA DE DIMENSION SEGÚN AÑOS DE SERVICIO DE FUNCIONARIOS.....	161
TABLA 54: IMPORTANCIA DE DIMENSION SEGÚN SEXO DE FUNCIONARIOS.....	161
TABLA 55: IMPORTANCIA DE DIMENSION SEGÚN PROFESIÓN DE FUNCIONARIOS	161
TABLA 56: EXPECTATIVAS ABSOLUTAS DE DIMENSION SEGÚN EDAD DE FUNCIONARIOS.....	162
TABLA 57: EXPECTATIVAS ABSOLUTAS DE DIMENSION SEGÚN AÑOS DE SERVICIO DE FUNCIONARIOS.....	162
TABLA 58: EXPECTATIVAS ABSOLUTAS DE DIMENSION SEGÚN SEXO DE FUNCIONARIOS	162
TABLA 59: EXPECTATIVAS ABSOLUTAS DE DIMENSION SEGÚN PROFESIÓN DE FUNCIONARIOS	162
TABLA 60: PERCEPCIONES ABSOLUTAS DE DIMENSION SEGÚN EDAD DE FUNCIONARIOS	163
TABLA 61: PERCEPCIONES ABSOLUTAS DE DIMENSION SEGÚN AÑOS DE SERVICIO DE FUNCIONARIOS.....	163
TABLA 62: PERCEPCIONES ABSOLUTAS DE DIMENSION SEGÚN SEXO DE FUNCIONARIOS.....	163
TABLA 63: PERCEPCIONES ABSOLUTAS DE DIMENSION SEGÚN PROFESIÓN DE FUNCIONARIOS	163

TABLA 64: BRECHA ABSOLUTAS DE DIMENSION SEGÚN EDAD DE FUNCIONARIOS	164
TABLA 65: BRECHA ABSOLUTAS DE DIMENSION SEGÚN AÑOS DE SERVICIO DE FUNCIONARIOS	164
TABLA 66: BRECHA ABSOLUTAS DE DIMENSION SEGÚN SEXO DE FUNCIONARIOS.....	164
TABLA 67: BRECHA ABSOLUTAS DE DIMENSION SEGÚN PROFESIÓN DE FUNCIONARIOS	164
TABLA 68: EXPECTATIVAS RELATIVAS DE DIMENSION SEGÚN EDAD DE FUNCIONARIOS.....	165
TABLA 69: EXPECTATIVAS RELATIVAS DE DIMENSION SEGÚN AÑOS DE SERVICIO DE FUNCIONARIOS.....	165
TABLA 70: EXPECTATIVAS RELATIVAS DE DIMENSION SEGÚN SEXO DE FUNCIONARIOS.....	165
TABLA 71: EXPECTATIVAS RELATIVAS DE DIMENSION SEGÚN PROFESIÓN DE FUNCIONARIOS	165
TABLA 72: PERCEPCIONES RELATIVAS DE DIMENSION SEGÚN EDAD DE FUNCIONARIOS.....	166
TABLA 73: PERCEPCIONES RELATIVAS DE DIMENSION SEGÚN AÑOS DE SERVICIO DE FUNCIONARIOS.....	166
TABLA 74: PERCEPCIONES RELATIVAS DE DIMENSION SEGÚN SEXO DE FUNCIONARIOS	166
TABLA 75: PERCEPCIONES RELATIVAS DE DIMENSION SEGÚN PROFESIÓN DE FUNCIONARIOS	166
TABLA 76: BRECHA RELATIVAS DE DIMENSION SEGÚN EDAD DE FUNCIONARIOS	167
TABLA 77: BRECHA RELATIVAS DE DIMENSION SEGÚN AÑOS DE SERVICIO DE FUNCIONARIOS	167
TABLA 78: BRECHA RELATIVAS DE DIMENSION SEGÚN SEXO DE FUNCIONARIOS	167
TABLA 79: BRECHA RELATIVAS DE DIMENSION SEGÚN PROFESIÓN DE FUNCIONARIOS.....	167

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1: USUARIOS SEGÚN EDAD.....	91
GRAFICO 2: USUARIOS SEGÚN ESCOLARIDAD.....	91
GRAFICO 3: USUARIOS SEGÚN SEXO	92
GRAFICO 4: USUARIOS SEGÚN DOMICILIO.....	92
GRAFICO 5: IMPORTANCIA DE DIMENSIONES DE CALIDAD SEGÚN USUARIOS	93
GRAFICO 6: COMPORTAMIENTO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIONES EN VALORES ABSOLUTOS Y RELATIVOS DE USUARIOS	99
GRAFICO 7: BRECHA RELATIVAS DE AFIRMACIONES.....	102
GRAFICO 8: BRECHAS RELATIVAS POR RANGO DE EDAD SEGÚN DIMENSIÓN DE CALIDAD.....	105
GRAFICO 9: BRECHA RELATIVAS DIMENSIONES DE CALIDAD SEGÚN ESCOLARIDAD DE USUARIOS.....	106
GRAFICO 10: BRECHAS RELATIVAS DIMENSIONES DE CALIDAD SEGÚN SEXO DE USUARIOS....	107
GRAFICO 11: BRECHAS RELATIVAS DIMENSIONES DE CALIDAD SEGÚN DOMICILIO DE USUARIOS	108
GRAFICO 13: FUNCIONARIOS SEGÚN AÑOS DE SERVICIO.....	111
GRAFICO 14: FUNCIONARIOS SEGÚN SEXO.....	111
GRAFICO 15: FUNCIONARIOS SEGÚN PROFESIÓN.....	112
GRAFICO 18: BRECHAS RELATIVA DEL SERVICIO POR AFIRMACIÓN SEGÚN FUNCIONARIOS	119
GRAFICO 19: EXPECTATIVAS DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD SEGÚN EDAD DE LOS FUNCIONARIOS.....	122
GRAFICO 20: BRECHA DE CALIDAD SEGÚN AÑOS DE SERVICIO LOS FUNCIONARIOS	123
GRAFICO 21: BRECHA DEL SERVICIO SEGÚN SEXO DE LOS FUNCIONARIOS	124
GRAFICO 22: BRECHA DEL SERVICIO SEGÚN PROFESIÓN DE LOS FUNCIONARIOS.....	125

GRAFICO 23: COMPARACIÓN DE EXPECTATIVAS RELATIVAS USUARIOS Y FUNCIONARIOS DEL CAE	126
GRAFICO 24: COMPARACIÓN DE PERCEPCIONES USUARIOS Y FUNCIONARIOS DEL CAE.....	127
GRAFICO 25: COMPARACIÓN DE BRECHAS DE USUARIOS Y FUNCIONARIOS CAE.....	129
GRAFICO 26: EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES ABSOLUTAS DE USUARIOS	151
GRAFICO 27: EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES RELATIVOSDE USUARIOS	151
GRAFICO 28: EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES ABSOLUTAS DE FUNCIONARIOS	160
GRAFICO 29: EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES ABSOLUTAS DE FUNCIONARIOS	160
GRAFICO 12: FUNCIONARIOS SEGÚN EDAD	0
GRAFICO 16: IMPORTANCIA DE DIMENSIONES DE CALIDAD SEGÚN FUNCIONARIOS	0
GRAFICO 17: COMPORTAMIENTO DE EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES DE FUNCIONARIOS	0

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1: FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD	24
ILUSTRACIÓN 2: TRIANGULO DEL SERVICIO	34
ILUSTRACIÓN 3: ESTRATEGIA DE MARKETING PARA EMPRESAS DE SERVICIO	37
ILUSTRACIÓN 4: EXPECTATIVAS VERSUS PERCEPCIONES	46
ILUSTRACIÓN 5: PERCEPCIÓN DE UN SERVICIO EFICAZ	53
ILUSTRACIÓN 7: BRECHAS DEL SERVICIO	69
ILUSTRACIÓN 8: FORMULA DE MUESTRA	86

RESUMEN EJECUTIVO

Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985,1988). Definen la calidad como la diferencia entre la expectativa de los clientes y sus percepciones. Según estos autores, las expectativas pueden ser definidas como “las predicciones hechas por los consumidores sobre lo probable que ocurra durante una transacción inminente”,

Esta investigación consiste en evaluar y comparar las expectativas y percepciones de usuarios y funcionarios del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, con el propósito de analizar las brechas que resulten de ésta comparación y ver si existe satisfacción.

Para obtener los datos se recopiló información a través de cuestionarios de la Escala Multidimensional SERVQUAL que contiene 21 ítem divididos en cinco dimensiones y cada ítem se valora mediante una escala numérica de uno a siete. Se realizó la tabulación y el análisis de 196 encuestas de usuarios y 63 de funcionarios y los resultados indican que los funcionarios tienen mayores expectativas que los usuarios, ocurriendo lo contrario con sus percepciones, ambos tienen brechas negativas, es decir no existe satisfacción en ninguna dimensión de calidad por el servicio que entrega el CAE.

INTRODUCCIÓN

Las empresas e instituciones de servicio cobran cada vez más importancia en el mundo laboral, por su creciente generación de empleos y contribución al crecimiento económico del país.

Es una preocupación constante de los gobiernos mejorar la infraestructura de las instituciones públicas de salud y también el servicio que brindan a las personas o usuarios, principalmente en tiempos de espera, rapidez en la información y trato.

Aún cuando se han realizado importantes esfuerzos y se ha invertido tiempo y dinero en forma creciente, persisten deficiencias en la gestión de la calidad de servicio, principalmente debido a la alta demanda que enfrentan las instituciones públicas del sector salud, la insuficiencia de recursos humanos, materiales y financieros como también una cultura profesional que no se ha dinamizado al nivel que los tiempos requieren. Esto plantea la necesidad de revisar los estándares de servicio existentes, aplicar técnicas de medición de la calidad de servicio, y satisfacción usuaria, encontrar los aspectos que sean necesarios de intervenir más decididamente para mejorar los resultados en la salud pública.

El tema elegido se enmarca en el ámbito de la gestión en salud, en el área del marketing sanitario o de instituciones de salud, específicamente los aspectos de la calidad de servicios, vinculados a la satisfacción usuaria, las expectativas y percepciones por el servicio recibido.

La presente investigación se centra en la comparación de expectativas y percepciones de usuarios y funcionarios del consultorio adosado de especialidades del Hospital Herminda Martín de Chillán. A partir de los resultados de esa medición se efectúan recomendaciones para mejorar la gestión de los procesos y así entregar una mejor calidad de servicio a los usuarios.

Mediante la aplicación personal de las encuestas correspondientes a la Escala Multidimensional SERVQUAL a los usuarios y funcionarios del CAE se realiza la recolección de información de percepciones y expectativas. Luego se aplica el Modelo de las Siete Brechas de Lovelock (2009).

El presente informe final de investigación comienza con una investigación preliminar que permitió el planteamiento del problema, la construcción de las preguntas de investigación, los objetivos, hipótesis y la metodología a utilizar.

El Capítulo I, denominado Gestión de la Calidad, presenta la evolución de la calidad, los sistemas de gestión de calidad, el funcionamiento de los sistemas de gestión de calidad, los modelos de calidad total de gestión, aplicación de los modelos de gestión en los servicios de salud, marketing de servicios y tipos de instrumentos para medir la calidad.

El Capítulo II se denomina Expectativas y Percepciones de la Calidad de Servicio de Salud e incluye conceptos generales de expectativas y percepciones, necesidades, expectativas y percepciones en la institución de salud, expectativas y percepciones, del punto vista de la psicología, factores que inciden en la entrega del servicio en salud, definición de calidad del servicio, la calidad de servicio en la institución de salud, relación calidad de servicio y satisfacción, escala multidimensional SERVQUAL con sus dimensiones de calidad y el Modelo de las Brechas de Calidad, de Zeithaml, Berry y Parasuraman (1988) y el Modelo de las Siete Brechas de Lovelock (2009).

En el Capítulo III, Sistema de Salud y Antecedentes del Hospital Clínico Herminda Martín (HCHM), se describen las características del Sistema de Salud en Chile, las características de la Red Asistencial de la Provincia de Ñuble, una reseña histórica del HCHM y su situación, su estructura y cómo se mide la calidad en el Hospital Clínico Herminda Martín.

En el Capítulo IV, Medición de Expectativas y Percepciones en el CAE del Hospital Herminda Martín, se determina la población y la muestra de la unidad en estudio (CAE), se aplica la escala multidimensional de SERVQUAL, se presentan y analizan los resultados de la de la aplicación de los instrumentos de investigación

TITULO PRELIMINAR

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En Chile como en el resto de los países del mundo existen problemas en el sector de la salud y los gobiernos están constantemente inyectando recursos a la salud pública, para, entre otros aspectos, solucionar problemas de atención o servicios a los usuarios, con el fin de mejorar los resultados de este sector y dar satisfacción plena al usuario respecto a la atención o prestaciones de salud. En este contexto, el sector salud en Chile está enfrentando una reforma que se sustenta en valores como la **equidad** en el acceso a la atención de salud, la **eficacia** en las intervenciones destinadas a promover, preservar y recuperar la salud y la **eficiencia** en el uso de los recursos.

La Salud tiene dos componentes básicos que están siempre presentes en la vida cotidiana, la protección de la Salud y los problemas de Salud o enfermedades. El principal objetivo del Ministerio de Salud es fomentar y desarrollar el primer componente, para tratar de impedir llegar al segundo. Uno de los propósitos fundamentales es que el usuario pueda estar informado de los planes y programas que el Gobierno implementa en relación a la prevención y las alternativas y derechos respecto a las soluciones existentes a los problemas de la salud de la población beneficiaria del sistema de Salud pública (Ministerio de salud de Chile).

Cada día hay más personas con enfermedades, problemas psicológicos, estrés, etc., lo que provoca una mayor demanda de atención en los centros de salud, como por ejemplo hospitales, tanto en las áreas de urgencias como en las de especialidades. Esto requiere una mejor gestión de la calidad de parte de las instituciones y principalmente del personal interno, ya que éste tiene un rol importante en los centros de atención de salud debido a que se relaciona y se comunica directamente con el usuario, se informa de sus inquietudes o simplemente de sus necesidades que lo llevan a recurrir del servicio de la salud.

Estudios anteriores han abordado el tema de satisfacción del usuario en el área (CAE) del Hospital Herminda Martín y en el Centro de Salud Familiar Violeta Parra (Correa et 2009 y Montero et al 2008, respectivamente). A pesar que estos estudios han aportado información valiosa para mejorar calidad del servicio y satisfacción usuaria, siguen existiendo problemas y falencias de atención y de gestión de calidad en estos centros de salud. Por ejemplo, problemas en la comunicación al emitir información al usuario, comprensión de la

información por parte del usuario, los tiempos de espera en la atención de salud como en trámites administrativos, alta demanda de atención de especialidad con oferta insuficiente y una infraestructura deficiente para entregar una atención ajustada a las normas ministeriales, entre otros, lo que hace necesario seguir profundizando sobre el tema.

El Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del Hospital Herminda Martin está desarrollando un proyecto de normalización, el que todavía no está implantado, pero que al entrar en operación provocará diversos cambios en los servicios de atención, tanto para los funcionarios como para los usuarios. Sin duda la tarea será más compleja y exigente para el equipo de salud, pero a la vez un desafío importante tanto para la institución médica como para el cuerpo de funcionarios que labora en dicha institución.

Para satisfacer a los usuarios es necesario entender calidad desde su perspectiva, y medir el servicio mediante una comparación entre las expectativas del usuario o cliente y sus percepciones sobre el servicio recibido, comparación que el CAE no ha realizado.

Un elemento importante dentro de la satisfacción del usuario es la oferta de salud entregada, la cual consta de tres elementos. Estos son el servicio esencial, los servicios adicionales y los servicios de apoyo (Corella, 1999), los cuales conjuntamente logran un servicio global suministrado al usuario. La interacción entre el usuario o paciente y el funcionario es la base principal para que se genere el servicio y la calidad del mismo. Ambos interlocutores entienden el servicio, y la calidad de manera distinta. El usuario desde su punto de vista de receptor del servicio y el funcionario desde el punto de vista de prestador del mismo. Nacen así, brechas o discrepancias respecto a la calidad del servicio. Por ello es importante comparar las perspectivas de los usuarios y funcionarios. De esta manera se podrá tener una visión sobre los aspectos en los que no exista acuerdo y en los que resulte conveniente intervenir para mejorar la satisfacción usuaria del CAE del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán. Al conocer lo que acontece con las expectativas y percepciones de servicio de los usuarios y los funcionarios y las brechas que se producen, los directivos del CAE podrán abordar un plan de mejoramiento de la calidad de servicio, tomar decisiones y realizar mejoras concretas que redundarán en mejoras de la satisfacción usuaria

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las expectativas y percepciones que tiene el usuario del servicio que recibe en el CAE?

¿Cuáles son las expectativas y percepciones que tiene el funcionario del servicio que se entrega en el CAE?

¿Existen discrepancias entre las expectativas y percepciones de los usuarios y los funcionarios del CAE?

¿Existen mecanismos para conocer si el usuario queda satisfecho con el servicio?

OBJETIVO GENERAL

Comparar las expectativas y percepciones de los usuarios y funcionarios del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del Hospital Herminda Martín de Chillán, respecto de la calidad de servicio, para encontrar posibles convergencias y divergencias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Medir las expectativas y percepciones de los usuarios de Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del Hospital Clínico Herminda Martín, respecto de la calidad de servicio.
- Medir las expectativas y percepciones de los funcionarios del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del Hospital Clínico Herminda Martín (HCHM), respecto de la calidad de servicio.
- Determinar las brechas que existen entre lo que espera el usuario o cliente del CAE del HCHM y lo que recibe, respecto de la calidad de servicio.
- Determinar las brechas que existen entre las expectativas y percepciones del funcionario del CAE del HCHM, respecto de la calidad de servicio.
- Establecer si existe discrepancias entre las expectativas y percepciones de usuarios y funcionarios del CAE del HCHM.
-
- Sugerir mejoras en el servicio entregado para aumentar la satisfacción tanto de los usuarios como de los funcionarios del CAE del HCHM.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según Hernández, Fernández y Baptista (2006) la tipología considera 2 tipos de investigación. Las investigaciones exploratorias y las investigaciones descriptivas. En esta investigación se utilizan los 2 tipos de investigación mencionados anteriormente.

METODOLOGÍA A UTILIZAR

En la presente investigación se utiliza el Modelo de las Siete Brechas de Lovelock (2009), que compara expectativas y percepciones, relacionando satisfacción usuaria con calidad de servicio. Se aborda la recopilación de la información a través de la aplicación del instrumento de medición SERVQUAL que consta de 3 cuestionarios que van dirigidos a los usuarios y funcionarios de las distintas unidades del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del HCHM que tienen directa relación con el usuario. Estos cuestionarios se aplican a los usuarios en el consultorio antes o después de recibir el servicio. Los funcionarios son encuestados en sus respectivos lugares de trabajo.

La población objetivo, son los usuarios que concurren a las unidades de atención del CAE del HCHM y los funcionarios que entregan el servicio en éste. Se trabaja con un muestra probabilística aleatoria simple, ya que la población es considerada homogénea, sencilla en la selección de muestras, cálculo rápido de las medias y desviaciones estándar. Una vez tabulada la información de los cuestionarios, se utiliza un software estadístico (SPSS) para obtener el valor de las brechas, cálculos de las respectivas medias para las afirmaciones y dimensiones, también la respectiva desviación típica en cada caso, asegurando que los valores de las medias son representativos de las respuestas de los cuestionarios procesados. Luego se obtiene la información necesaria para comparar expectativas y percepciones entre usuario y funcionario, calcular las brechas de calidad por importancia (brechas relativas), con el fin de concluir en la calidad del servicio, y a su vez hacer el análisis, dar sugerencias y recomendaciones a la institución de salud.

CAPITULO I

GESTIÓN DE CALIDAD

1.1 EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE CALIDAD

El concepto de la calidad es un concepto que ha estado presente desde la aparición del ser humano, surgiendo con la agricultura, los servicios y por último con la industrialización. En el inicio de la revolución industrial, se buscaba la reducción de costos pero ocasionaba la reducción de calidad. Esto llevó a la búsqueda de procesos de fabricación que permitan mejor calidad a bajos precios. Para estos fines se establecen estándares para la confección de piezas, que permiten ser utilizados en diversos productos, en busca de el menor número de unidades defectuosas (Varo, 1994).

De la mano de la organización científica del trabajo planteada por Taylor (Miranda et al, 2007), se establecen personas encargadas de fabricar y otras dedicadas a controlar lo producido, esta división originó un incremento en la producción, sin embargo, provocó también efectos negativos sobre la calidad, lo cual era dejado de lado por la necesidad de cubrir la demanda que en ese momento era superior a la oferta.

A en las primeras décadas del siglo XX, se implementa el denominado control estadístico de la calidad, dando un paso más allá. No sólo es medir la calidad, sino que trata de identificar y eliminar las causas que generan los defectos (Miranda et al, 2007), siendo un proceso metodológico que busca la mejora continua (Sánchez y Granero, 2005).

Con el inicio de la Segunda Guerra Mundial, el control estadístico es aplicado a la fabricación de armamento, dejando de ser sólo de carácter correctivo y da paso a la predicción de los defectos y solución de estos antes de su aparición (Guajardo Garza, 2008).

El periodo Post Guerra es una época de cambios provenientes desde Japón. Según Da Silva (2002), la ocupación norteamericana y la llegada de profesionales americanos entre estos, Edward Deming al país oriental hace que los ejecutivos japoneses conozcan los conceptos de control estadístico de calidad y sus beneficios, pero observan que existe una serie de problemas de implementación, lo cual los lleva a pensar en que no sólo es necesario

controlar el proceso interno de la producción, sino que es necesario extender el control de calidad a los proveedores y los clientes. Esta idea es denominada como aseguramiento de la calidad, que tiene ciertos objetivos que son la mejora continua, la formación y apoyo de la alta dirección en la implementación de la gestión de calidad (Miranda, 2008).

En Norteamérica, en los años 70, aún estaba presente el concepto de calidad relacionado al número de defectos en la producción. Crosby (1979), manifiesta que la calidad está relacionada a “cero defecto” de producción, siendo su idea principal que el trabajo debe ser correctamente ejecutado la primera vez.

La década de los años ochenta, es un periodo de cambios en ámbito de la producción y de la interpretación de calidad. Los consumidores entienden el poder de decisión que poseen, y la posibilidad de ser un factor en el mercado, lo cual, motiva a una evolución de la cultura organización (Álvarez, 2006).

En Norteamérica, hace su entrada el concepto de aseguramiento de la calidad, que años antes ya se implementó en Japón, gracias al trabajo de autores como Deming, Juran o Ishikawa. Esta evolución de la cultura empresarial se centra en dar confianza a los clientes respecto al producto final y la manera en ha sido elaborado.

El termino de la década, conlleva un nuevo cambio y se establece un nuevo concepto, “la gestión de la calidad” con nuevas metas para las organizaciones. El principal es el cambio de las organizaciones centradas en sí mismas a ser organizaciones orientadas al cliente (Álvarez, 2006), reflejo de esto es lo expresado por Gil (2005) “El único juicio que realmente importa es aquel que realiza el cliente”.

Esta evolución llevada al sector salud, comienza con los procedimientos de la prestación del servicio esencial. Según Aedo y Godoy (2008), en un principio la calidad de la salud era sólo el cumplimiento del código deontológico de los profesionales de la medicina, el cual establecía los criterios, normas, valores de aquellos que ejercen la actividad profesional.

Posteriormente, se establecen las bases de la enfermería y el control de los ambientes en que se ejerce la medicina. En 1913, comienza el estudio de la normalización y estandarización de las instituciones de salud, en busca de una “buena atención medica”.

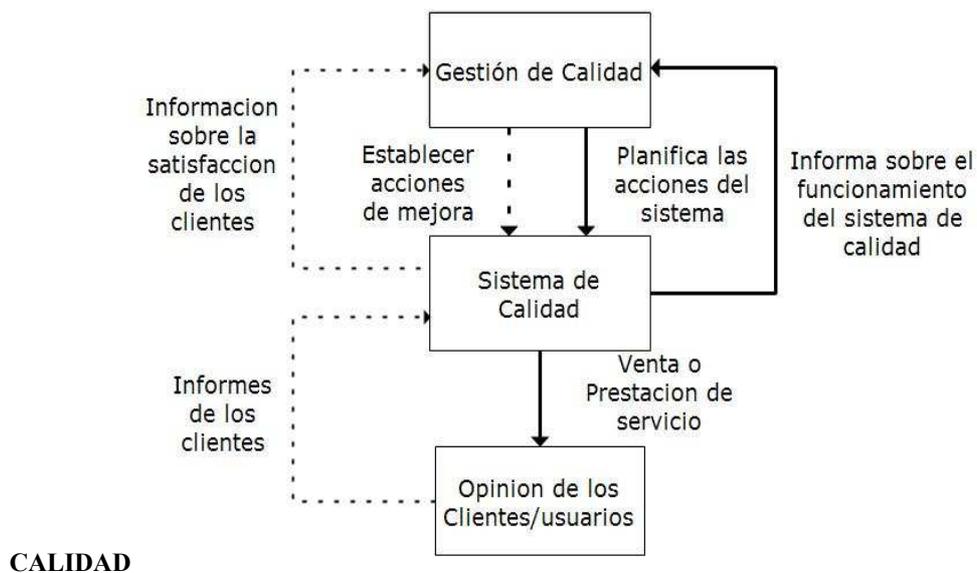
En 1961, el doctor Donabedian publica un artículo sobre la calidad de la prestación de salud, que es referencia hasta hoy. Según lo mencionado por Reyes Saú (2006), Donobedian, estableció que el análisis de la calidad en salud es multivariable, lo cual conlleva que es necesario el analizar la estructura, el proceso y el resultado de la prestación de salud.

Con la llegada de los años ochenta, también se produce un cambio en la forma que se gestiona la calidad en las instituciones de salud, con la implementación de filosofías usadas en los procesos industriales, tal como la Administración de Calidad Total. Esto coincide con la utilización de modelos de mejoramiento de calidad a nivel mundial, tal como se mencionó anteriormente.

1.2 SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD

Según López (2007), un sistema de calidad es “la estructura organizativa, las responsabilidades, los procesos y los recursos necesarios para llevar a cabo la gestión de calidad. Se aplica en todas las actividades de la organización y afecta a todas las fases, desde el estudio de las necesidades del consumidor hasta el servicio posventa”. De lo anterior, se desprende que implementar un sistema de calidad total no es un acto aislado dentro de la organización o de responsabilidad de la administración, sino que es una decisión estratégica, que constituye la forma de dirigir y controlar una empresa dirigida al cliente.

ILUSTRACIÓN 1: FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE



Fuente: López 2007, Implementación de un sistema de calidad

Según lo descrito en la ILUSTRACIÓN 2 el proceso de gestión de la calidad, requiere de medición, centrándose en la satisfacción de los usuarios, como indicador de la calidad, aspecto que es el objetivo central de este trabajo.

Según Vavra (2002), el instrumento SERVQUAL es válido para determinar la percepción de la calidad de un servicio y para obtener información para el modelo de gestión de la empresa.

1.2.1 MODELOS DE CALIDAD TOTAL DE GESTIÓN

Durante los últimos 30 años, se han establecido distintos modelos de calidad en el mundo, los cuales tienen características similares. La principal de éstas es enfocarse en satisfacer las necesidades del cliente/usuario y la mejora continua. En la actualidad, las organizaciones de salud están implementando distintos modelos de calidad, adaptándolos según sus distintas realidades y necesidades. Según Agüero y Valdés (2002), la realidad chilena muestra que las instituciones de salud están implementando modelos de calidad con el objetivo solucionar sus problemas de gestión y mejorar progresivamente la calidad del servicio.

A continuación se describirán los modelos de calidad más utilizados.

La Trilogía De Juran

Según este modelo (Juran, 1999), la actividad de gestión, se basa en 3 procesos interrelacionados: Planificación, Control y Mejora.

Planificación de la calidad: Es la actividad para desarrollar los productos (servicios) y procesos requeridos para satisfacer las necesidades de los clientes. La planificación consta de una serie de pasos universales como son: fijar los objetivos de la calidad e identificar a los clientes y sus requerimientos.

Control de la calidad: este proceso consta de 3 pasos, que son:

- Evaluar el comportamiento de la calidad real
- Comparar el comportamiento real con los objetivos de la calidad
- Actuar sobre las diferencias

Mejora de la calidad: consta de una serie de pasos, siendo los más relevantes: Establecer la infraestructura para asegurar la mejora anual de la calidad, establecer

equipos que dirijan los proyectos hacia un fin satisfactorio, establecer controles para que perduren los logros.

Triangulo De Joiner

Según el modelo de Joiner (Grima y Martorell, 1995) se representa la calidad total con una “Q” como superación de “q” que representa las actividades de control de calidad tradicional y limitada al ámbito productivo.

La Q, se basa en 3 ideas centrales:

- Filosofía de calidad y liderazgo de la dirección: la calidad es determinada por las necesidades y expectativas de los clientes.
- Utilización del método científico: Se utilizan datos, una vez convertidos en información como base para todas las acciones y decisiones.
- Un solo equipo: Todo el recurso humano debe estar involucrado en el proceso de mejora.

Los 14 Puntos Y El Premio Deming

Considerado como uno de los padres de la Calidad Total, Edward Deming, estableció la importancia del mejoramiento continuo y que no bastaba con las mediciones estadísticas que se empleaban en los procesos productivos, sino que era necesario establecer una “filosofía administrativa” que fuese compatible con los métodos estadísticos, resumiendo esta nueva filosofía en 14 puntos (Walton, 1992).

Entre ellos está el adoptar una nueva filosofía (a no aceptar los trabajos deficientes), establecer programas de educación y de reentrenamiento, instituir el liderazgo, comparar por calidad, no por precio (referido a la adquisición de materia prima).

La influencia ejercida por Edward Deming en Japón, llevó a la Unión De Científicos e Ingenieros de Japón (JUSE) a instaurar un premio en su honor, el cual distingue a aquellas empresas que sobresalgan en la aplicación de la calidad total. La

empresa es sometida a una exhaustiva auditoria de control de calidad, poniendo énfasis en política y planificación, administración, educación, información, análisis, estandarización (de los métodos estadísticos), control, aseguramiento, efectos y planes futuros. Los examinadores evalúan cada uno de estos ítems, los cuales deben tener una puntuación superior a 70 de los 100 posibles.

Kaoru Ishikawa (2003) expresa que no se debe ver el premio Deming como una certificación sino como “la manera de promover el control total de calidad y control estadístico en la empresa”.

Premio Malcolm Baldrige

En Estados Unidos, de manera similar a lo realizado en Japón, 20 años antes, se instaura un premio a las empresas que apuntan al mejoramiento de la calidad; esta distinción es el premio anual Malcolm Baldrige a la calidad, donde la satisfacción del cliente es el pilar fundamental de este premio (Krajewski y Ritzman, 2003)

Los criterios principales para el otorgamiento del premio son:

- Liderazgo: Sistema de liderazgo, valores y expectativas.
- Planificación estratégica: Eficacia en la planificación estratégica y de negocios.
- Enfoque en el cliente y el mercado: Como satisfacer a los clientes.
- Análisis de la información: Sistemas de información que apoyen la excelencia.
- Enfoque centrado en los recursos humanos: Alcanzar todo el potencial de estos.
- Administración de procesos: Eficacia en los procesos para garantizar la calidad de los productos y la calidad.

Modelo Europeo De Excelencia Efqm

Este modelo, que tiene su origen en Europa, consiste en un premio anual, tal como son el modelo Japonés (Deming) y el Norteamérica (Baldrige), pero este consiste en un enfoque distinto, que busca la autoevaluación de la organización con el fin de alcanzar la excelencia en gestión.

El EFQM, consta de nueve criterios, los cuales están divididos en 2 grupos (agentes facilitadores y resultado). A la vez, cada criterio tiene subcriterios que permiten una mejor comprensión y aplicación del modelo.

Según Palomo (2007) este modelo se fundamenta en que “los resultados excelentes con respecto al rendimiento de la organización, a los clientes, las personas, y la sociedad se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse la política y estrategia, las personas de la organización, las alianzas y recursos, y los proveedores”.

Modelo Seis Sigmas

Este modelo fue elaborado por la empresa Motorola, con la intención de reducir las quejas por problemas en sus productos. En un principio fue pensado para las empresas manufactureras con el objetivo de reducir desperfectos, tiempo, e incrementar la productividad, pero en la actualidad se ha aplicado en los servicios.

El termino seis sigmas, consiste en lograr una calidad de 3.4 defectos por cada millón de unidades producidas. Según Pande et al, citado en Lovelock y Wirtz (2009), el seis sigmas se define como “Un sistema complejo y flexible para lograr, mantener y maximizar el éxito en los negocios. Six Sigmas está impulsado por un entendimiento de las necesidades de los clientes”

Normativa ISO 9000

Las normas ISO, no son un modelo de gestión, sino, una certificación internacional, que promueven la estandarización y la calidad para fomentar el comercio internacional. Según Aterhortúa (2005), las normas ISO se centran en “Hacer las cosas bien y seguir un horizonte definido hacia el mejoramiento continuo y la satisfacción del cliente”.

Según lo mencionado por Hoyle (2006), las normas ISO que están relacionadas con la gestión de la calidad son:

- ISO 9000: Sistemas de gestión de calidad: conceptos y vocabulario
- ISO 9001: Sistemas de gestión de calidad: Requisitos
- ISO 9004: Sistemas de gestión de calidad: Guía para llevar a cabo la mejora.

En la actualidad, estas normas son adoptadas por empresas de todo el mundo, tanto manufactureras como de servicios. Lovelock y Wirtz, (2009) mencionan que el objetivo de la adopción de estas normas es el de asegurar la calidad y que ésta se adapte a las expectativas de los clientes, como también, lograr incremento en la productividad.

1.2.2 APLICACIÓN DE LOS MODELOS DE GESTIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

Según lo indica Corella (1999), el implementar de un sistema de calidad dentro de una institución de salud es un proceso constante que tiene características únicas, como el conciliar aspectos administrativos con aspectos médicos.

Existen experiencias de modelos de gestión de calidad adaptados a servicios de salud, como Lloria et al (2002), en la implementación del modelo EFQM en el hospital universitario La FE en la ciudad de Valencia, España, o como Acevedo et al (2008), en la implementación de un modelo nacional de calidad (México) en un laboratorio clínico Certús,

donde el objetivo de dichos centros de salud era el incrementar la creación de valor para usuarios, personal, y la comunidad en la cual estaban insertos.

De acuerdo a lo expresado por Agüero y Valdés (2002), debido a los problemas de equidad de acceso a la atención en salud, la cobertura de las prestaciones, la ineficiencia en la gestión administrativa y el uso eficiente de los recursos llevó a que el Ministerio de Salud de Chile, consciente de la necesidad de promover la calidad en las instituciones de salud pública, haya establecido una serie de mecanismos para asegurar, certificar y evaluar la calidad de los servicios de salud.

Uno de estos pasos es el de modernización de la gestión, con el sistema de autogestión, para mejorar la eficiencia de los hospitales, llevando a las instituciones de salud, los conceptos que por años estaban implementados en empresas privadas. Según el Ministerio de Salud de Chile, el modelo de autogestión optimiza el funcionamiento, atendiendo a la complejidad de algunos establecimientos hospitalarios para organizar mejor la organización, para dar respuestas rápidas y efectivas en un entorno de mayor exigencia, mayores niveles de conocimiento e información. Con el objeto de construir una administración de mejor calidad y gestión más eficiente, en directo beneficio de los usuarios.

Según Artaza (2008), El concepto de autogestión, implica la dependencia de los hospitales en materia de la cartera de servicios (oferta sanitaria que es definida por la red pública), y una mayor desconcentración e independencia en materias de gestión, todo esto en un contexto de redes de atención estructuradas en torno a un Modelo de Atención Integral en Salud, el cual es definido por el Ministerio de Salud como el conjunto de acciones organizadas del sistema orientadas a promover la calidad de vida de las personas, consideradas en su integralidad tanto individual como social, y que se caracteriza por estar centrado en el usuario; por el énfasis en lo promocional y preventivo; por su enfoque familiar y comunitario y por garantizar la integralidad y continuidad de los cuidados junto a promover la resolución ambulatoria y participativa de las necesidades de salud.

En resumen, según el Ministerio de Salud de Chile, un hospital autogestionado tiene las siguientes características.

- **Facultades en los ámbitos:** Administrativo, Financiero, Gestión de Recursos Humanos, Celebración de convenios.
- **Normas regulatorias específicas de cumplimiento obligatorio y controlado:** Cumplimiento de Régimen de Garantías, Cumplimiento de Metas Sanitarias, Equilibrio financiero.
- **Competencias requeridas:** Plan de Desarrollo estratégico alineado con el de su red, Desarrollo de gestión Financiera, Desarrollo de la Gestión de las Personas, Sistemas de Información para la Gestión.
- **Organización interna:** Desconcentración de la Gestión (Centros de responsabilidad), Gestión Clínica, Orientación a la Red, Cartera de servicios consensuada con el Gestor de Red, Cartera de servicios consensuada con el Gestor de Red, Sistemas de información compatibles con los de la Red, Participación, Auditoría

1.3 MARKETING DE SERVICIOS

Tal como fue mencionado, las instituciones de salud en los últimos años han comenzado a utilizar técnicas y prácticas de las organizaciones comerciales, industriales o de servicio. Según Hoffman (2003), los servicios están presentes en todo tipo de actividad humana, y son el sector que genera la mayor parte del PIB de los países desarrollados, ello justifica el auge y la importancia del marketing de servicios.

Según Zeithaml y Bitner (2002), el marketing realizado en el sector industrial, no tiene las mismas características que el marketing que es utilizado en empresas de servicio, como entidades bancarias, de salud u otras. La principal diferencia en el marketing de servicios está estrechamente ligada a las características de los servicios, que son:

- **Intangibilidad**, que es la diferencia básica con los productos manufacturados, debido a que los servicios son ejecuciones en lugar de objetos. Llevado esto a los servicios de salud, es que las acciones emprendidas (cirugías, diagnósticos, entre otras) no pueden ser tocadas por los destinatarios (pacientes). Esta característica conlleva una serie de dificultades para el marketing de servicios, como por ejemplo, la imposibilidad de demostrar físicamente la calidad el servicio y tener que explicarle esto al usuario o cliente.
- **Heterogeneidad**, que implica que la prestación de un servicio nunca será igual a otra, sin importar que sea desarrollada por la misma persona, con los mismos recursos disponibles o al mismo cliente. Esto motiva que la heterogeneidad del servicio se refiera en gran medida a la relación que se establece entre el empleado y el usuario, y la forma en que se satisfacen las necesidades de éste último. El desafío del marketing acá es la posibilidad de conjugar una serie de factores que influirán en la forma de entablar la relación empleado-usuario, siendo algunos de estos factores, la predisposición del cliente y el nivel de demanda del servicio, por citar los más relevantes.

- **Producción y consumo simultáneos**, ya que a diferencia de las empresas de productos manufacturados que tienen la posibilidad de controlar la calidad después de su producción, antes de que llegue en manos del cliente, en el caso de los servicios, la producción y el consumo son en el mismo instante. El indicador de la calidad estará constituido en forma casi total por la opinión que tenga el usuario en relación a sus percepciones sobre lo recibido. El desafío para el marketing de servicios es la posibilidad del empleado de reaccionar en “tiempo real” a las necesidades del cliente y a la forma que éstas no afecten a otros clientes.

- **Percibilidad**, debido a que los servicios no pueden ser almacenados, detenidos o regresados, tal como pasa con los bienes tangibles. Esta característica de los servicios hace que sea necesario tener estrategias de recuperación en el caso que el servicio inicial no cumpla con las expectativas del usuario. Un ejemplo llevado al sector salud es la interrupción del suministro eléctrico mientras se desarrolla una cirugía, situación en la que no se podría detener la cirugía y esperar que regrese el suministro, al tratarse de una intervención primordial para conservar su vida o el funcionamiento de algunos órganos vitales.

Estas características de los servicios, que los diferencian de manera crucial de los productos tangibles, hacen que deban ser abordados por las organizaciones de manera distinta, siendo la comprensión de las necesidades de los clientes y sus expectativas, y el cumplimiento las promesas del servicio el objetivo del marketing de servicio.

ILUSTRACIÓN 3: TRIANGULO DEL SERVICIO



Fuente: adaptado de Zeithaml y Bitner, 2002

De esta forma según Corella (1999) se hace necesario combinar distintas técnicas de marketing en la gestión de las organizaciones de salud. Se trata del marketing interno, el marketing externo y el marketing interactivo.

Marketing Interno: El marketing, requiere que todos los participantes de la empresa adopten los conceptos y objetivos de marketing y participen en la selección, la generación y la comunicación de valor para el cliente. Con los años la función marketing ha evolucionado, desde el departamento de ventas inicial, hasta constituir un grupo complejo de actividades dispersas en toda la organización.

Que una institución tenga un departamento de marketing, no asegura que exista una buena gestión de marketing. El éxito depende de cómo todos los departamentos, unidades o áreas se relacionan con los clientes. Una organización es eficaz en tal sentido sólo cuando todos los empleados asumen que su trabajo es crear, atender y satisfacer a los clientes (Kotler y Keller, 2009), creando, promocionando y distribuyendo el valor que éstos requieren (AMA 2004).

Según Kotler y Armstrong (2003), el marketing interno se refiere a que la empresa debe capacitar y motivar eficazmente a su personal de contacto con el fin de satisfacer al cliente. Zeithaml y Bitner (2002) señalan que el marketing interno está destinado a facilitar el cumplimiento de las promesas, a través de las destrezas, habilidades, herramientas y motivación del recurso humano de la organización, especialmente en aquellos que tienen contacto directo con el usuario prestando el servicio.

Según Corella (1999), el marketing interno es una filosofía de gestión del personal y una forma de desarrollar una cultura de servicios, y tiene que alcanzar 3 objetivos:

- Crear una cultura de servicios en la empresa y una orientación a los servicios entre el personal.
- Mantener una orientación a los servicios entre el personal.
- Dar a conocer a los empleados los nuevos productos y servicios, así como las estrategias de marketing externo, campañas publicitarias y otras actividades de marketing.

Se debe hacer notar también que en esencia el éxito en la utilización del marketing interno requiere que sea dirigido y canalizado desde las más altas esferas de la dirección de la institución, para que así nadie esté ajeno a esta filosofía y el ejemplo de los directivos superiores sea uno de los principales alicientes para el personal de primera línea, es decir, quienes tiene contacto directo con los usuarios o clientes y que en definitiva son los que dan vida al servicio.

Marketing Externo: El marketing externo es el encargado de formular las promesas de valor a los clientes en relación con lo que pueden esperar recibir y la forma en que se entregará. En el caso de los servicios, existen factores que deben comunicar la promesa a los clientes, distintos a las actividades tradicionales del marketing como publicidad, ventas, promociones especiales, entre otras. Los empleados del servicio, el diseño y ambientación de las instalaciones y el proceso del servicio en sí mismo, también comunican y ayudan a situar las expectativas de los clientes. Las garantías del servicio y la comunicación de ida y vuelta son formas adicionales de comunicar las promesas del servicio.

La información que se obtiene de los clientes permite generar propuestas de valor adecuadas a sus expectativas, por lo que la investigación de sus patrones de consumo del servicio, gustos y preferencias, así como otros aspectos relacionados a sus estilos de vida e intereses, son elementos cada día más necesarios para el diseño de dichas ofertas de valor, de tal manera de lograr la satisfacción usuaria.

Marketing Interactivo: Las promesas que se formulan deben cumplirse, por lo tanto el marketing interactivo representa la actividad del marketing que, desde el punto de vista del cliente, es la más crítica. Quienes generalmente rompen o cumplen las promesas del servicio son los empleados de la organización o las terceras partes proveedoras, en sus interacciones con ellos, las que se verifican cada vez con mayor frecuencia en tiempo real.

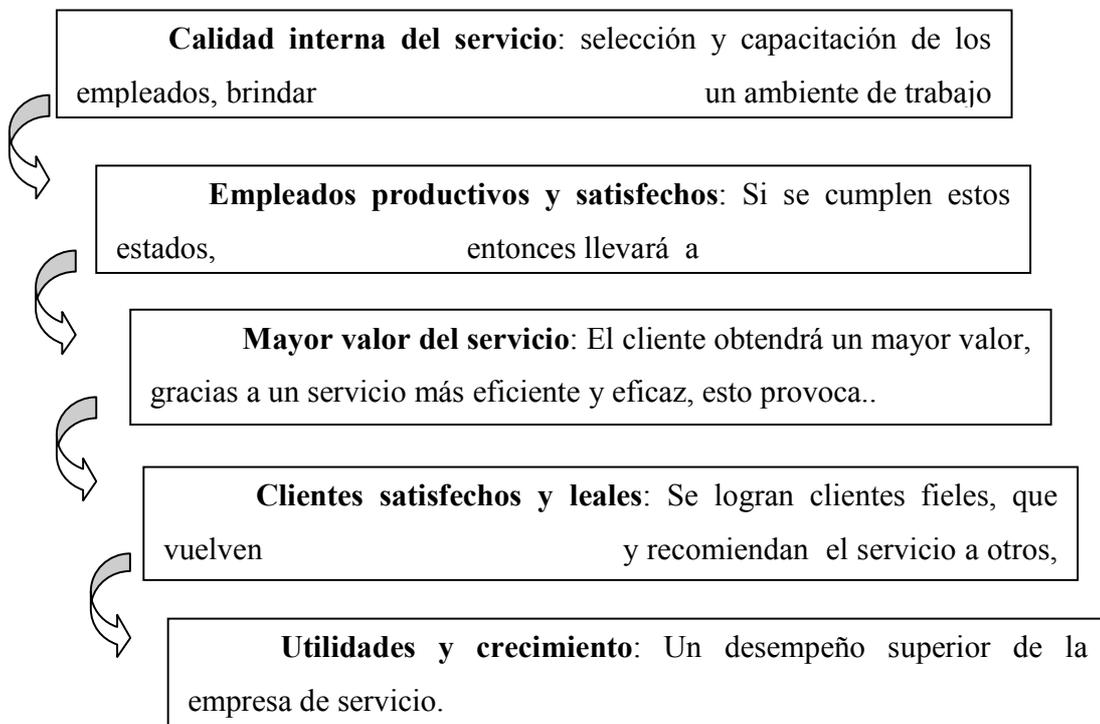
El marketing interactivo ocurre en el momento de la verdad, es decir, cuando el cliente entra en contacto con la institución y el servicio se produce y consume.

El Marketing interactivo indica la habilidad de los empleados en su trato con los clientes, tanto en la prestación del servicio, como en conocer el grado de satisfacción logrado o en algunas instancias, lograr nuevas oportunidades de interacción, que permitan corregir déficits o profundizar la relación de confianza que se establece entre ambas partes.

1.3.1 ESTRATEGIAS DE MARKETING PARA EMPRESAS DE SERVICIOS

Según Kotler y Armstrong, las buenas empresas de servicios usan el marketing, con el fin de crear valor para el usuario, gracias al encuentro que establece el empleado y el usuario. Las empresas de servicio exitosas, se preocupan tanto del usuario como de los empleados, por lo cual una buena forma de canalizar esta atención es a través de la cadena de utilidades del servicio, que vincula las utilidades de una empresa de servicio con la satisfacción de los empleados y los clientes. Esta cadena tiene cinco partes, que son:

ILUSTRACIÓN 4: ESTRATEGIA DE MARKETING PARA EMPRESAS DE SERVICIO



Fuente: Adaptación de Kotler, P. Keller. K. 2009. Dirección de marketing

1.4 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE CALIDAD

Definido el concepto de calidad de servicio, y la forma en cómo los usuarios lo evalúan en base a las percepciones y en el modo en que se entregó el servicio, el siguiente paso es la definición de un instrumento de medición para determinar la evaluación de la calidad de servicio por parte de los usuarios, que por su naturaleza intangible y la simultaneidad de la producción y consumo (Setó, 2007), dificulta el proceso de medición.

La gestión y medición de la calidad requiere establecer un sistema de indicadores e instrumentos adecuados. Según lo mencionado por Muñoz (1999), los indicadores pueden clasificarse en:

Indicadores Internos: Información interna de la empresa que es ordenada para la confección de indicadores de calidad, ejemplo de estos indicadores son: número de errores en la prestación de un servicio, tiempos de atención, o errores en diagnósticos de enfermedad en el caso de ser una institución de salud.

Indicadores externos: Son la medición de la opinión explícita de los usuarios externos respecto a la calidad del servicio que reciben. Para la elaboración de estos indicadores externos, es necesario recurrir a instrumentos que permitan recolectar la opinión del usuario. Existen diversos mecanismos para obtener la información, ejemplo de estos son:

- Investigación de requerimientos: Consiste en identificar los requerimientos que un cliente espera de un servicio. Una técnica utilizada es la de lluvia de ideas, a través de la cual un grupo de clientes exponen cuales son las características de un servicio ideal.
- Paneles de clientes: se establece un grupo de clientes, que de manera continua entregan información sobre los cambios en las percepciones de la calidad durante un lapso de tiempo.

- Comprador encubierto: Esta técnica se basa en evaluar el servicio mediante la contratación de personas que ponen a prueba la entrega del servicio al simular ser clientes, evaluando ciertos elementos que varían según el tipo de organización que sea evaluada.

- Encuestas de relación: Este tipo de encuestas se elabora en base a preguntas sobre los elementos que están presente entre el cliente y el servicio. En esta categoría se encuentran los cuestionarios asociados a la Escala Multidimensional SERVQUAL, la cual hace una evaluación de la calidad de servicio de una organización mediante la comparación entre expectativas y percepciones (Zeithaml y Bitner, 2002).

CAPITULO II

EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES DE LA

CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD

INTRODUCCION CAPITULO 4

A diario las personas que acuden a las instituciones de salud pública esperan algo. Esto vinculado a las dolencias que padecen, al trato que esperan recibir y a diversos tipos de factores que inciden directa o indirectamente en su forma de percibir lo que en definitiva recibirán de parte de la institución a la que recurren. Los funcionarios, a su vez, las atienden con la intención y esperanza de satisfacerlas, pero en muchos casos no aportan todo lo posible o no atienden todas sus necesidades, esperando que en la próxima oportunidad puedan subsanar los errores o deficiencias en el servicio prestado.

Tanto el gobierno como las instituciones de salud deben preocuparse que los recursos sean utilizados eficiente y eficazmente, ya sea en tecnología, infraestructura, excelencia del recurso humano, sistemas de información y la gestión. Esta combinación permite desarrollar servicios excelentes y mejorar la satisfacción usuaria.

El usuario tiene ciertas necesidades y deseos, de los cuales a veces incluso no está consciente. Estas necesidades y deseos deben ser recogidos por la organización para diseñar y prestar (entregar) servicios que logren su satisfacción. Según la RAE (2009), el concepto necesidad (es) se define como, “Carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida”.

Por otra parte se entiende que los deseos de la persona constituyen la fuerza motriz, guiados por cogniciones, detrás de la conducta y actitudes de compra (American Marketing Asociación, 2009).

Otro aspecto importante son las expectativas que tienen las personas o usuarios respecto a un servicio. Estas expectativas se definen según Correa et al. (2009), como lo que espera el usuario del servicio que entrega la organización. Esta expectativa se forma básicamente por sus experiencias anteriores, sus necesidades conscientes, la comunicación de boca a boca y la información externa. A partir de aquí puede surgir una retroalimentación hacia el sistema cuando el cliente/usuario emite un juicio. Para ver si se cumplen las expectativas, se debe saber cómo el usuario percibe dicho servicio. La percepción es un

elemento importante en el logro de la satisfacción del usuario. La percepción del usuario se refiere a como éste estima que la organización está cumpliendo con la entrega del servicio, de acuerdo a como él valora lo que recibe.

La AMA (2009), señala que “sobre la base de la actitudes, creencias, necesidades, factores de estímulo, y los factores determinantes de la situación, las personas perciben objetos, eventos o personas en el mundo sobre ellos”. “Es la percepción cognitiva la impresión de que está formado de realidad que a su vez influye en las acciones del individuo y el comportamiento hacia ese objeto”.

De acuerdo al diccionario Webster’s (2009), la definición de percepción es “una sensación física interpretada a la luz de la experiencia, una cognición rápida, aguda e intuitiva”. En el ámbito del servicio al usuario, la percepción es dominante. Como se sienten los usuarios acerca del servicio que se les proporciona es de gran importancia. A la vez es la base para establecer la credibilidad en toda la organización e institución.

4.2 EXPECTATIVAS VERSUS PERCEPCIONES

La mayoría de los autores están de acuerdo en que la calidad de servicio implica una comparación entre las expectativas del usuario y las percepciones que éste tiene sobre el servicio recibido.

Así, por ejemplo, Gronroos (1984) desarrolló un modelo en el que para evaluar la calidad de servicio los consumidores comparan el servicio esperado con el servicio recibido.

Por su parte, Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985,1988). también definen la calidad como la diferencia entre la expectativa de los clientes y sus percepciones. Según estos autores, las expectativas pueden ser definidas como “las predicciones hechas por los consumidores sobre lo probable que ocurra durante una transacción inminente”, es decir, todo usuario antes de recibir un determinado servicio, tiene creada una expectativa de cómo va a ser ese servicio. Pero ¿qué elementos influyen en la formación de esas expectativas del usuario/cliente?

Las expectativas del cliente cuando entra en contacto con una institución o empresa, pueden venir determinadas por varios elementos que resulta importante distinguir en dos situaciones diferentes:

- Cuando es la primera vez que el cliente o usuario se relaciona con el proveedor del servicio.
- Cuando el usuario o cliente ya se ha relacionado en alguna otra ocasión con el prestador del servicio.

En el primer caso las expectativas se pueden generar de dos formas:

- La comunicación de la propia empresa o institución por ejemplo la publicidad.
- Los mecanismos informales de comunicación, es decir los comentarios realizados por otros usuarios.

Mediante los dos mecanismos mencionados el cliente/usuario recopila la información que le genera una creencia respecto del servicio.

En el segundo caso, cuando el usuario ya haya utilizado el servicio, sus expectativas iniciales se verán modificadas por los resultados que obtuvo por las experiencias anteriores con el proveedor del servicio (Setó, 2004).

Esto último lleva a considerar el carácter dinámico de las expectativas. No se caracterizan por ser el algo subjetivo, sino que son un concepto que varía en el tiempo, en función de las experiencias anteriores del servicio que haya recibido (Boulding et al, 1993).

Zeithaml et al (1993), diferencian entre dos niveles de expectativas de servicio: expectativas de servicio deseado y adecuado.

Las expectativas de servicio deseado se refieren a lo que a juicio del cliente podría ocurrir o debería ocurrir. Las expectativas de servicio adecuado hacen referencia a lo que los usuarios creen que va a ocurrir

En consecuencia el servicio deseado sería el nivel del servicio que los clientes esperan recibir para cumplir sus deseos, pero los clientes deben reconocer que no siempre se cumplirán sus deseos. Por ello, existe otro nivel de servicio, denominado servicio adecuado y éste se refiere a un nivel mínimo aceptable por los clientes (Barroso, 2000 en Setó, 2004).

2.1.1 PERCEPCIONES

El concepto de percepción del servicio, está relacionado a la prestación del mismo, donde se considera no sólo el resultado final, sino todo el proceso previo y la realización del mismo, de manera que lo más importante es la percepción subjetiva que tenga el usuario respecto del servicio que recibe. Esto lleva que las empresas e instituciones deban considerar dentro de los servicios que ofrecen, características que sean percibidas como realmente importantes por los usuarios/clientes. De lo contrario lo único que conseguirán será elevar los costos del servicio, e insatisfacción por la atención de parte de los usuarios. Por ello, hay que ofrecer al usuario lo que quiere y lo que valora de un determinado servicio (Barroso y Martín, 1999).

La percepción del cliente/usuario es un factor muy importante porque es lo que está en su mente y es la base que guía sus decisiones para elegir un determinado servicio. Esto es lo que constituye el poder de la percepción del cliente. Por ello, las organizaciones deben crear o generar valor a los clientes/usuarios, ya que ellos son quienes perciben el servicio y determinan si el servicio es de calidad (Torre, 2008).

En el caso de las instituciones de salud, los usuarios tienen determinadas expectativas y percepciones del servicio que pueden recibir; por ende las instituciones de salud también deben crear valor para sus usuarios y brindar un excelente servicio con el fin de lograr su satisfacción. Debido a que los servicios son generados de persona a persona en tiempo real, el desempeño del servicio depende en gran medida de los recursos humanos. Son los funcionarios los que van a representar la institución de salud ante los ojos del usuario. Esto influencia en alto grado las percepciones de calidad de servicio y tiene impacto sobre las cinco

dimensiones de la misma: confiabilidad, responsabilidad, empatía, seguridad y bienes tangibles. Por ello, se debe tratar de igualar lo que el usuario requiere y percibe con las habilidades de prestación del servicio que posee el recurso humano (Zeithaml y Bitner, 2002 en Jara et al, 2008).

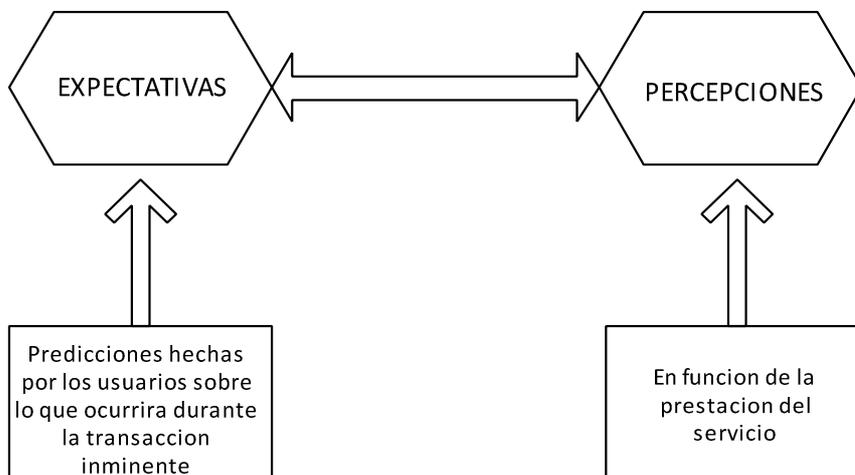
Zeithaml y Bitner (2002), plantean que hay que tener en cuenta que las percepciones siempre se encuentran en relación con las expectativas debido a que las expectativas son dinámicas. Por ende pueden modificarse con el paso del tiempo, de una persona a otra, ya sea por su escolaridad o simplemente por su cultura, es decir, lo que se considera servicio de calidad en la actualidad mañana puede ser diferente, es más todo el debate que gira en torno a la calidad y satisfacción se basa en las percepciones del usuario respecto al servicio y no sobre un criterio de lo que es o debiera ser el servicio. Por ende los usuarios perciben los servicios en términos de su calidad y del grado de satisfacción de sus experiencias en general.

Cronin y Taylor (1992) señalan que la utilización de expectativas no se debiera considerar para la medición de la calidad de servicio y utilizar solamente las percepciones. Su justificación se basa en que las expectativas no aportan información adicional a la ya contenidas en las percepciones, y que además las expectativas consideran alcanzar de por si un valor alto del servicio, por ende su utilización no es gran utilidad (Brown, Churchill y Peter 1993 en Setó 2004).

Desestimando lo señalado por Cronin y Taylor y considerando en cambio que para otros autores, entre ellos Zeithaml y Bitner (2002), ambas variables son de suma importancia al momento de medir la calidad, ya que existe una brecha entre las percepciones y las expectativas, que al ser positiva indicará que existe satisfacción por parte del usuario de un determinado servicio, en esta investigación se estima necesario medir las expectativas y percepciones, ya que permite obtener un mejor resultado respecto la calidad de servicio y a la vez un análisis más completo de la satisfacción usuario/ usuaria en el CAE del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.

Continuación se muestra la relación entre expectativas y percepciones

ILUSTRACIÓN 5: EXPECTATIVAS VERSUS PERCEPCIONES



Fuente: Barroso y Martín, 2000

2.1.2 LAS EXPECTATIVAS

Desde el comienzo de la psicología, el término expectativa ha sido utilizado en distintos contextos teóricos. De acuerdo a lo planteado por Navas (1990), El término expectativa se usó por primera vez en el análisis motivacional de la conducta por teóricos tales como Edward Tolman y Kurt Lewin.

Según Bandura (1977, 1986), las expectativas se crean y cambian a partir de cuatro antecedentes: experiencia directa, experiencia indirecta u observación, persuasión verbal y estado fisiológico, siendo el primero el mayor determinante.

Desde la perspectiva de la psicología cognitiva, Según Reeve (en Peralta 2006) expectativa es definida como la evaluación subjetiva de la probabilidad de alcanzar una meta concreta.

La escuela cognitiva presupone que todo comportamiento está dirigido al logro de una meta. Tener expectativas supone que el usuario categoriza o presume a partir de sus creencias, necesidades y las experiencias pasadas que sirven como guía para el comportamiento y obtener un rol en la formación de las expectativas. De acuerdo a lo anterior la satisfacción del usuario está definida por la emoción que viene movilizada por una comparación entre las expectativas del usuario y el servicio que recibe por la institución de salud.

Las Percepciones Del Punto De Vista De La Psicología

Una de las formas en que el individuo obtiene información del entorno es a través de la percepción, cuyo proceso cognitivo es aplicado por los usuarios al momento de necesitar un servicio, donde no sólo intervienen sus sentidos (olfato, tacto, vista, oído y gusto), sino también los antecedentes de la información recibida, mediante el cual la persona desarrolla

su propio juicio de las cosas que la rodean. La psicología cognitiva estudia los problemas relacionados con seis estructuras y procesos:

Atención: cómo la persona capta y selecciona la información.

Percepción: cómo los datos sensoriales se transforman en experiencias perceptivas.

Memoria: cómo se almacena y se recupera la información.

Pensamiento: cómo se razona para procesar la información.

Lenguaje: referido a cómo la persona comprende la información a partir de la organización lingüística de la misma.

Aprendizaje: en referencia a cómo la persona adquiere conceptos, experiencias, competencias y habilidades cognitivas.

Desde el punto de vista de esta escuela psicológica, la percepción se categoriza como cognitiva, lo que permite darse cuenta de la influencia que tiene el procesamiento de información en la modificación de la percepción directa o natural, para construir una percepción mediada por el significado de los signos culturales, es decir, hay un proceso de interpretación de lo que se percibe por los propios sentidos.

Según Neisser (1975) citado en Morales Zepeda, (2009), la percepción tiene un ciclo en el que distinguen dos fases; la pre-atenta y la atenta. En la primera, los procesos se desarrollan previamente a una elaboración consciente de la información percibida, mientras que en la segunda, el individuo elabora la percepción a partir de la selección de los estímulos que desea percibir.

Por otra parte, se puede decir que la percepción se origina debido a una relación biológica y social, de lo que se puede deducir que “La percepción es biocultural, porque por un lado depende de los estímulos físicos, motivaciones y sensaciones involucradas y por otro lado, de la selección y organización de dichas motivaciones, estimulaciones y sensaciones. Las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren significado por las pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia (Vargas, 1994 en Morales Zepeda, 2009).

Al mencionar el tema de las expectativas y percepciones del punto de vista de la psicología, se pretende dejar en claro que estas dos variables son de gran importancia en la medición de la satisfacción y se consideran en diversos aspectos asociados al ser humano, como son, el comportamiento, la personalidad, la motivación, los estado de ánimos, en cómo percibe y almacena la información, sus gustos, los objetivos por alcanzar, las metas, etc. Todos estos aspectos son diferentes en cada persona, las cuales entonces al momento de recibir un servicio, lo valoran o aprecian de manera distinta.

Estos aportes de la psicología están presentes en todo momento en la investigación de expectativas y percepciones, incluso en los cuestionarios y la metodología de medición empleada. Comportamiento, actitudes y empatía de las personas al momento de aplicar los instrumentos de medición, reflejarán también en parte su satisfacción o insatisfacción con la calidad de servicio y con su predisposición a lograr que la institución de salud pueda mejorar en éste aspecto.

NECESIDADES, EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES DEL USUARIO EN EL SERVICIO DE SALUD

Lamata et al, (1994), señala que el servicio es una actividad o proceso que es producido por el hombre (producto), que soporta un valor de utilidad, resuelve un problema o satisface una necesidad. “Productos sanitarios son las actividades o procesos que pretenden satisfacer las necesidades de cuidado y atención de un tipo especial de clientes, los pacientes. Son actividades por las que dichos pacientes están dispuestos a pagar un precio y a la vez procedimientos complejos, en ocasiones sofisticados, que requieren un conocimiento especializado (tecnología) y que pretenden resolver problemas concretos”.

Respecto a la satisfacción de los usuarios y al servicio prestado por un hospital, Riveros y Berné (2005), señalan que el principal factor que incide en la satisfacción del usuario o paciente son los tiempos de espera y a la vez las instalaciones del centro de atención o salas de hospitalización y por último, el mantenimiento y limpieza del hospital. Estos son aspectos, por tanto, que un establecimiento de salud debe analizar, potenciar y fortalecer para aumentar la satisfacción de sus usuarios.

Por otro lado, como lo señalan Correa et al (2009), las expectativas del servicio se forman por muchos factores que no son controlables, desde las experiencias que el usuario vive con otras organizaciones hasta el efecto de la publicidad sobre el estado psicológico de los usuarios en el momento de la prestación del servicio, vale decir, estará condicionado por sus valores, experiencia o educación.

Cada usuario o paciente tiene sus propias expectativas respecto al servicio de una institución de salud o del servicio que espera recibir, como por ejemplo conocer qué le pasa, diagnosticarse, aliviar su dolor, recuperarse, etc. Por ende la institución de salud ofrecerá un cuerpo médico de profesionales con habilidades y procedimientos diseñados para resolver sus problemas y alcanzar sus expectativas.

Parasuraman et al (1998), señalan que comprender las expectativas del cliente/usuario es un prerequisite para entregar un servicio de calidad superior; estos comparan sus percepciones con las expectativas que tienen cuando juzgan el servicio de una organización. A la vez, es posible sistematizar cuatro grandes factores que afectan las expectativas:

- **Comunicación boca a oído:** los clientes/usuarios se dejan llevar por comentarios de terceros y en base a eso conforman expectativas del servicio. Estos comentarios pueden ser positivos o negativos, lo que incide en la conformación de ellas.
- **Publicidad:** los mensajes publicitarios y las campañas de comunicación comercial moldean expectativas respecto al servicio entregado.
- **Necesidades Personales:** las necesidades de cada persona también moldean sus expectativas; alguien que requiere en forma muy urgente un servicio estará dispuesto a ceder en propiedades secundarias del servicio a cambio que se le preste el servicio básico con prontitud. En general, cada persona le pone mayor o menor atención a uno u otro atributo del servicio.
- **Experiencias anteriores:** las expectativas de un cliente/usuario nuevo son inferiores a las de un cliente experimentado en el servicio, este último conoce lo que el servicio puede y debe entregarle.

Factores Que Inciden En La Entrega Del Servicio De Salud

Según Corella (1998), uno de los factores dentro de la percepciones del usuario es la accesibilidad, la que permite una fácil aproximación, trato y adquisición de un servicio para poder utilizarlo y hacer juicio de él. En otras palabras un servicio de salud es accesible cuando es fácil de llegar a él, siempre y cuando el usuario no se sienta frenado por incomodidades que le puedan causar molestias. Sin embargo la accesibilidad depende de ciertos factores que inciden en el servicio de salud como son: la localización, el tiempo en que se demoran en ejecutar las tareas o procesos, la dotación y profesionalismo del personal y el equipamiento y tecnología empleada para la entrega del servicio. Hay que tener claro que estos son algunos factores que inciden en la percepción de la accesibilidad y que pueden existir diversas variables que afecten al acceso del servicio de salud.

Otro factor importante es la interacción entre el funcionario y usuario/paciente. La comunicación es el factor principal para llevar a cabo la interacción. Por ello hay que considerar la idiosincrasia del usuario, ya que muchas veces su preparación, comprensión y voluntad de hacer ciertas cosas entorpecen la comunicación, lo que puede generar una mejor o peor entrega y percepción del servicio.

Otro elemento a considerar son los recursos físicos y tecnológicos con lo que se desarrolla o lleva a cabo el proceso productivo del servicio y por último la relación que existe de forma simultánea con otros pacientes respecto al servicio.

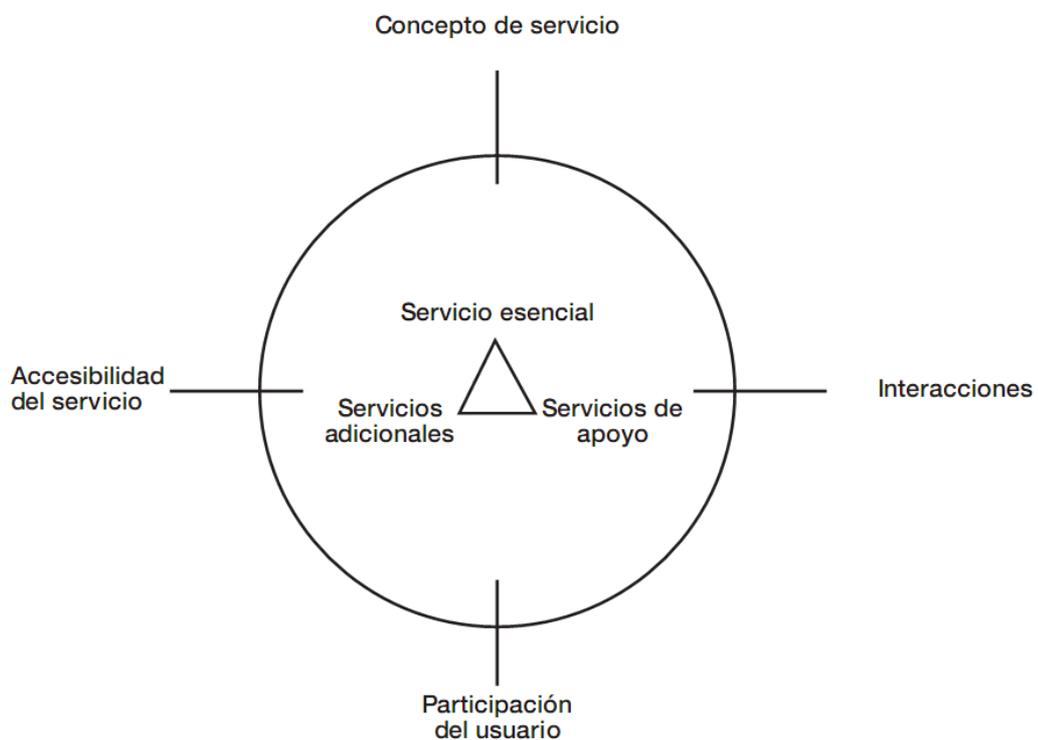
Las instituciones de salud deben considerar, todos estos factores debido a que influyen positiva o negativamente en las percepciones del usuario respecto del servicio recibido.

Existen dos elementos adicionales que se debe tener presente que los usuarios/pacientes consideran en la percepción del servicio entregado. Estos son imagen y comunicación. Es indiscutible que ambos influyen de manera importante en la calidad percibida de los servicios, por lo cual resulta imprescindible tener políticas y planes concretos

para gestionar estos aspectos de la relación. Conocer la imagen que tienen los usuarios del servicio recibido permitirá incorporar esta información en el diseño o rediseño de los procesos y factores que influyen en sus percepciones. Según Corella, (1998) se debe formular el concepto de calidad del servicio de salud desde la óptica del usuario, donde se le otorga importancia a la percepción del paciente para la evaluación de la calidad del servicio. De igual forma, Castillo et al (2007), señalan que “un mayor nivel de satisfacción del cliente reforzará sus percepciones de calidad”.

A continuación se muestra una figura con los elementos que forman una percepción eficaz. En ésta se relacionan los tres componentes del servicio (servicio esencial, servicios adicionales y servicios de apoyo), con el concepto de servicio, la participación del usuario, la accesibilidad y las interacciones. Según Corella (1989), el conjunto de estos elementos es el que en definitiva hace que el usuario percibe un servicio como eficaz.

ILUSTRACIÓN 5: PERCEPCIÓN DE UN SERVICIO EFICAZ



Fuente: Corella, J.M. Marketing en Salud, 1998

EL SERVICIO DEL PUNTO DE VISTA DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD

Según (Corella 1998), Para conseguir que una institución de salud se oriente hacia los usuarios, lo primero que debe hacer la dirección de la institución de salud, es incentivar a sus empleados o funcionarios sobre la importancia de los usuarios al momento de entregar el servicio. Un servicio eficaz necesita ser comprendido por la gente, ya que para lograr una correcta orientación hacia los usuarios debe existir una excelente relación e intercambio entre la institución de salud y los empleados, entre los empleados entre sí y entre empleados y usuarios. Por ello es que se puede señalar que en las instituciones de salud existe un mercado interno, que está constituido por los empleados o funcionarios y que la institución debe prestar mucha atención de ellos, de lo contrario se expone al fracaso, al momento de entregar el servicio al mercado externo.

Si todos los elementos de una institución de salud no trabajan o actúan enfocados al usuario, será imposible alcanzar un alto nivel de calidad en servicio. Por ello la institución de salud debe trabajar con sus procesos no en forma individual, sino como un proceso global de gestión. Dicho proceso de gestión sirve para integrar las múltiples funciones de la institución considerando dos aspectos:

- Que las instituciones de salud (empleados y directivos) deben comprender y ejecutar el servicio en función de los usuarios.
- Que los empleados o funcionarios estén motivados y preparados en habilidades y conocimientos para entregar un servicio de excelencia y así dar una satisfacción al usuario.

Dicho lo anterior, un elemento importante que incide radicalmente en el mercado interno de una institución de salud es el marketing interno, el cual sirve como herramienta de apoyo para llevar a cabo una gestión global y excelente calidad de servicio. El marketing interno aplicado en las instituciones de salud puede conseguir tres cosas:

- Crear una cultura de servicio en la institución de salud
- Mantener una orientación hacia los servicios entre los empleados
- Dar a conocer a los empleados los nuevos productos y servicios.

2.2 CALIDAD DE SERVICIO

Calidad de servicio es un concepto que ha sido interpretado de diversos modos a lo largo del tiempo. Gronross (1994) plasma esta problemática al momento de definir calidad de servicio, “Desafortunadamente, la definición y medida de la calidad han resultado ser particularmente complejas en el ámbito de los servicios, puesto que, el hecho de que la calidad sea un concepto aún sin definir hay que añadirle la dificultad derivada de la naturaleza intangible de los servicios”. Zeithaml (1998) define la calidad como la superioridad o excelencia; por extensión, la calidad percibida se puede entender como el juicio de un consumidor acerca de la excelencia total o superioridad de un producto o servicio.

Garvín, (1988), citado en Lovelock y Wirtz (2009), indica que “la calidad reside en los ojos del observador, equiparando la calidad con la satisfacción máxima”. El mismo autor identifica cinco perspectivas alternativas de calidad y sugiere que estas perspectivas sirven para explicar los conflictos que de vez en cuando surgen entre los gerentes o directivos y las distintas áreas o departamentos funcionales.

- **La perspectiva trascendental:** es sinónimo de excelencia innata. En este punto de vista es aplicable a las artes visuales en donde los usuarios o pacientes aprenden a reconocer la calidad a través de la experiencia que han obtenido por los servicios recibidos anteriormente.
- **El método basado en el producto:** considera la calidad como una variable precisa y cuantificable. Plantea que las diferencias se reflejan en el contenido o atributos adicionales que posea el servicio. Esto se debe a la objetividad de la perspectiva, No considera las discrepancias en los gustos, necesidades y preferencias de los usuarios o clientes.
- **Las definiciones basadas en el usuario:** parte de la base que la calidad está en los ojos del que observa la entrega del servicio. Esta perspectiva es subjetiva y está enfocada hacia la demanda y reconoce que los distintos usuarios o clientes tienen gustos y necesidades diferentes.

- **El método basado en la manufactura:** se basa en la oferta y está relacionada directamente con la parte operacional del servicio. Este método se enfoca en el cumplimiento de objetivos o meta de productividad planteadas internamente.
- **Definiciones basadas en el valor:** considera la calidad del punto de vista del valor y precio, donde ese define como excelencia costeable al tomar en cuenta el intercambio entre el desempeño y el precio.

En la actualidad el concepto de calidad de servicio está enfocado al cliente (calidad subjetiva), y no a parámetros ni estándares establecidos (calidad objetiva), diferenciándose del concepto de calidad de bienes tangibles o de las empresas manufactureras. Según Gil (2005), “El único juicio que realmente importa es aquel que realiza el cliente”. Esta nueva perspectiva conlleva que la calidad de un servicio debe estar basada fundamentalmente en lo que espera el cliente de los servicios que recibe.

Por otro lado hay que considerar que la calidad es un elemento muy importante dentro de una institución de salud o cualquier organización, ya que, si existe una mala calidad del servicio pone en desventaja competitiva, y probablemente los usuarios o clientes insatisfechos se alejen y vayan a buscar el servicio a otras instituciones u organizaciones.

Claes Fornell, citado en Lovelock y Wirtz (2009), en una investigación realizada al sector público y privado respecto a la calidad del servicio concluyó que, por lo general los usuarios o clientes tienen bajas expectativas por el servicio del sector público. Respecto al sector privado, es difícil determinar el por qué de la diferencia, pero tal vez se deba a la coordinación, gestión o simplemente al sistema de gobierno. Aún así, los sectores públicos y privados deben mejorar su calidad en muchos ámbitos para lograr entregar un servicio de excelencia.

2.2.1 QUE ES LA CALIDAD DE SERVICIO

Es un componente primordial de las percepciones del cliente, en el caso de los servicios puros, la calidad es el elemento que predomina en las evaluaciones de los clientes. Cuando se ofrece el servicio directo al cliente o éste se complementa con un producto físico, la calidad también juega un rol fundamental para la determinación de la satisfacción del cliente. (Zeithaml y Bitner, 2002).

Se puede decir que la calidad es un elemento muy importante que deben considerar las organizaciones y principalmente las instituciones de salud. Se podría decir que la calidad es relativa y que depende de las exigencias de los clientes o usuarios. Llegar a estos cumpliendo todas sus expectativas y que además cumplan con las condiciones determinadas por las normativas legales; pero aparte de las normativas se deben poner en práctica una serie de herramientas de gestión para alcanzar la calidad exigida.

2.2.1.1 Relación Calidad De Servicio Y Satisfacción

Dado que ambos conceptos están interrelacionados, incluso algunos autores consideran ambos constructos como sinónimos. Liljander (1994), sugiere que los modelos de satisfacción pueden ser denominados de calidad de servicio percibida ya que lo que se estudia es un servicio y no un bien de consumo. Dabholkar (1995) destaca que los profesionales centrados en la intervención no tienen que diferenciar entre ambos conceptos.

Desde la perspectiva de la entrega de servicio los conceptos de calidad y satisfacción es uno de los principales componentes de estudio en el comportamiento de los usuarios de las instituciones de salud, ya que el rendimiento de las organizaciones de servicios es valorado por las propias personas que reciben el servicio. Por ello es de gran importancia

analizar la calidad de servicio y satisfacción y ver qué relación existe del punto de vista de los usuarios o clientes.

Si bien la calidad y satisfacción son elementos importantes dentro de cualquier institución de salud, se debería considerar que un elemento incide en el otro. Así la calidad se centra en las dimensiones y medidas, mientras que el estudio de la satisfacción lo hace en los procesos evaluativos en que lleva al usuario a determinadas conductas de un servicio. En este último caso se puede decir que la calidad del servicio interviene en los procesos evaluativos (Morales y Hernández, 2007).

De lo anterior no queda claro si la calidad es un antecedente o consecuencia de la satisfacción. Según Morales y Hernández (2007) existen fundamentalmente tres tendencias:

Se plantea que la satisfacción provoca una percepción de calidad, de modo que la satisfacción influye en la evaluación a largo plazo de calidad que perciben los usuarios.

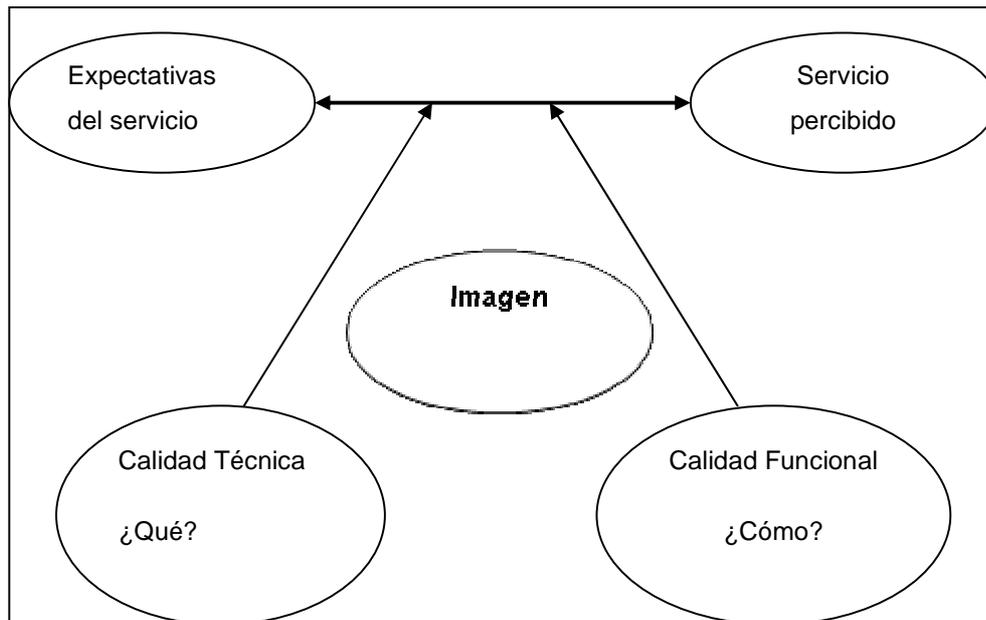
Otra determinante en donde se considera que la calidad influye sobre la satisfacción que se experimenta, de manera que la satisfacción es una disposición que viene determinada, entre otros factores, por la calidad percibida.

Se piensa que calidad de servicio percibida es tanto un antecedente como consecuencia de la satisfacción.

De acuerdo a lo comentado anteriormente los conceptos de calidad de servicio y satisfacción no son equivalentes, aunque estén altamente correlacionados, mientras que los juicios sobre la calidad conllevan una mayor estabilidad en el tiempo y se refieren a dimensiones muy específicas que tienen que ver con el servicio. Las expresiones de la satisfacción pueden cambiar cada vez que elija un producto o servicio y, si bien pueden estar determinadas por dimensiones de la calidad, también pueden venir de fuentes que no están relacionadas con ellas. Por esta razón, las organizaciones e instituciones de salud no sólo deben contar con una buena imagen en cuanto a la calidad de sus productos o servicios, sino además deben controlar la realización de cada transacción que haga el usuario, ya que estas experiencias pueden afectar su lealtad.

A continuación se muestra el denominado Modelo Nórdico de Grönroos donde la calidad del servicio está en función de tres componentes: la calidad técnica, la calidad funcional y la imagen corporativa. La primera se refiere al “qué”, la segunda es el “cómo” y la tercera es el resultado de cómo el consumidor o usuario percibe la institución de salud a través del servicio que entrega.

ILUSTRACIÓN 6: MODELO NÓRDICO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO



Fuente: Grönroos 1994

2.2.1.2 La Calidad Del Servicio En La Institución De Salud

La calidad de la atención en salud se basa en un conjunto de factores que presentan algunas dificultades de medir. Malagón-Londoño et al (1999), citado Correa et al (2009), señalan que los principales determinantes de la calidad en salud son: talento humano, recursos físicos y financieros, políticas y programas, tecnología, procesos médicos y administrativos, desempeño y eficacia en el servicio e interacción con el sistema general de seguridad social en salud.

El paciente o usuario que acude a un hospital o centro de atención de especialidades, no desea ser considerado como un caso clínico, ni como objeto de investigación, sino como persona que tiene derecho a recibir un servicio de calidad como se merece un ser humano. Si se habla de atención se puede diferenciar en dos tipos; técnica e interpersonal.

La atención técnica: es la aplicación científica y tecnológica de la medicina y de otras ciencias de la salud en el manejo de los problemas de salud.

La atención interpersonal: es la interacción entre el funcionario y el usuario ambos interrelacionados entre sí, el primero quien emite el servicio y el otro quien lo recibe.

Existe otro aspecto importante en la atención que son las amenidades; describen las partes físicas de la instalación, si son agradables y cómodas. Las amenidades son parte más íntimas del lugar donde se presta el servicio médico, se considera la comodidad, privacidad, cortesía y aceptabilidad. Estas amenidades constituyen parte del manejo en la relación interpersonal, que significa un interés por satisfacer al usuario.

La calidad en salud se puede dividir en dos aspectos:

Calidad de la atención técnica: consiste en que ésta rinda el máximo de beneficios para la salud, sin aumentar con ellos sus riesgos

Calidad en el proceso interpersonal: se mide por el grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones. Esta relación interpersonal contribuye al éxito o fracaso de la atención técnica.

2.3 ESCALA MULTIDIMENSIONAL SERVQUAL

Zeithaml, Berry y Parasuraman, en el ámbito de sus investigaciones sobre calidad de servicio, proponen un modelo de medición de la calidad de servicio basado en la discrepancias o brechas que existe entre las expectativas que tiene el usuario y la percepción que éste tiene del servicio recibido, idea que ha sido apoyada por otros autores como son Gronross (1988) y Schwantz (1996).

De lo anterior, y como una forma de medición de las brechas existentes en el servicio, Zeithaml, Berry y Parasuraman, desarrollan en 1988 la Escala Multidimensional SERVQUAL, con el apoyo del Marketing Science Institute. El instrumento resultante fue validado en América Latina por Michelsen Consulting con el apoyo del nuevo Instituto Latinoamericano de Calidad en los Servicios (Castillo, 2005).

El SERVQUAL es una escala multidimensional para medir las percepciones y las evaluaciones del cliente. Se creó con el fin de capturar las evaluaciones de los clientes sobre la calidad en el servicio. En una primera instancia, este cuestionario constaba en 97 ítems, los cuales, al realizarse nuevas investigaciones disminuyeron en cantidad hasta llegar a las actuales 21 (Seto, 2007). En las dimensiones de calidad, también se produce una reducción de estas gracias a las nuevas investigaciones, según Lovelock y Wirtz en el principio estaba conformado por 10 dimensiones, pero con revisiones posteriores se reducen hasta 5 dimensiones, debido a la alta correlacionalidad que existía entre algunas dimensiones.

La escala multidimensional SERVQUAL está compuesta por 3 secciones (cuestionarios).

- **Sección 1: Evaluación de expectativas de calidad de servicios**

Mide las expectativas que tiene el usuario (interno o externo) respecto a cómo “debiese” ser el servicio en una organización excelente. La forma de redacción de los enunciados permite que sean aplicados en todo tipo de empresas de servicio.

- **Sección 2: Evaluación de la percepción de calidad de servicios**

Correspondiente a la medición de las percepciones, está estructurado, al igual que el cuestionario anterior, con 21 ítems, agrupados en 5 dimensiones. En este cuestionario, los ítems se formulan en relación a la organización en estudio, es decir, que en cada ítem se utiliza el nombre de la organización.

- **Sección 3: Evaluación de la preponderancia de las dimensiones de calidad**

Esta fase del estudio consiste en un cuestionario de cinco ítems en el cual los clientes expresan la importancia relativa que tiene para ellos cada una de las cinco dimensiones de servicio. Para esto, se distribuye un total de 100 puntos, entre las 5 dimensiones.

Los resultados obtenidos de la aplicación de la Escala Multidimensional SERVQUAL, se asocia al “Modelo de las Brechas sobre la Calidad en el Servicio”, que permite identificar las “brechas” que producen insatisfacción. A partir de este modelo se diseñan las tareas de la organización para disminuir las brechas que existan entre las expectativas y las percepciones del cliente.

2.3.1 CALCULO DE PUNTUACIÓN SERVQUAL.

Las declaraciones que conforman la Escala Multidimensional SERVQUAL están agrupadas en función de los cinco criterios o dimensiones de calidad de la siguiente manera:

TABLA 1: DIMENSIONES DE ESCALA MULTIDIMENSIONAL SERVQUAL

Criterio o Dimensión	Ítems o declaración según dimensión	Total de ítems
Confiabilidad	Declaraciones 1 a 5	5
Responsabilidad	Declaraciones 6 a 8	3
Seguridad	Declaraciones 9 a 12	4
Empatía	Declaraciones 13 a 16	4
Bienes Tangibles	Declaraciones 17 a 21	5

Fuente: Adaptado de Zeithaml y Bitner 2002

Los conceptos comprendidos en cada dimensión son los siguientes:

Confiabilidad: La habilidad de desarrollar el servicio prometido precisamente como se pactó, con exactitud y de forma cuidadosa.

Responsabilidad: La disposición y la buena voluntad de los empleados para ayudar a sus clientes y brindar un servicio rápido.

Seguridad: El conocimiento de los empleados sobre lo que hacen, su cortesía y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza al cliente.

Empatía: Es la capacidad de brindar cuidado y atención personalizada a sus clientes

Elementos tangibles: relacionada con la apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y material de comunicación.

Para efectuar la evaluación de la calidad con SERVQUAL, es necesario calcular en cada ítem la diferencia que existe entre la puntuación asignada por los usuarios en los cuestionarios de expectativas y de percepciones.

Para lograr la puntuación (Castillo E. 2005) es necesario tabular la información. Posteriormente se calcula las medias para cada afirmación y dimensión. Se calcula también la desviación típica de los ítems y de las dimensiones con el objeto asegurarse de que los valores de las medias sean representativos de las respuestas del conjunto de cuestionarios procesados.

Calculada la media y la desviación típica, se procede al cálculo de la brecha absoluta, la que se obtiene al restar el valor medio correspondiente a las percepciones al valor medio de las expectativas ($\bar{X}P - \bar{X}E$).

$$PUNTUACIÓN\ SERVQUAL = PUNT.\ DE\ PERCEPCIONES - PUNT.\ DE\ EXPECTATIVAS$$

Según los resultados, se produce lo siguiente:

PERCEPCION \geq EXPECTATIVAS = BUENA CALIDAD

PERCEPCION $<$ EXPECTATIVAS = MALA CALIDAD

La brecha relativa refleja la importancia relativa que se concede a cada dimensión. Para su cálculo, de los distintos criterios se debe obtener la puntuación promedio de cada uno de las 5 dimensiones (tal como se obtiene la brecha absoluta), luego se debe multiplicar la puntuación de cada criterio por el factor correspondiente a la dimensión, que se obtiene del cuestionario de ponderación.

El beneficio de obtener la brecha relativa es la posibilidad de lograr indicadores que permiten asignar recursos y formular estrategias, priorizando los esfuerzos de la organización en aquellas dimensiones que los usuarios consideren más relevantes. Esto con el objetivo de mejorar la percepción de calidad y por ende la satisfacción de los usuarios.

2.3.2 INSTRUMENTOS ALTERNATIVOS AL SERVQUAL

Existen instrumentos de medición de calidad de servicio, que discrepan de lo planteado por Zeithaml et al. Tal es el caso del SERVPERF, diseñado por Cronin y Taylor (1992), que indica que la medición de la calidad debe hacerse sólo en base a las percepciones del servicio, y que por lo tanto opera sólo con dos cuestionarios. Estos corresponden al cuestionario de percepciones y al de preponderancia de las dimensiones del SERVQUAL.

2.3.3 CRITICAS AL INSTRUMENTO SERVQUAL

Siendo el SERVQUAL un punto de referencia en el ámbito de la medición de calidad de servicio, no está exento de críticas, tanto desde un punto de vista teórico como operacional, como lo mencionado por Correa et al (2009), al hacer referencia a los trabajos de Cronin y Taylor, que expresan que las percepciones son un indicador adecuado para realizar la medición de la calidad de servicio, proponiendo para esto el modelo SERVPERF (Cronin y Taylor, 1992) que utiliza los 21 enunciados propuestos por Zeithaml, Parasuraman y Berry, pero sólo en relación a las percepciones.

El modelo SERVQUAL ha sido validado no sólo por sus autores, también otras investigaciones como la desarrollada por Franco (2004), o la de Jain y Gupta (2008), quienes establecen que la escala SERVQUAL es superior en la capacidad de diagnóstico.

Respecto a las críticas, los creadores del SERVQUAL argumentan que la medición de las expectativas de los clientes respecto al servicio, ofrece más información que tan sólo analizar la calificación que hacen del servicio los usuarios mediante las percepciones (Hoffman y Bateson, 2003)

2.4 DIMENSIONES DE CALIDAD

Al medir la calidad, surge la interrogante de cuáles son los criterios que utiliza el usuario para evaluar un servicio. La percepción de calidad que tienen los usuarios de los servicios que reciben, no se basan sólo en un factor o criterio, sino que, en la valoración que hacen de éste, que es el resultado de múltiples factores o dimensiones de calidad.

Autores como Garvin (1985) y Gronroos (2000) abordan el tema de las dimensiones que el cliente tiene en cuenta al evaluar la calidad de un servicio, pero no existe un consenso sobre cuáles son esas dimensiones.

Como se señaló anteriormente la Escala Multidimensional SERVQUAL desarrollada en 1988 por Zeithaml, Berry y Parasuraman, considera las dimensiones Confiabilidad, Responsabilidad, Seguridad, Empatía y Bienes tangibles.

Según lo comentado por los autores la dimensión confiabilidad es considerada como la determinante de mayor importancia. La confiabilidad consiste en cumplir las promesas del servicio de manera precisa, en otras palabras, cumplir lo que la empresa promete, tanto en lo que se refiere a entrega, prestación del servicio o solución de los problemas.

La dimensión Responsabilidad está referida a la voluntad que tiene la organización para colaborar con los clientes y prestar el servicio con prontitud, satisfaciendo las necesidades del cliente, mediante la adaptación y flexibilidad en la entrega del servicio.

La dimensión Seguridad se centra en que al cliente se le debe transmitir buena voluntad y confianza de parte del personal que tiene contacto con él. La organización debe establecer una relación estrecha entre el personal y el usuario, debido a que en servicios como el de salud, el usuario está consciente que existen riesgos.

La dimensión empatía se basa en considerar al usuario como persona, entregándole un servicio personalizado para lograr que sienta que es único e importante para la organización.

La dimensión Bienes tangibles considera aspectos relacionados a la infraestructura física de la organización, como por ejemplo, el equipamiento, la vestimenta del personal, los materiales utilizados en la entrega del servicio, los sistemas de información y comunicación, entre otros. Todos los elementos tangibles, influyen en la primera imagen que tiene el usuario respecto al servicio, lo cual incide en la evaluación de la calidad que estos hagan.

Según Zeithaml y Bitner (2002), estas dimensiones representan la manera en los usuarios organizan la información sobre la calidad del servicio. Cabe mencionar que dependiendo del tipo de servicio, estas dimensiones pueden variar en relevancia.

2.5 MODELO DE LAS BRECHAS DE LA CALIDAD DE SERVICIO.

El Modelo de las Brechas sobre la Calidad en el Servicio se asocia con la Escala Multidimensional SERVQUAL, que en definitiva es el instrumento de medición de estas brechas.

El objetivo de la gestión de la calidad mediante este modelo es el de cerrar la denominada “Brecha del Cliente”, que es la diferencia existente entre las expectativas que tiene el usuario. Las organizaciones que tienen como meta el satisfacer a sus clientes, deben cerrar la brecha del cliente, lo cual se consigue cerrando las otras brechas.

En un principio las otras brechas eran cuatro, pero Lovelock y Wirtz (2009), modifican el modelo original, pasando éstas a ser seis. Las brechas que deben cerrarse para conseguir cerrar la brecha del cliente son las siguientes:

- Brecha del conocimiento: es la diferencia entre lo que los proveedores del servicio creen que los clientes esperan versus las necesidades y expectativas reales que tienen los consumidores o usuarios.
- Brecha de los estándares: Es la diferencia entre lo que piensa la institución que son las expectativas de los usuarios externos y los estándares de calidad que se establecen.

- Brecha de entrega: Discrepancia entre los estándares del servicio enfocados al cliente y el desempeño real del servicio por parte de los empleados de la empresa o institución.
- Brecha de las comunicaciones internas: Es la discrepancia entre lo prometido por el proveedor del servicio a través de la publicidad y lo que es realmente capaz de entregar.

Brecha de las percepciones: Es la diferencia entre lo que en realidad se entrega y lo que los clientes perciben haber recibido.

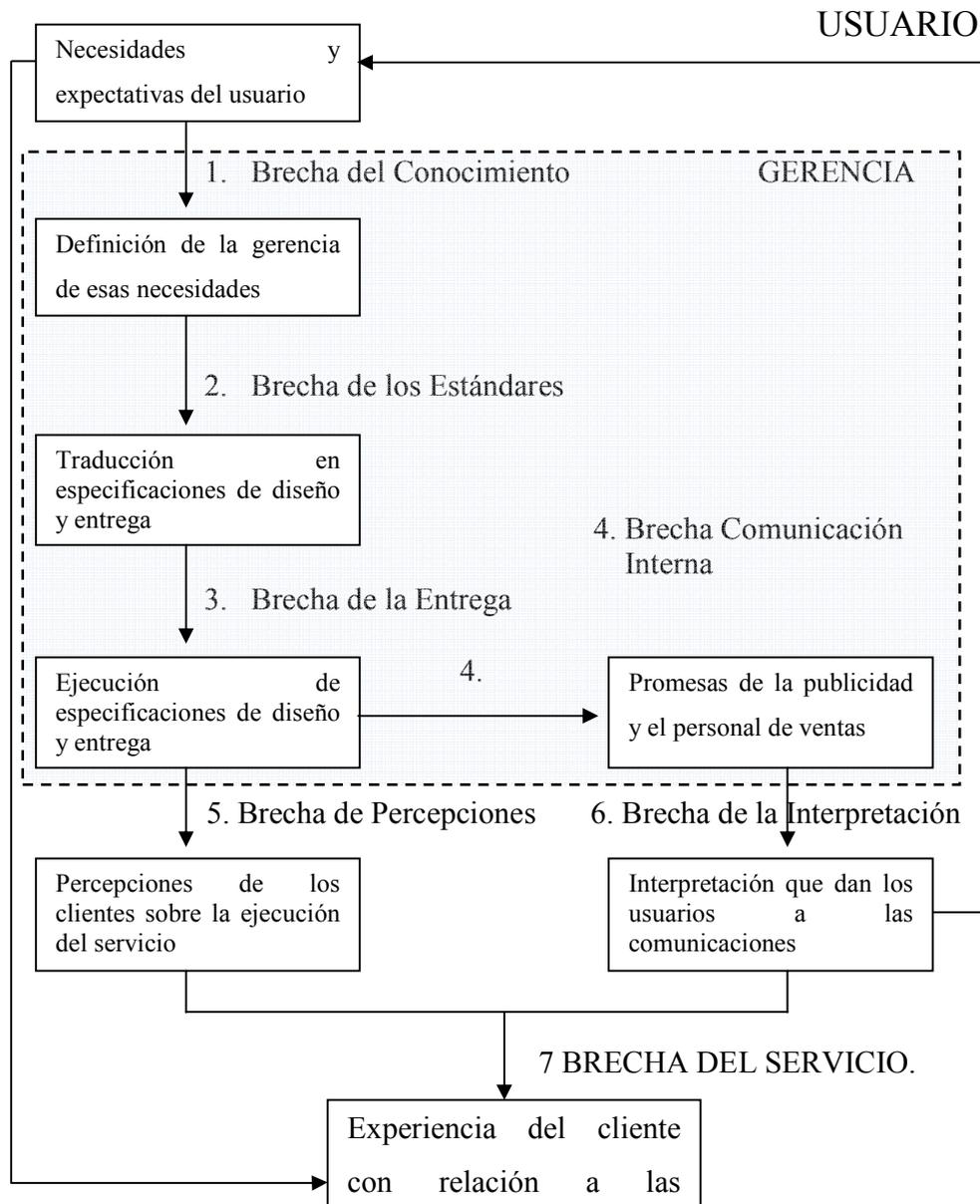
- Brecha de la interpretación: Es la discrepancia entre lo que promete el proveedor del servicio a través de la comunicación externa (antes de la entrega del servicio) y lo que el cliente cree que esa comunicación prometió entregar.

La séptima y última brecha es la del cliente, lo cual ya fue mencionado, se origina de las discrepancias, desde el punto de vista del cliente, entre el servicio que esperaba recibir y lo que realmente recibió.

Lo central del modelo es la brecha del cliente, es decir, la diferencia que existe entre las expectativas y las percepciones del cliente, donde las expectativas son los puntos de referencia que los clientes han obtenido poco a poco a través de sus experiencias con los servicios. Las percepciones reflejan la forma en que efectivamente se recibe el servicio. La idea consiste en que las empresas e instituciones, con el objeto de satisfacer a sus clientes y construir relaciones a largo plazo con ellos, desean cerrar la brecha entre lo que se espera y lo que se recibe. Sin embargo, el modelo propone que para cerrar la brecha del cliente, es necesario cerrar las otras seis brechas.

La ilustración 8 presenta al Modelo de las Siete Brechas de Calidad de Servicio de Lovelock y Wirtz.

ILUSTRACIÓN 7: BRECHAS DEL SERVICIO



Fuente: Lovelock y Wirtz, Marketing de Servicios (2009)

2.5.1 CERRAR BRECHAS DE CALIDAD

Brecha del conocimiento: la mejor forma es saber lo que esperan los clientes; esto a través de procedimientos de investigación de mercado, entrevistas, implementar el análisis del contenido de las quejas, mejorar la forma en que se comunica el personal de contacto, entre otras.

Brecha de los estándares: establecer los procesos de servicio correctos y especificar los estándares. Lograr que los procesos del servicio sean diseñados centrándose en el cliente. Establecer metas de calidad, en cada departamento de la organización, que estén diseñadas para lograr la satisfacción del cliente externo. Revisar estos estándares a la luz de los requerimientos de los clientes o usuarios.

Brecha de la entrega: Esta brecha, se refiere a que efectivamente se cumpla lo que establecen los estándares. Lograr cerrar esta discrepancia requiere reclutamiento de personal calificado, capacitar al personal de contacto tanto en el área profesional como en habilidades de comunicación, así como la constante supervisión y apoyo de parte de los jefes de área. Juega un papel fundamental la política de incentivos y recompensas, tanto individuales como colectivos, que establezca la institución en relación a las opiniones de los clientes (mediciones que se haga de su satisfacción)

Brecha de las comunicaciones internas: Asegurarse de lo que es comunicado sea factible de realizar. Esta brecha, que afecta directamente en las expectativas, necesita de toda la organización para lograr disminuir. El cerrar esta brecha, requiere que el área de marketing trabaje de manera integral con las áreas operativas y de recursos humanos para establecer campañas de comunicación más efectivas. Implica la existencia de canales y medios de comunicación internos expeditos y de fácil uso. Requiere además el empoderamiento de los supervisores y del personal de primera línea, de manera que puedan responder en tiempo real a requerimientos específicos de los clientes o usuarios sin tener que recurrir a la aprobación del nivel superior.

Brecha de las percepciones: Lograr comunicar y hacer tangible la calidad del servicio prestado. Es mostrar al usuario externo lo que se está realizando, para que puedan apreciar que el servicio que están recibiendo es de calidad. Esto se logra a través de cosas concretas como la entrega de un informe final o mantener espacios físicos que sean adecuados para el nivel de servicio prestado. Esto se denomina tangibilizar el servicio, es decir que a través de los aspectos físicos asociados se logre una imagen favorable del mismo.

Brecha de la interpretación: esta brecha es la que se genera por lo que el usuario capta de la comunicación. El disminuir esta discrepancia requiere de una revisión del material informativo que la organización entrega o pone a disposición del usuario externo, asegurándose que los contenidos de la publicidad sean reflejo de las actividades más relevantes para la prestación del servicio, pero a la vez, sea real. Requiere también cuidado en el tipo de léxico empleado en las comunicaciones y su asociación con imágenes gráficas como esquemas, dibujos y fotos, de manera que sea comprensible para el tipo de público al que está dirigida y no cause sobreexpectativas.

CAPITULO III
RESEÑA HISTORICA HOSPITAL CLÍNICO
HERMINDA MARTÍN

3.1 SISTEMA DE SALUD EN CHILE

En la última década, el Sistema de Salud en Chile ha sido sometido a cambios que tienen como objetivo central el responder a las necesidades de los usuarios, que no sólo buscan el satisfacer la necesidad básica de atención, sino también a las expectativas que tengan respecto a factores que van más allá de aspecto médico. Para encausar el mejoramiento del Sistema de Salud en Chile, el Ministerio de Salud estableció los denominados “Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010”.

Los objetivos sanitarios, orientan la estrategia, los planes y programas se implementan en el país para lograr un Sistema de Salud acorde a la realidad y las necesidades del país. Constituyen el punto de referencia para las acciones que se implementan en el logro de los objetivos prioritarios. (MINSAL, 2006)

Se han planteado cuatro objetivos sanitarios para la década 2000 -2010 a nivel país:

- Mejorar los logros sanitarios alcanzados,
- Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad.
- Disminuir las desigualdades.
- Prestar servicios acordes a las expectativas de la población.

3.1.1 CARACTERISTICAS DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE

El Sistema de Salud Chileno es un modelo segmentado con algunas características del Modelo de Contrato Público, por cuanto la organización del sistema presenta segregación horizontal de la población de acuerdo a su capacidad de pago, donde se distinguen a lo menos tres grupos: seguro público, seguro privado y no asegurados. Por otra parte en los segmentos con seguro público y no asegurados, el sistema tiende a tener cobertura universal en la entrega de servicios. Finalmente en los distintos segmentos de la población tiende a la

celebración de convenios público-privados para la prestación de servicios. Es necesario agregar que el Estado garantiza por igual los considerados “bienes básicos universales” para la población, ya sea ésta del Seguro Público (FONASA) o de los Seguros Privados (ISAPRES). Estos son las prestaciones asociadas al Plan Nacional de Inmunizaciones y a los Planes de Alimentación Complementaria tanto para niños como para Adultos Mayores.

En relación al financiamiento de la salud, el sector público está representado por FONASA, que se encarga de administrar los aportes realizados por los trabajadores afiliados a través de las cotizaciones y con el aporte designado del presupuesto de la nacional destinado para salud. FONASA permite a sus afiliados (aquellos que cotizan) elegir al prestador de salud para la atención, sea este público o privado.

El financiamiento privado, corresponde a las instituciones de salud previsional (ISAPRE) que desde el 1981, han sido una alternativa para aquellos que desean obtener mejores prestaciones de salud a cambio de un aporte adicional, que va en orden del 10% en comparación al 7% del sistema obligatorio. El sistema de las ISAPRES se basa en que mientras sea mayor el aporte entregado por el cotizante, mayores beneficios obtiene, al contrario del sistema público, el que consiste en un sistema redistributivo de beneficios en el cual a los cotizantes de menores ingresos u indigentes se les realiza una bonificación hasta de un 100% de los costos de salud.

El Seguro Público (FONASA) cubre al 68% y los Seguros Privados (las ISAPRES) al 22% de la población. La población cubierta por FONASA tiene una mayor proporción de mujeres y de adultos mayores que la adscrita a las ISAPRES,

Los prestadores de salud están compuestos por entidades públicas e instituciones de carácter privado. En el caso de instituciones públicas son hospitales de diversa complejidad, centros de tratamiento y diagnóstico, Centros de Salud Familiar, entre otros, que están a lo largo de todo el país. Los centros privados son hospitales, clínicas, centros médicos, laboratorios, entre otros, que están constituidos como personas jurídicas o naturales privados y que se concentran en las zonas urbanas con mayor densidad demográfica (Drago, 2006).

3.1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA RED ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE ÑUBLE

El hospital Clínico Herminda Martín es el eje principal de la red de asistencia de la provincia de Ñuble, que se compone de otros seis establecimientos hospitalarios. Estos son el Hospital de San Carlos, el Hospital de Yungay, el Hospital de Quirihue, el Hospital de El Carmen, el Hospital de Coelemu y el Hospital de Bulnes. Otros establecimientos de salud son

Consultorios Urbanos, Centros Comunitarios Familiares, Consultorios rurales, centros de Salud familiar, Postas de Salud Rural y Estaciones médico rural.

Se suma a ellos el Centro Adosado Especialidades (C.A.E) del HCHM de Chillán, que considerando su nivel de especialización y complejidad, posibilita atender patologías más complejas.

Existen casos que no son posibles de tratar en los establecimientos de la Provincia. En esos casos, los pacientes son derivados al Hospital Regional ubicado en Concepción, o en su defecto a Santiago.

3.1.3 CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES DE LA PROVINCIA

Es posible dividir los hospitales de la provincia, según una serie de parámetros como son la complejidad técnica, organización administrativa, ámbito geográfico de acción o el número de prestaciones (consultas, egresos, entre otros). Utilizando estos criterios, se dividen en cuatro tipos:

Hospital tipo uno de alta complejidad: Estos establecimientos cuentan con las especialidades básicas (medicina, pediatría, cirugía y obstetricia), enfermería, sub-especialidades. Sumado a lo anterior, un hospital de este tipo, cuenta con laboratorios y camas acorde a las patologías de mayor complejidad que son atendidas en el hospital. En esta clasificación, sólo entra el Hospital Clínico Herminda Martín.

Hospital tipo dos de alta complejidad: Tiene un menor tamaño y menor tecnología que los hospitales tipo uno, sin embargo, cuentan con las cuatro especialidades básicas, enfermería, sub-especialidades y tiene sólo un laboratorio clínico, pero no es posible

realizar todos los exámenes requeridos. En la provincia, el Hospital de San Carlos está en esta calificación.

Hospital tipo tres de mediana complejidad: Estos establecimientos cuentan con las cuatro especialidades básicas.

Hospital tipo cuatro de baja complejidad: Cuentan con medicina familiar (enfocados a la curación de enfermedades) y enfermería. Los hospitales de Quirihue, Bulnes, Yungay, El Carmen y Coelemu se encuentran en esta clasificación.

3.2 RESEÑA HISTÓRICA DE HOSPITAL HERMINDA MARTÍN.

El Hospital Clínico Herminda Martín, inicia su historia gracias a la donación de Doña Herminda Martín, quien entregó los fondos necesarios para la construcción del nuevo hospital de la ciudad de Chillán, que hasta ese entonces sólo contaba con el hospital San Juan de Dios (hoy monumento nacional), el cual no contaba con las condiciones necesarias para albergar un recinto de salud, debido a los daños recibidos en el terremoto de 1939.

En 1941, se inicia la construcción del recinto hospitalario, gracias a los fondos entregados por Doña Herminda Martín, finalizando su construcción el año 1945. En un principio el hospital contaba con dos edificios comunicados por un tercero que, en su conjunto, formaban una letra H cuya superficie alcanzaba los 10 mil m². En la estructura mayor se ubicaban los cuatro servicios básicos y los pabellones. En el menor, las salas para la atención de emergencia, pensionado, dirección y algunas consultas para atención abierta. A principio de los años 1970 se amplía su construcción con la edificación de un auditorio con capacidad para 150 personas y un consultorio adosado destinado a la atención general y de especialidades. Ambas obras aumentan la superficie en 13.000 m².

Entre los años 1991 y 2004 se construyen la actual Torre Quirúrgica, junto a varias unidades de apoyo (Cuidados Intensivos e Intermedios, Emergencia, Radiología, etc.) y el consultorio Violeta Parra, llegando a una superficie de aproximadamente 30.000 m².

En el año 2006, este Hospital adquiere la categoría de “Clínico”, como reconocimiento a su trayectoria docente y científica. El año 2007 califica para constituirse en un Hospital de Autogestión en Red (EAR), una de las innovaciones impulsada por el Ministerio, a fin de que existan establecimientos con mayores recursos y autonomía en la gestión, implicando un trabajo coordinado de las distintas unidades, liderado por el equipo directivo superior y apoyado por la Dirección del Servicio de Salud Ñuble.

3.2.1 SITUACION ACTUAL DE HOSPITAL HERMINDA MARTÍN

El Hospital Clínico Herminda Martín, depende del Servicio de Salud Ñuble y forma parte de la red de hospitales y consultorios públicos que conforman la Red Asistencial de Ñuble. Pertenece a la categoría de Hospital Tipo Uno de “Alta Complejidad” y en la provincia es base de referencia para los demás centros asistenciales del Servicio de Salud Ñuble (SSÑ), así como para los consultorios de comunas sin hospitales cercanos. Ocasionalmente recibe pacientes de hospitales de otras provincias y a su vez deriva pacientes al Hospital Regional de Concepción y/o a Santiago, en patologías y exámenes complejos (trasplantes, oncología, cardiocirugía y otros), ubicándolo como el establecimiento de mayor importancia de la Provincia de Ñuble. Su área de influencia alcanza a un total de 464.902 usuarios (Hospital Clínico Herminda Martín, 2008).

Los cambios demográficos y epidemiológicos de la población de Ñuble, han impulsado una creciente actividad asistencial, mayor infraestructura, recursos humanos y complejidad de la atención brindada, de manera de dar respuesta a la mayor demanda. Uno de los cambios más importantes es el envejecimiento de la población, lo que ha provocado que exista una mayor demanda de atención de especialidad para el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) y unidades de apoyo a la atención ambulatoria del Hospital Clínico Herminda Martín, como referente de mayor complejidad para la red asistencial de Ñuble. (Correa et al, 2009)

El Hospital Clínico Herminda Martín, buscando mejorar la calidad del servicio, ha realizado esfuerzos por implementar un plan estratégico para cumplir con sus objetivos. Es así como en el año 2002 genera su primer plan estratégico, efectuando, en el año 2006, ajustes a metas e indicadores, para llegar a una actualización participativa en el año 2007, con miras al año 2010 (Hospital Clínico Herminda Martín, 2008). Por todas las iniciativas implementadas, el Hospital Clínico Herminda Martín obtiene la calidad de “Autogestionado en Red”, lo cual significa que se certifica la gestión de la institución y que se entrega mayores facultades en los ámbitos administrativos, financiero, de gestión de recursos humanos y de celebración de convenios

Actualmente el establecimiento, está compuesto por 1.496 funcionarios, posee una capacidad de 515 camas, cuyo índice ocupacional se mantiene cerca del 85.1%, con una alta demanda en los servicios de Medicina, Quirúrgico Adultos y Unidades de Pacientes Crítico, también de Adultos.

A continuación, se describen sus principales lineamientos de la organización:

3.2.1.1 VISIÓN

“Llegar a ser uno de los mejores hospitales públicos del país en la atención y satisfacción de sus usuarios. De acuerdo a la realidad epidemiológica y demográfica de la provincia, los principios inspiradores de la reforma sanitaria en Chile”.

3.2.1.2 MISIÓN

“El usuario es nuestro centro. Por ello, el Hospital Herminda Martín a través de sus trabajadoras (es), en coordinación con la red asistencial, brindará a la comunidad de Ñuble acciones de salud oportunas y de calidad”.

3.2.1.3 VALORES QUE EL HOSPITAL DESEA CULTIVAR Y PRESERVAR:

- **Satisfacción usuaria:** Otorgar un trato amable y oportuno.
- **Eficiencia:** Obtener los mejores resultados posibles con los recursos existentes.
- **Efectividad:** Entregar medicina basada en la mejor evidencia científica disponible.
- **Equidad:** Ofrecer igualdad de oportunidades para nuestros usuarios en el acceso a la atención, de acuerdo a las prioridades sanitarias.

- **Participación:** Trabajar en equipo al interior del hospital como con los integrantes de la red asistencial de la comunidad de Ñuble.

3.2.1.4 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS:

- Mejorar la gestión de Recursos Humanos.
- Mejorar la gestión clínica del hospital y su coordinación de la Red Asistencial de Ñuble.
- Mejorar la gestión de los Recursos Físicos y Financieros del hospital.
- Mejorar la satisfacción usuaria.
- Fortalecer la gestión directiva y la responsabilidad social del hospital.
-

3.2.1.5 ESTRUCTURA DEL HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN

El equipo directivo superior está liderado por un Director y tres subdirectores, según se señala a continuación:

Director: Dr. Rodrigo Avendaño Brandeis.

Subdirector Médico: Dra. María Angélica Vejar Mercado.

Subdirector Administrativo: Sr. Luis San Martín Hernández.

Subdirector de Enfermería: Sra. Ivonne Moris Sepúlveda.

Como una organización esencialmente de servicios, su potencial más valioso es el recurso humano. Cuenta con una dotación de 1.496 cargos, además de 100 personas en servicios externalizados en aseo y seguridad.

El Centro de Responsabilidad Recursos Humanos es el encargado de resguardar el ciclo laboral de los funcionarios y se conforma por Reclutamiento y Selección de personal, Personal, Remuneraciones, Prevención de Riesgos, Policlínico Salud del Personal, Capacitación y Bienestar del Personal (Correa et al, 2008)

3.2.1.6 Centros de responsabilidad

Para lograr una buena calidad en la atención de los usuarios, es necesario el compromiso de todo el personal médico de entregar un mejor servicio, debido a que ellos son los que conocen las verdaderas necesidades de salud del paciente; la organización de salud debe orientarse hacia las necesidades del usuario, como cualquier empresa de servicio lo hace hacia sus clientes.

Las decisiones en cualquier nivel de la organización se tienen que tomar a la luz de la perspectiva clínica. Para ello se exige determinados compromisos del equipo clínico como son los de aprender a dirigir y ser dirigidos; contribuir a las decisiones de gestión y de organización en la mejora de las instituciones. Para esto se establecen diversos centros de responsabilidad (ver anexo 2: centros de responsabilidad), siendo el objetivo de estos “Mejorar la utilización de los recursos que se puede traducir en incremento de la oferta y la calidad de las prestaciones” (Hospital Clínico Herminda Martín, 2009)

Las características de los Centros de Responsabilidad son:

- Tienen un único responsable.
- Realizan una actividad homogénea.
- Producto (final o intermedio) susceptible de ser medido.
- Se ajustan al modelo productivo del hospital o centro de salud.
- Deben tener un grado de autonomía y flexibilidad en el uso de sus recursos.
- Pueden identificar su demanda y a sus usuarios.
-

3.2.1.7 POLITICA DE CALIDAD DE HOSPITAL HERMINDA MARTIN

El Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán se ha propuesto desarrollar una cultura que instale la calidad y seguridad en la atención de salud a los usuarios que acudan a este centro asistencial, coherente con las orientaciones establecidas en la Reforma de Salud conformando para esto la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

La Política de Calidad se focaliza en la seguridad de la atención de salud, situando a los usuarios como centro del proceso sanitario, con énfasis en el respeto a las personas, la transparencia, el compromiso y la responsabilidad por parte de la institución, cautelando que las decisiones clínicas estén basadas en la mejor evidencia científica y recursos disponibles. Esta política de Calidad se sustenta en el establecer un Sistema de Gestión de Calidad, basado en la evaluación y mejora continua de los procesos de atención en salud, para los pacientes que acuden a la institución, por lo cual el capital humano estará formado y comprometido con la cultura de calidad y seguridad de la atención. Por todo ello esta Política de Calidad fomenta y promueve:

- El desarrollo permanente de Programas de Mejoría Continua de Calidad en el Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.
- Una actitud proactiva, abierta a los cambios e innovadora, por parte de los diferentes Centros de Responsabilidad y unidades que conforman este centro asistencial.
- Constituir una Red de Calidad y Seguridad del Paciente entre los diferentes Centros de Responsabilidad y unidades del HCHM, que permita compartir y desarrollar conocimientos, prácticas y aprendizajes, a través del trabajo colaborativo.
- Utilización de estándares basados en evidencias científica como son Guías Clínicas, Protocolos, Manuales de Procedimientos y Normativas.
- Fomentar el aprendizaje desde las condiciones reales surgidas de los procesos de atención, focalizando el accionar en los incidentes relevantes y prevenibles.
- Realizar intervenciones de mejoramiento que incluyan en su análisis la evaluación de la mejor evidencia científica disponible. Documentar las intervenciones y sus resultados de modo de potenciar los aprendizajes que de ellas derivan.
- Cumplimiento progresivo de los estándares establecidos por el Ministerio de Salud, tales como las Normas Técnicas Básicas de Autorización Sanitaria, Estándares de Acreditación y la Certificación de Especialidades.

3.2.1.8 MEDICIÓN DE CALIDAD EN HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTÍN

En el Hospital Clínico Herminda Martín, con el fin de mejorar la satisfacción y por ende, una mejora en la evaluación de calidad, (según lo planteado por Bitner, Bolton y Drew, Schonner, en Reyes Sau, 2007), se han implementado una serie de instancias en las cuales los usuarios pueden expresar su opinión respecto al servicio recibido, lo que es fundamental para que la administración del hospital pueda adoptar las medidas correctivas necesarias.

La Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS) es el lugar en el cual los usuarios externos pueden plasmar sus apreciaciones respecto al servicio, lo cual es fundamental para determinar las áreas que requieren mejoras, y de esta forma el establecer estrategias y planes con el objetivo de remediar los problemas de gestión, infraestructura, entre otros.

Otra instancia utilizada por el Hospital Clínico Herminda Martín, para medir la calidad del servicio es la realización de encuestas, en las cuales se busca obtener la apreciación sobre los puntos más importantes en la prestación del servicio en el hospital. Algunos puntos que son recogidos en las encuestas efectuadas por el hospital son: las condiciones de la sala de espera, tiempo de espera, el trato recibido y la forma en que son entregadas las indicaciones de parte del médico. Un ejemplo de esta recolección de información, es la consulta respecto al trato recibido durante la atención que se les realiza a los pacientes.

3.3 CONSULTORIO ADOSADO DE ESPECIALIDADES

El Consultorio Adosado de Especialidades (C.A.E), se enfoca en consultas médicas, exámenes o pruebas especiales, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, realizadas

por el equipo multidisciplinario de salud y que no demanda hospitalización. Esto se conoce como atención ambulatoria o abierta.

El Hospital Clínico Herminda Martín, ha trabajado para satisfacer la alta tasa de patologías que requieren atención especializada, con un modelo de atención hospitalario, que según estudios efectuados por la administración (Modelo de Gestión y Atención, PRONCAE, 2008) no ha sido eficiente a la hora de satisfacer a los usuarios, lo cual lleva a una atención insatisfactoria, que se refleja cuantitativamente en los tiempos que se requiere para lograr obtener una hora.

La causa principal radica en la alta tasa de patologías que requieren atención especializada, donde todos los esfuerzos para entregar una atención ambulatoria a través del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE), hasta ahora han sido insuficientes. Los factores que influyen en la insatisfacción son, un modelo de gestión y atención que no favorece la solución del problema planteado, además de una antigua infraestructura que es del año 1970 que no incluye la tecnología ni el espacio requerido por la demanda actual.

A causa de los problemas ya descritos, el año 2006, la administración el Hospital Herminda Martín, pone en marcha el Proyecto de Normalización del CAE, (PRONCAE) con el fin de atender las altas tasas de enfermedades que requieren atención especializada.

El proyecto involucra establecer un nuevo modelo de gestión y atención, de una nueva infraestructura con características y capacidades capaces de atender la demanda de atención ambulatoria, y hacer un uso más eficiente de los recursos (humanos, físicos y financieros).

Este proyecto comprende, además del Consultorio Adosado de Especialidades, todas aquellas Unidades de apoyo involucradas en la atención ambulatoria, de manera de generar un impacto en todas las áreas involucradas y por consiguiente estén capacitadas y dotadas en forma óptima para otorgar una atención acorde a las normativas vigentes (Correa et al, 2009)

CAPITULO IV

**MEDICIÓN DE EXPECTATIVAS Y
PERCEPCIONES DE LA CALIDAD DE
SERVICIO EN CONSULTORIO ADOSADO DE
ESPECIALIDADES**

En el presente capítulo se abordan todos los aspectos necesarios para realizar la medición de las expectativas y percepciones de la calidad de servicio en el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.

4.1 DISEÑO DE LA MUESTRA

4.1.1 TIPO DE ESTUDIO

Según lo planteado por Hernández (2006) el Estudio se define como descriptivo por medir una serie de características de una población, en este caso las expectativas y percepciones que tienen tanto los usuarios y los funcionarios respecto al servicio entregado en el CAE. A la vez es exploratorio. A la vez, el estudio es exploratorio, al examinar un tema que no ha sido anteriormente abordado, comparando a usuarios y funcionarios en el consultorio adosado de especialidades, mediante la escala SERVQUAL

4.1.2 POBLACIÓN

La población objetivo de la presente investigación la componen todos los usuarios provenientes de las veintiuna comunas de la Provincia de Ñuble, que según el último censo, realizado el año 2002, tiene una población urbana de 285.108 habitantes, y en el caso de sectores rurales, es de 152.995 habitantes. Entregando un total de habitantes 438.103 en la provincia Ñuble (Censo 2002).

4.1.3 MARCO MUESTRAL

El marco muestral está compuesto por el listado de atenciones entregado por la dirección estadística del Consultorio Adosado de Especialidades HCHM. Este listado contiene las 14.000 atenciones realizadas entre enero a junio de 2009.

El marco muestral para los funcionarios lo constituye los funcionarios que trabajan directamente en el CAE y otros que trabajan por horas (médicos), facilitados por la jefatura del CAE y equivale a 91 funcionarios.

4.1.4 TIPO DE MUESTREO

El instrumento de recolección de la información del estudio se aplicó en el Consultorio Adosado de Especialidades, CAE, que incluye todas la especialidades medicas que dispone el HCHM.

Para esta investigación se utilizó el tipo de muestreo probabilístico aleatorio simple, el cual consiste en que todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos; es considerada una población homogénea, sencilla en la selección de muestra, se puede acotar el error y existe facilidad en cálculos de medias y desviación estándar. Para cumplir con el objetivo de la investigación se determina una muestra para cada dato independiente, aplicando la siguiente fórmula:

4.1.5 DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

ILUSTRACIÓN 6: FORMULA DE MUESTRA

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

En esta investigación, se consideró un nivel de confianza del 95%, y un error del 7%, lo cual esta dentro del error utilizado en otras investigaciones similares, las cuales están en el orden del 5% al 10% de error.

Donde:

n: Tamaño de la muestra del CAE.

N: Población total atendida del CAE del primer semestre de 2009.

Z: Valor correspondiente a la distribución de Gauss con Z= 1,96.

p: Prevalencia esperada del parámetro a evaluar. En este caso como se desconoce, se aplica la opción más desfavorable ($p = 0,5$).

q: $1 - p = 0,5$

i: Error que se prevé cometer (= 7%).

Después de aplicada la fórmula, el tamaño de la muestra de usuarios y de funcionarios es el siguiente:

TABLA 2: MUESTRA DE USUARIOS Y FUNCIONARIOS

ENCUESTADOS	MUESTRA
Usuarios	196
Funcionarios	63

Fuente: Elaboración Propia

4.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Criterio de inclusión: usuarios mayores de 15 años, independiente del sexo que asistan al Consultorio Adosado de Especialidades (CAE).

En cuanto a los funcionarios se incluye todo el personal del CAE que tenga directa relación con los usuarios en la atención de especialidades. Para poder comparar respecto al servicio entregado.

Criterio de exclusión: usuarios menores de 15 años, personas con problemas mentales y aquellas personas que sólo acompañan a los usuarios.

Para los funcionarios, todo administrativo que no tiene relación directa en la prestación de salud a los usuarios.

Tipo de selección: la selección para los usuarios y funcionarios fue aleatoria, con el fin de garantizar la validez estadística de las encuestas.

4.3 APLICACIÓN DE LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL SERVQUAL

Como se señaló anteriormente, este instrumento consiste en dos cuestionarios y miden las expectativas y percepciones sobre la calidad de servicio en veintiuna afirmaciones distribuidas en cinco dimensiones, en las cuales cada ítem se califica con una escala LIKERT de siete puntos. Se suma a estos la evaluación de la preponderancia de la calidad del servicio, instrumento compuesto por cinco afirmaciones que se evalúan con nota 1 a 100 según el grado de importancia que se confiera a cada afirmación.

En la tabla 3 se presenta el significado de cada puntuación de la escala Likert utilizada.

TABLA N°3: ESCALA LIKERT

ESCALA LIKERT	
1	Totalmente en desacuerdo
2	Muy en desacuerdo
3	Desacuerdo
4	Intermedio
5	En acuerdo
6	Muy en acuerdo
7	Totalmente de acuerdo

Realizada la medición de expectativas, percepciones y preponderancias de las dimensiones de calidad mediante la Escala Multidimensional SERVQUAL, el paso siguiente es calcular las brechas absolutas que se obtienen, al restar la media de expectativa a la media de las percepciones ($\bar{X}P - \bar{X}E$). Si dicho valor es positivo ($P > E$), significará que la percepción supera a la expectativa y por lo tanto existe satisfacción en ese ítem. Por el contrario, si dicho valor es negativo ($P < E$), significa que no se cumple con la expectativa y por lo tanto existe insatisfacción.

La brecha absoluta permite determinar si existe satisfacción o no se logra cumplir con las expectativas, pero tiene la falencia de valorar las dimensiones con el mismo grado de importancia. Para corregir esto, se considera la ponderación que los usuarios entregan a cada una de las dimensiones de calidad (Brecha Relativa). Las que se calculan multiplicando los resultados de (P – E) de cada dimensión y afirmación que la componen, por su respectiva preponderancia.

4.3.1 CRONOLOGÍA DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

Cada encuesta demandó un tiempo de aplicación de 20 minutos por usuario. Las encuestas se llevaron a cabo por 2 encuestadores que son los mismos integrantes de la investigación.

La aplicación de cuestionarios fue desde el día miércoles 30 de septiembre al miércoles 9 de octubre de 2009 (solamente días hábiles), es decir 7 días en horario de 09:00 hrs hasta las 13:00 hrs. y en la tarde entre 14:30 hrs y 17:00 hrs.

En cuanto a los funcionarios la aplicación de los cuestionarios se llevó a cabo con la colaboración de la jefatura del CAE del HCHM, ya que la jefatura podía coordinar los tiempos con los funcionarios debido a que algunos funcionarios trabajan por horas, (médicos). Por ende este proceso de encuestas demandó más tiempo en ser realizada. Se entregaron los cuestionarios a la jefatura del CAE el día 19 de octubre y su aplicación finalizó el día 20 de noviembre.

4.3.2 TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La tabulación de la información recopilada se realizó en una planilla Microsoft Excel, enumerando las encuestas de 1 a 196 las correspondientes a los usuarios y de 1 a 63 las de los funcionarios.

Una vez tabulada la información de los cuestionarios, se utiliza un software estadístico (SPSS) para obtener el valor de las brechas, cálculos de las respectivas medias para las afirmaciones y dimensiones, también la respectiva desviación típica en cada caso, asegurando que los valores de las medias son representativos de las respuestas de los

cuestionarios procesados, adicional a esto, se realizó el cálculo del Alpha de Cronbach (Anexo 6) para la fiabilidad interna del instrumento utilizado. Luego se obtiene la información necesaria para comparar expectativas y percepciones entre usuario y funcionario, calcular las brechas de calidad por importancia (brechas relativas), con el fin de concluir en la calidad del servicio, y a su vez hacer el análisis, dar sugerencias a la institución de salud.

4.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

Una vez aplicado el instrumento en el CAE y tabulada la información obtenida se procede a dar a conocer los resultados de la investigación de evaluación de las expectativas y percepciones de los usuarios y funcionarios respecto de la calidad del servicio con sus respectivas características personales.

Los análisis se realizan mediante tablas y gráficos de elaboración propia que demuestran las tendencias de los usuarios y funcionarios respecto la calidad del servicio.

A continuación se muestra la estructura como se lleva a cabo dicho análisis:

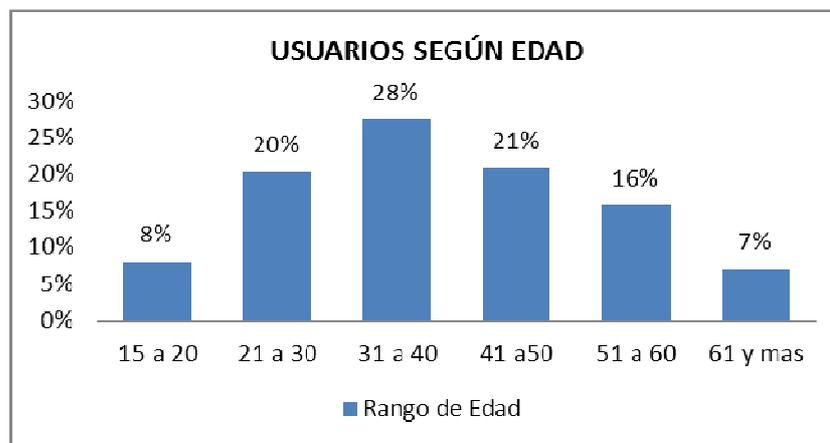
- Análisis general descriptivo de características personales de los usuarios y funcionarios.
- Análisis general de las preponderancias concedidas por usuarios y funcionarios.
- Análisis de las expectativas de la calidad del servicio en valores absoluto y relativo por cada dimensión de calidad de usuarios y funcionarios.
- Análisis de las percepciones de la calidad del servicio en valores absoluto y relativo por cada dimensión de calidad de usuarios y funcionarios.
- Análisis de las brechas entre expectativas y percepciones de los usuarios y funcionarios por cada dimensión de calidad.
- Análisis de las brechas relativas y sus afirmaciones por cada dimensión de calidad de usuarios y funcionarios.
- Análisis de las brechas relativas según características personales de los usuarios y funcionarios por cada dimensión de calidad.
- Comparación de expectativas y percepciones y brechas entre usuarios y funcionarios

4.4.1 MEDICION DE CALIDAD DE SERVICIOS DEL PUNTO DE VISTA DEL USUARIO

Análisis General De Características Personales De Los Usuarios

A continuación se muestra de forma grafica las características personales de los usuarios encuestados en el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del Hospital Clínico Herminda Martín.

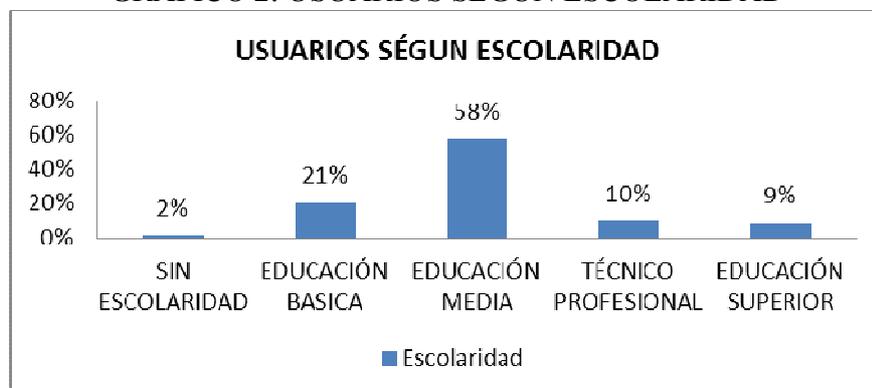
GRAFICO 1: USUARIOS SEGÚN EDAD



Fuente: Elaboración propia

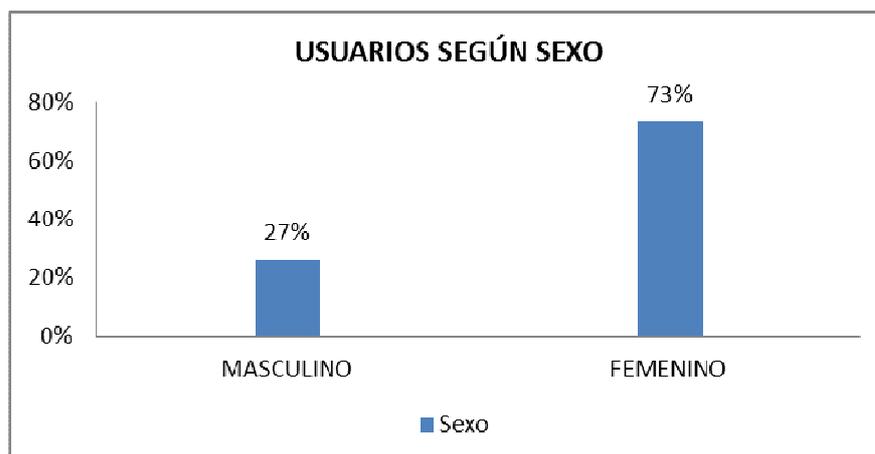
Este gráfico muestra que el 69% de los usuarios está concentrado entre los 21 y 50 años de edad, ya que en estos rangos de edad se encuentran los mayores porcentajes de usuarios encuestados.

GRAFICO 2: USUARIOS SEGÚN ESCOLARIDAD



El análisis del gráfico indica que la mayor concentración según escolaridad, es de educación media con un 58%; el segundo porcentaje equivale a la enseñanza básica con un 21 %. Lo cual muestra, que alrededor del 80% de los usuarios consultados, tienen la educación obligatoria.

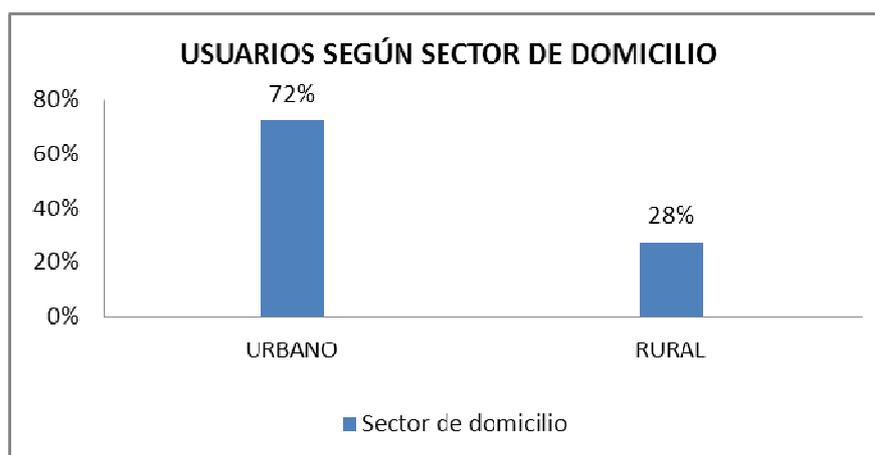
GRAFICO 3: USUARIOS SEGÚN SEXO



Fuente: Elaboración propia

Según el análisis el gráfico indica que la muestra quedó constituida mayoritariamente por mujeres, lo que representaría una tendencia de las atenciones del CAE, correspondiendo a un 73%.

GRAFICO 4: USUARIOS SEGÚN DOMICILIO

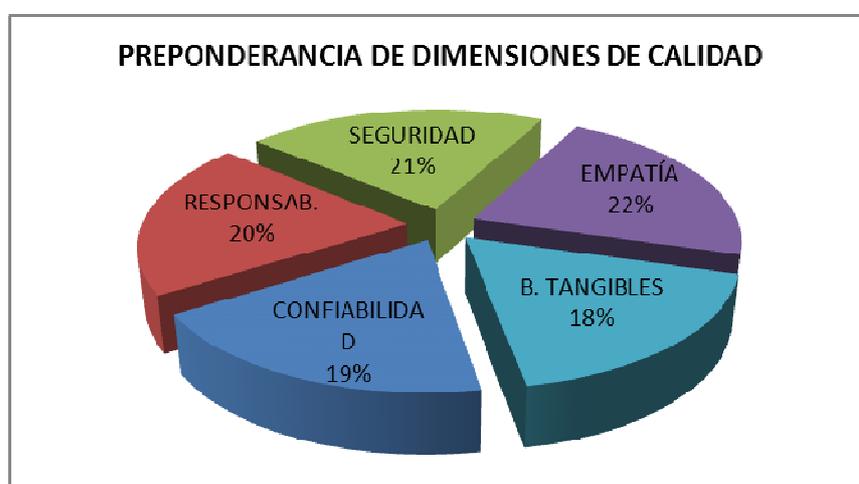


Los resultados obtenidos demuestran que la mayoría de los usuarios son del sector urbano con un 73%, lo que indicaría que tienen mayor cercanía a los servicios del CAE.

4.4.1.1 ANALISIS DE PREPONDERANCIAS DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD SEGÚN USUARIOS.

El gráfico muestra la distribución en porcentajes de la importancia que le asignan los usuarios encuestados a cada dimensión de la calidad del servicio.

GRAFICO 5: IMPORTANCIA DE DIMENSIONES DE CALIDAD SEGÚN USUARIOS



A continuación se muestra la tabla con los resultados obtenidos de las preponderancias de las dimensiones de calidad o también conocido como el grado de importancia que le entregan los usuarios del CAE a cada una de las dimensiones de calidad.

TABLA 3: IMPORTANCIA DE DIMENSIONES DE CALIDAD SEGÚN USUARIOS

Dimensión	PORCENTAJE	Desv. Std
CONFIABILIDAD	18,70%	0,09
RESPONSABILIDAD	20,30%	0,11
SEGURIDAD	21,50%	0,10
EMPATÍA	21,90%	0,09
B. TANGIBLES	17,70%	0,08

Fuente: Elaboración Propia

Al observar las medias de cada dimensión se puede deducir que los usuarios le dan mayor grado de importancia a la empatía y seguridad con un 21,9% y un 21,5%, respectivamente. Estos porcentajes demuestran que ambas dimensiones son las más importantes para los usuarios al momento de recibir la atención.

La diferencia entre la importancia que conceden a las cinco dimensiones no es grande (4,2% entre la menor y la mayor), lo cual estaría indicando que todos los aspectos tienen importancia para los usuarios.

4.4.1.2 ANÁLISIS DE LAS EXPECTATIVAS DE LA CALIDAD DE SERVICIO POR CADA DIMENSIÓN DE CALIDAD.

En la siguiente tabla se muestra los resultados de las expectativas de calidad del servicio de los usuarios, expresados en valores absolutos y su respectiva desviación estándar por cada dimensión de calidad.

TABLA 4: EXPECTATIVAS VALORES ABSOLUTO DE USUARIOS

DIMENSIÓN	VALORES ABSOLUTO	
	Media	Desv. Std
CONFIABILIDAD	5,22	1,32
RESPONSAB.	5,15	1,36
SEGURIDAD	5,41	1,32
EMPATÍA	5,26	1,18
B. TANGIBLES	5,51	1,19

Fuente: Elaboración Propia

Al analizar la tabla de expectativas de calidad de servicio en valores absolutos, se puede deducir que la dimensión mejor evaluada por los usuarios corresponde a la dimensión de bienes tangibles, seguida por la dimensión seguridad con promedios de 5,51 y 5,41, respectivamente. La dimensión con expectativa menor corresponde a responsabilidad la que indica “la disponibilidad de una institución de salud para ayudar a los usuarios y proveer un pronto servicio”.

Cabe hacer notar que en general los valores que asumen las expectativas de los usuarios evidencian sólo valores medios (entre 5,22 y 5, 51), lo cual podría ser motivado por sus experiencias pasadas en relación a los centros de salud pública a los que pueden acceder.

En la siguiente tabla se muestra los resultados de las expectativas de calidad del servicio de los usuarios, expresados en valores relativos (valores que consideran la preponderancia por dimensión) y su respectiva desviación estándar por cada dimensión de calidad.

TABLA 5: EXPECTATIVAS VALORES RELATIVO DE USUARIOS

DIMENSIÓN	VALORES RELATIVO	
	Media	Desv. Std
CONFIABILIDAD	0,97	0,51
RESPONSAB.	1,03	0,57
SEGURIDAD	1,18	0,67
EMPATÍA	1,15	0,57
B. TANGIBLES	0,97	0,51

Fuente: Elaboración Propia

Al observar las medias relativas, es decir, considerando la importancia que los usuarios le otorgaron a cada dimensión de calidad, se obtuvo como resultado que las dimensiones con mayores expectativas de calidad son las de seguridad y empatía, con valores de 1,18 y 1,15, respectivamente y las de menor expectativa de calidad, con un valor de 0,97, corresponden a las dimensiones de confiabilidad y bienes tangibles.

Al observar la tabla en relación a las cinco dimensiones de calidad, la expectativa relativa total es de 5,3, lo que indica que se encuentra en un nivel medio.

A continuación se muestra la tabla de comparación de expectativas de calidad del servicio en valores absolutos y relativos y sus respectivas desviaciones estándar, ordenadas de mayor a menor.

TABLA 6: COMPARACIÓN DE EXPECTATIVAS VALORES ABSOLUTO Y RELATIVO DE USUARIOS

IMPORTANCIA	%	EXPECTATIVA ABSOLUTA	Valor	EXPECTATIVA RELATIVA	valor
EMPATÍA	21,90%	B. TANGIBLES	5,51	SEGURIDAD	1,18
SEGURIDAD	21,50%	SEGURIDAD	5,41	EMPATÍA	1,15
RESPONSABILIDAD	20,30%	EMPATÍA	5,26	RESPONSAB.	1,03
CONFIABILIDAD	18,70%	CONFIABILIDAD	5,22	CONFIABILIDAD	0,97
B. TANGIBLES	17,70%	RESPONSAB.	5,15	B. TANGIBLES	0,97

Fuente: Elaboración propia

Al observar la tabla se puede ver que seguridad, en cuanto al grado de importancia se encuentra en segundo lugar, en valor absoluto se mantiene, pero en valor relativo pasa a primer lugar. Empatía en importancia, se encuentra en el primer lugar, pero en valores absolutos pasa a tercer lugar y en valores relativos queda en segundo lugar.

En general se puede observar que la importancia concedida a cada dimensión afecta la calificación absoluta y cambia el orden (prioridad según brecha relativa) de los aspectos a tener presentes por parte por parte de los usuarios para calificar calidad de servicio y su satisfacción con un servicio de salud.

4.4.1.3 ANALISIS DE PERCEPCIONES DE LA CALIDAD DEL SERVICIO POR CADA DIMENSIÓN.

En la siguiente tabla se muestran y explican los resultados obtenidos de las percepciones de la calidad del servicio de los usuarios expresados en valores absolutos y su respectiva desviación estándar por cada una de las dimensiones de calidad.

TABLA 7: PERCEPCIONES EN VALOR ABSOLUTO DE USUARIOS

DIMENSIÓN	VALORES ABSOLUTOS	
	Media	Desv. Std
CONFIABILIDAD	4,61	1,30
RESPONSAB.	4,49	1,35
SEGURIDAD	4,99	1,32
EMPATÍA	4,78	1,26
B. TANGIBLES	4,97	1,16

Al analizar los valores de la tabla se puede apreciar que los valores están concentrados entre 4,49 y 4,99. Ninguna dimensión alcanza una calificación de 5, lo que estaría indicando que las percepciones están sólo en un nivel intermedio.

Al observar los resultados obtenidos de las percepciones de calidad en valores absolutos y su respectiva desviación estándar para cada dimensión de calidad se analiza que el valor más alto asignado por los usuarios es para la dimensión de seguridad con una media de 4,99, siguiendo la dimensión de bienes tangibles con una calificación de 4,97. La percepción de calidad más baja para los usuarios es para la dimensión de responsabilidad con una calificación de 4,49.

En la siguiente tabla se muestra los resultados de las percepciones de calidad del servicio de los usuarios, expresados en valores relativos y su respectiva desviación estándar por cada dimensión de calidad.

TABLA 8: PERCEPCIONES EN VALOR RELATIVO DE USUARIOS

DIMENSIÓN	VALORES RELATIVOS	
	Media	Desv. Std
CONFIABILIDAD	0,86	0,49
RESPONSAB.	0,91	0,56
SEGURIDAD	1,07	0,57
EMPATÍA	1,06	0,57
B. TANGIBLES	0,88	0,47

Fuente: Elaboración propia

Al observar la tabla de percepciones en valores relativos, se puede apreciar que la dimensión mejor calificada por los usuarios corresponde a la dimensión de seguridad con una media de 1,07 y sigue la dimensión empatía con un promedio de 1,56. La dimensión confiabilidad es percibida con menor percepción relativa con una calificación promedio de 0,86.

Al observar la tabla con las cinco dimensiones de calidad en su conjunto, se obtiene una percepción relativa total de 4,78, lo que indica que no supera la calificación de cinco.

A continuación se muestra la tabla de comparación de percepciones de calidad del servicio en valores absolutos y relativos y sus respectivas desviaciones estándar.

TABLA 9: COMPARACIÓN DE PERCEPCIONES EN VALOR ABSOLUTO Y RELATIVO DE USUARIOS

IMPORTANCIA	%	PERCEPCIONES ABSOLUTA	valor	PERCEPCIONES RELATIVA	valor
EMPATÍA	21,90%	SEGURIDAD	4,99	SEGURIDAD	1,07
SEGURIDAD	21,50%	B. TANGIBLES	4,97	EMPATÍA	1,06
RESPONSABILIDAD	20,30%	EMPATÍA	4,78	RESPONSAB.	0,91
CONFIABILIDAD	18,70%	CONFIABILIDAD	4,61	B. TANGIBLES	0,88
B. TANGIBLES	17,70%	RESPONSAB.	4,49	CONFIABILIDAD	0,86

Fuente: Elaboración Propia

Al observar las cinco dimensiones en cuanto a importancia, empatía tiene el primer lugar, en valores absolutos pasa a tercer lugar y en valores relativos al segundo lugar. La dimensión Seguridad, en importancia tiene el segundo lugar, pero en valores absolutos y relativos pasa a primer lugar. En términos generales se puede señalar que sólo la dimensión seguridad se mantiene en el mismo lugar (primera) en percepción absoluta y relativa. Todas las restantes cambian de ubicación y por lo tanto de prioridad para evaluar satisfacción usuarias.

4.4.1.4 ANALISIS DE BRECHAS ENTRE EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES DE USUARIOS DEL CAE.

A continuación se muestra la tabla de expectativas y percepciones por dimensión de calidad en valores absolutos y relativos de los usuarios y con sus respectivas brechas.

TABLA 10: COMPARACIÓN ENTRE EXPECTATIVAS, PERCEPCIONES Y BRECHAS DE LOS USUARIOS POR DIMENSIÓN DE CALIDAD DE USUARIOS

DIMENSION	EXPECTATIVAS ABSOLUTAS	PERCEPCIONES ABSOLUTAS	BRECHA ABSOLUTA	EXPECTATIVAS RELATIVAS	PERCEPCIONES RELATIVAS	BRECHA RELATIVA
CONFIANZA	5,22	4,61	-0,61	0,98	0,86	-0,12
RESPONSABILIDA	5,15	4,49	-0,66	1,04	0,91	-0,13
SEGURIDAD	5,41	4,99	-0,42	1,16	1,07	-0,09
EMPATIA	5,26	4,78	-0,47	1,15	1,05	-0,10
B.TANGIBLES	5,51	4,97	-0,53	0,97	0,88	-0,09

Fuente: Elaboración Propia

Al analizar la tabla se puede decir que al comparar en valores absolutos, las expectativas de los usuarios en todas las dimensiones de calidad superan a las percepciones, lo que da como resultado brechas negativas en todas ellas. La brecha más negativa corresponde a la dimensión de responsabilidad con un valor -0,66, seguida de la dimensión confiabilidad con un valor -0,61.

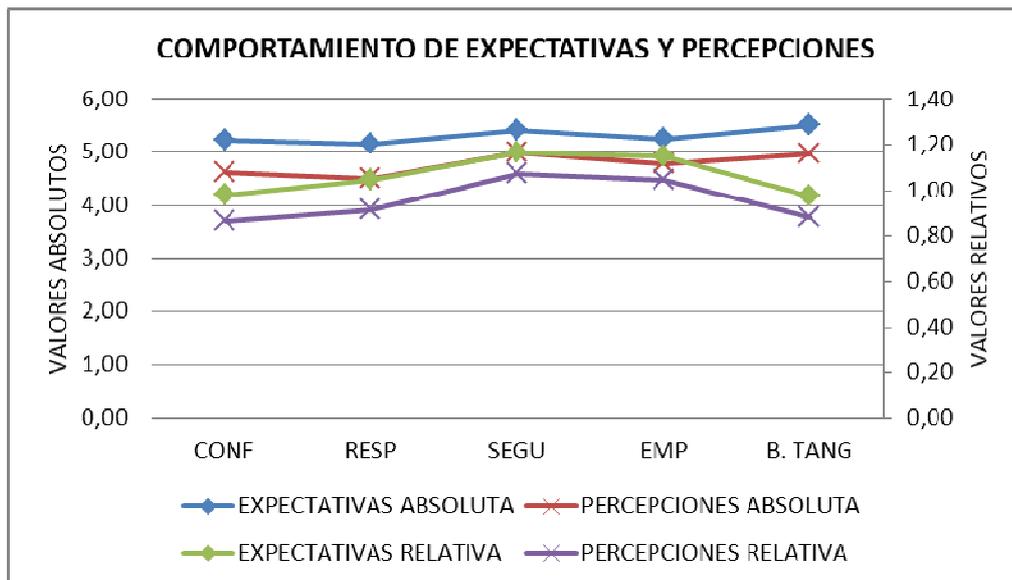
La dimensión con menos insatisfacción corresponde a seguridad con un valor de -0,42, seguida de empatía con un valor de -0,47.

En cuanto a los valores relativos que se presentan en la tabla 10, se aprecia que el orden de las brechas se mantiene respecto a valores absolutos, salvo que las brechas seguridad y bienes tangible que presentan el mismo valor de -0,09.

Las brechas de las dimensiones de responsabilidad y confiabilidad son las más preocupantes, por lo tanto requieren mayor atención si se pretende reducir la insatisfacción.

A continuación se muestra el gráfico con el comportamiento de las expectativas y percepciones respecto a las dimensiones de calidad como análisis complementario a los ya realizados.

GRAFICO 6: COMPORTAMIENTO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIONES EN VALORES ABSOLUTOS Y RELATIVOS DE USUARIOS



Al observar el gráfico 6, el comportamiento de la curva de expectativas absolutas se puede apreciar que la dimensión de seguridad y bienes tangibles tienen mayor pendiente pero al observar la curva de expectativa relativa seguridad mantiene la mayor pendiente a lo igual que empatía, pero bienes tangibles disminuye respecto a la curva de expectativas absolutas.

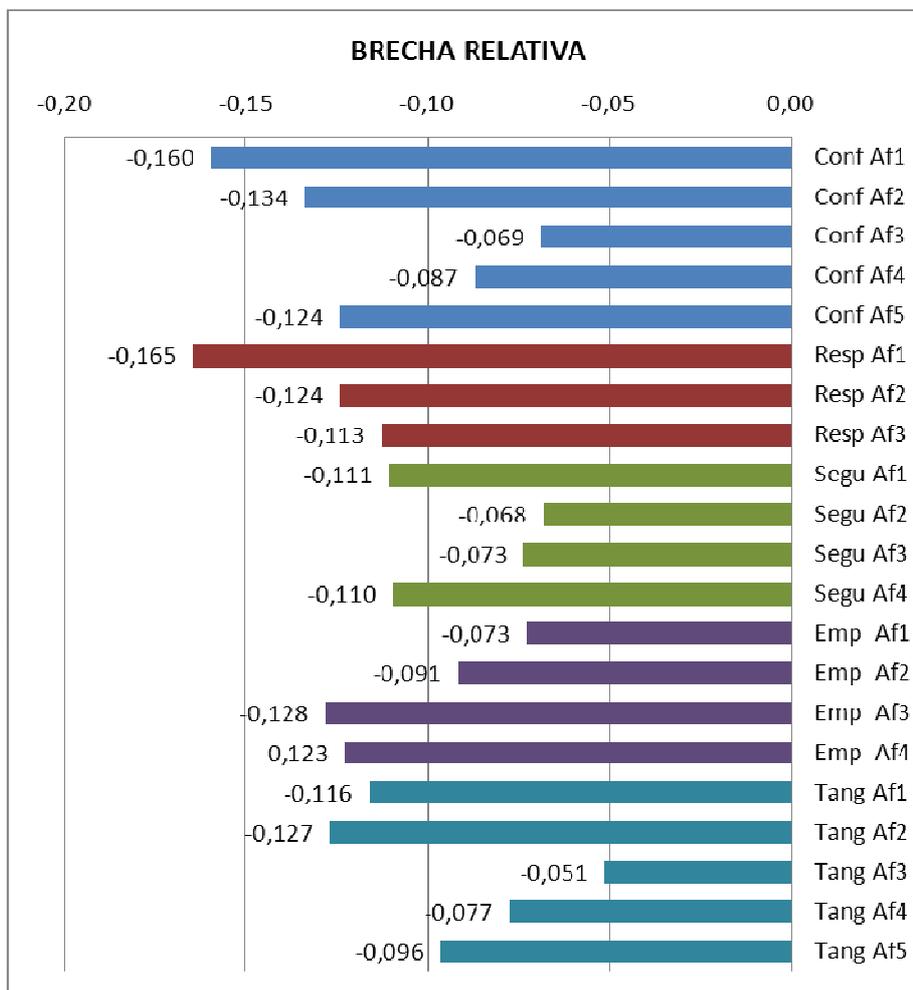
Al observar la curva de las percepciones absolutas se puede ver, que seguridad y bienes tangibles tienen pendientes más altas respecto a las otras dimensiones y siendo responsabilidad la que tiene una menor pendiente en la curva. En cuanto a percepciones relativas seguridad y empatía tienen la mayor pendiente y confiabilidad tiene la pendiente más baja.

Al ver el comportamiento de las expectativas y percepciones absolutas se observa que en las dimensiones de seguridad y bienes tangibles se concentran las mayores pendientes de la curva y la menor pendiente en responsabilidad. En valores relativos las mayores pendientes se encuentran en seguridad y empatía, siendo bienes tangibles la dimensión con menor pendiente.

A continuación se presenta el gráfico 7 con las brechas relativas por dimensión de calidad y con sus respectivas afirmaciones con el fin de realizar un análisis de brechas

dentro de cada dimensión y clarificar las brechas más negativas en las cuales existe mayor insatisfacción por parte de los usuarios.

GRAFICO 7: BRECHA RELATIVAS DE AFIRMACIONES



- **Análisis de Brecha relativa de la Dimensión Confiabilidad**

Al observar el gráfico se puede deducir que la afirmación uno que se refiere a “cuando el CAE promete hacer algo en un tiempo determinado, lo cumple”, presenta la mayor brecha negativa (-0,160), seguida de la afirmación tres que se refiere a “el CAE desempeña el servicio de manera correcta a la primera vez”, con una brecha de -0,134. Ambas afirmaciones son las que requieren mayor preocupación en esta dimensión, ya que se encuentran entre las más altas del total de afirmaciones (segunda y tercera mayores brechas negativas, respectivamente).

- Análisis de Brecha absoluta de la dimensión responsabilidad

En esta dimensión se puede deducir que la afirmación uno, que se refiere a “el personal del CAE brinda el servicio con prontitud a los usuarios”, tiene la mayor brecha (-0,165); le sigue la afirmación dos que indica “el personal del CAE siempre se muestra dispuesto ayudar a los usuarios”, con una brecha de -0,124. La afirmación uno es la que presenta la mayor brecha entre todas las afirmaciones de las distintas dimensiones.

- Análisis brecha absoluta de la dimensión seguridad

Al observar esta dimensión de calidad, la afirmación uno, que indica que “el comportamiento del personal del CAE inspira confianza”, es la que presenta la mayor brecha negativa, que es de -0,111; le sigue la afirmación cuatro que se refiere a “el personal del CAE cuenta con el conocimiento para responder las consultas de los usuarios.” con un valor de brecha negativa de -0,110.

- Análisis brecha absoluta de la dimensión empatía

En ésta dimensión de calidad, la afirmación tres, que se refiere a “el CAE se preocupa de cuidar los intereses de sus usuarios”, muestra la mayor brecha negativa (-0,128) y le sigue la afirmación cuatro, que indica “el personal del CAE entiende sus necesidades específicas”, con una brecha negativa, con un valor de -0,123. La afirmaciones tres tiene la cuarta brecha negativa mayor entre el total de afirmaciones.

- Análisis de Brecha absoluta de la dimensión bienes tangibles

Al observar esta dimensión, la afirmación dos, que indica “las instalaciones físicas del CAE son visualmente atractivas”, presenta la mayor brecha negativa (-0,127), y le sigue la afirmación uno, que indica, “la apariencia de los equipos del CAE es moderna”, con una brecha negativa de -0,116..

Adicional al análisis de brechas por dimensión de calidad, también se realizará un análisis por brechas negativas de cada afirmación que superen a la brecha total (-0,11).

Las Brechas relativas que superan a la brecha total en orden de importancia son:

El personal del CAE entrega el servicio con prontitud (-0,165).

Cuando el CAE promete hacer algo en un tiempo determinado lo cumple (-0,16).

El CAE muestra sincero interés por resolver los problemas (-0,134).

El CAE se preocupa por los intereses de los usuarios (-0,128).

Las instalaciones físicas del CAE son atractivas (-0,127).

El CAE mantiene informados a los usuarios (-0,124).

El personal del CAE entiende las necesidades de los usuarios (-0,123).

El equipamiento del CAE es moderno (-0,116).

El personal del CAE nunca está ocupado para no atender a los usuarios (-0,113).

El comportamiento del CAE inspira confianza (-0,111).

El personal del CAE cuenta con el conocimiento para responder consultas (-0,110).

Todas estas consideraciones deben ser tenidas en cuenta preferentemente por la institución si se desea aumentar la satisfacción usuaria.

4.4.1.5 ANÁLISIS DE LAS BRECHAS SEGÚN CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LOS USUARIOS POR CADA DIMENSIÓN DE CALIDAD.

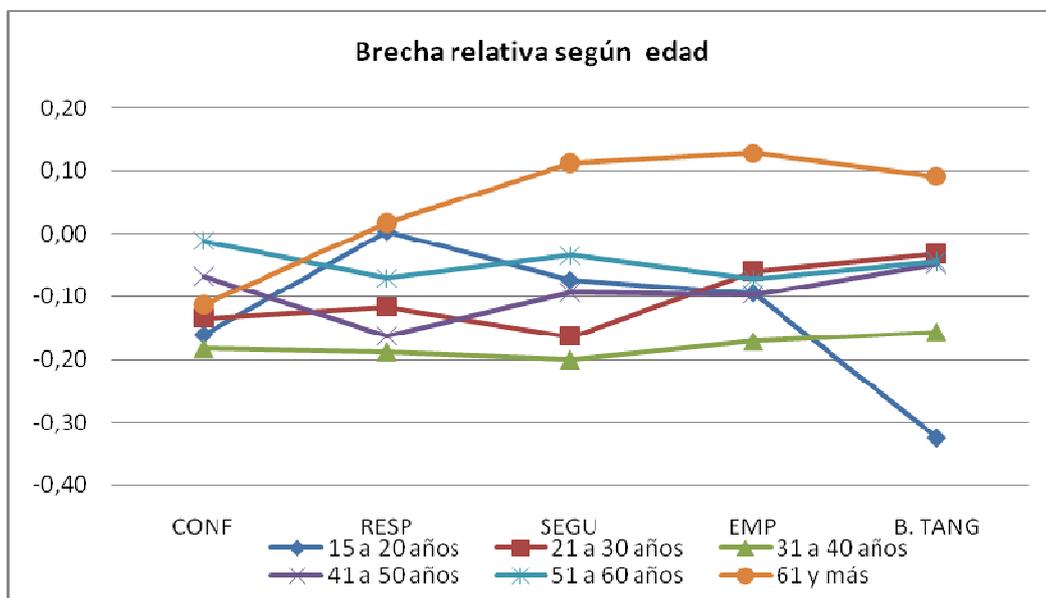
Éste análisis se consideró importante para complementar los análisis anteriores. A continuación se muestran los análisis de tendencias de las características personales con las dimensiones de calidad y sus respectivas brechas de los encuestados, consideradas importantes para la investigación.

Análisis Según Rango De Edad

Se han considerados los rangos de edades de los usuarios encuestados, para analizar sus brechas por cada dimensión de calidad del servicio, en donde cada usuario, según su edad, puede valorar de distinta forma el servicio.

A continuación se muestra el gráfico 8 con los resultados de las brechas por rango de edad en cada dimensión de calidad.

GRAFICO 8: BRECHAS RELATIVAS POR RANGO DE EDAD SEGÚN DIMENSIÓN DE CALIDAD.



Fuente: Elaboración Propia

Al observar el gráfico por edades de los usuarios, se puede ver que las tendencias son similares en la mayoría de rangos de edades, excepto en los rangos de 15 a 20 años y 61 y más. Para el caso de los usuarios de 15 a 20 años, la curva tiene un comportamiento similar en todas las dimensiones, sus brechas son positivas en cuatro de éstas, excepto en confiabilidad y sus mayores brechas las tiene en seguridad y empatía.

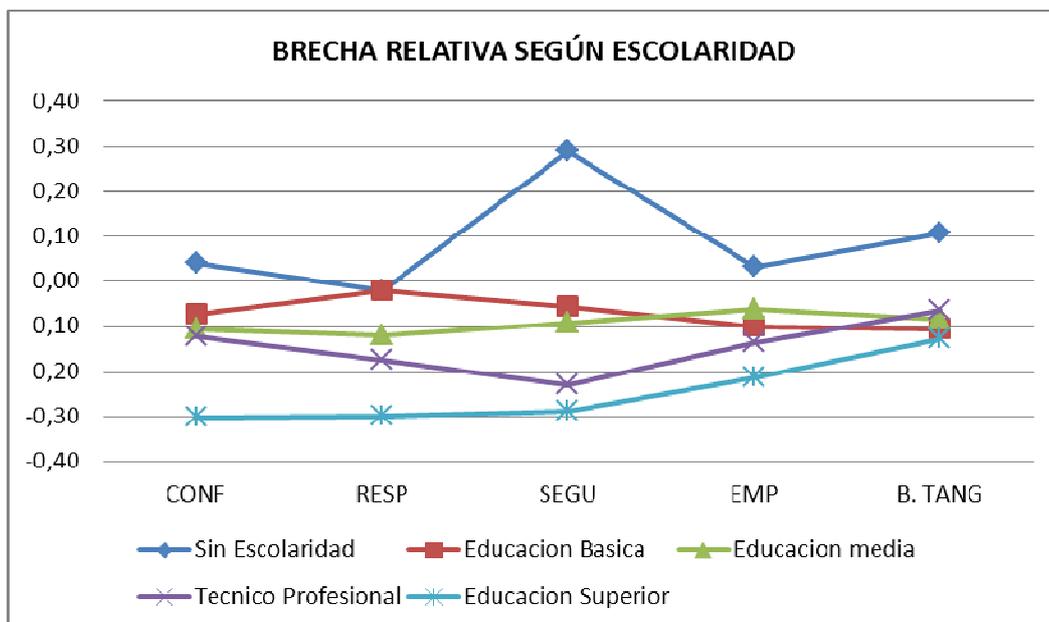
En el rango de edades de 61 y más años, sus brechas a excepción de la dimensión de Confiabilidad, son positivas, representando que las expectativas son superadas por el servicio recibido en el CAE del Hospital Herminda Martín

Análisis Según Escolaridad

Este análisis se realiza para ver cómo influye la escolaridad de las personas respecto la calidad de servicio que entrega el CAE, dados los distintos niveles de educación.

El siguiente gráfico muestra las brechas con la tendencia de los niveles de escolaridad respecto a las cinco dimensiones de calidad.

GRAFICO 9: BRECHA RELATIVAS DIMENSIONES DE CALIDAD SEGÚN ESCOLARIDAD DE USUARIOS



Al analizar las brechas relativas según características de nivel de escolaridad se observa que los usuarios sin escolaridad tienen una mayor brecha positiva en la dimensión seguridad, y todas sus brechas son positivas, excepto en responsabilidad. Lo contrario pasa en la categoría educación superior ya que la pendiente es baja y presenta las mayores brechas negativas.

Al hacer una observación general se puede ver que el nivel sin escolaridad es el único que tiene brechas positivas y al contrario, el resto de los niveles de educación se mantienen con la misma tendencia y sus curvas están por debajo de cero, lo que indica que las personas con estos niveles educacionales se encuentran insatisfechos por el servicio recibido.

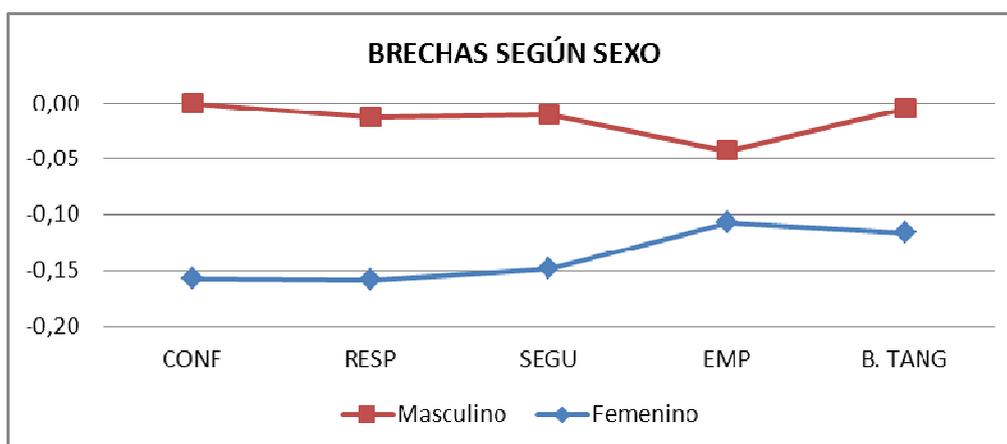
Este gráfico muestra cómo influye el nivel educacional en la evaluación del servicio. Se observa que aquellos que tienen una educación universitaria evalúan de forma negativa el servicio, pero en el caso opuesto, los usuarios sin escolaridad creen que lo recibido supera lo esperado.

Análisis Según Sexo

Se incorpora este análisis de brechas con el fin de identificar qué diferencias existen al momento de evaluar las dimensiones de calidad de los usuarios según su sexo.

A continuación se muestran los resultados de las brechas con la tendencia que tiene cada dimensión de calidad

GRAFICO 10: BRECHAS RELATIVAS DIMENSIONES DE CALIDAD SEGÚN SEXO DE USUARIOS



Al observar las brechas según sexo se puede analizar que los hombres tienen mayor tendencia por la dimensión confiabilidad y bienes tangibles, en que sus brechas son mínimas y la menor tendencia la tienen por empatía, en cambio las mujeres tienen mayores brechas. La menor brecha es en la dimensión empatía y las mayores en confiabilidad y responsabilidad.

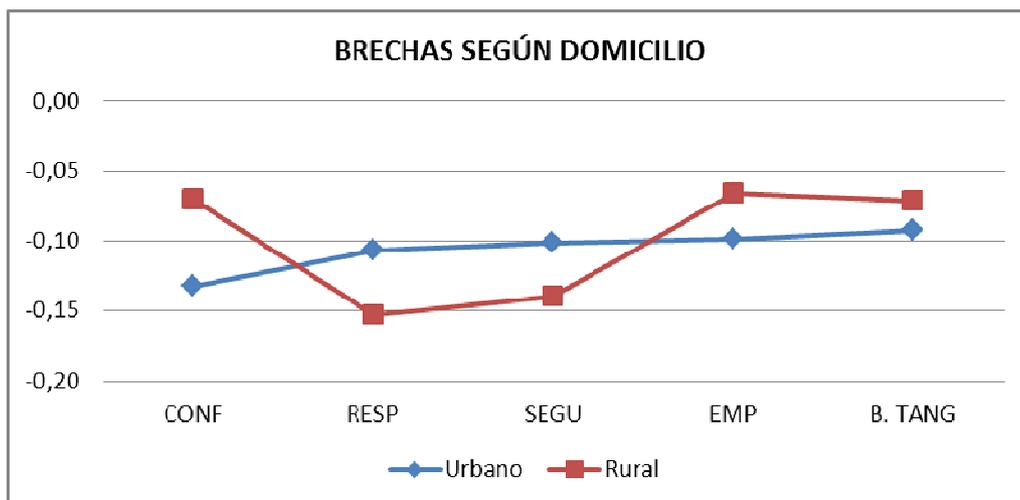
Al hacer un análisis general de ambos sexos, las brechas de los hombres son menores a las de las mujeres, lo que indica que a pesar que ambos están insatisfechos con el servicio, es el sexo masculino el que tiene menor insatisfacción.

Análisis Según Sector De Domicilio

En las características personales consultadas se consideró la procedencia o sector domiciliario de los usuarios y cómo se comporta la tendencia de brechas por cada dimensión de calidad.

El gráfico a continuación muestra el resultado de las brechas relativas y la tendencia de las dimensiones de calidad.

GRAFICO 11: BRECHAS RELATIVAS DIMENSIONES DE CALIDAD SEGÚN DOMICILIO DE USUARIOS



Al ver el gráfico se puede apreciar que el tanto las personas provenientes del sector urbano como del sector rural se encuentran insatisfechas con el servicio, ya que las brechas de ambas categorías son negativas. Si se observa el comportamiento del sector urbano, éste tiene una tendencia más o menos constante en todas las dimensiones siendo bienes tangibles la que tiene la mayor tendencia y confiabilidad la tendencia menor. En cambio en las otras tres dimensiones la situación es a la inversa y existe mayor insatisfacción en las personas del sector urbano.

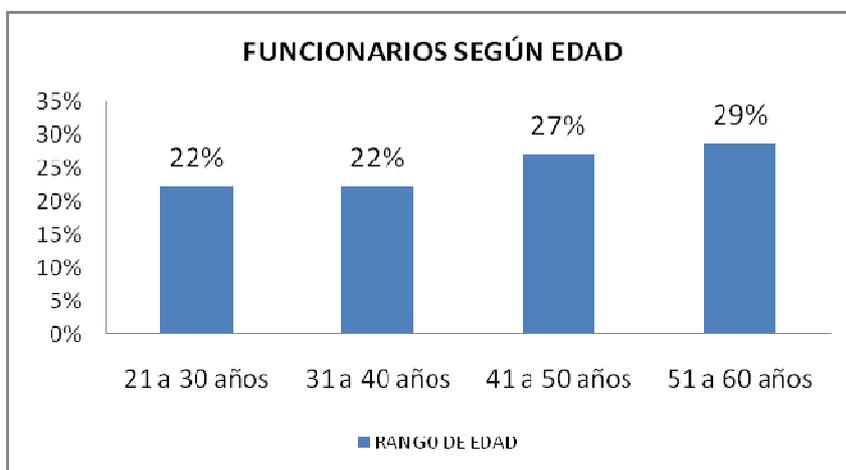
4.4.2 MEDICION DE CALIDAD DEL PUNTO DE VISTA DE FUNCIONARIOS

En esta parte de la investigación, se muestran los resultados de la medición de la calidad a los funcionarios que atienden a los pacientes o usuarios del CAE. Como se señaló anteriormente, se utilizó también la Escala Multidimensional SERVQUAL, al igual que en el caso de los usuarios.

4.4.2.1 ANÁLISIS GENERAL DE CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LOS FUNCIONARIOS.

A continuación se muestra de forma gráfica las características personales de los funcionarios encuestados en el CAE del Hospital Clínico Herminda Martin.

GRAFICO 12: FUNCIONARIOS SEGÚN EDAD

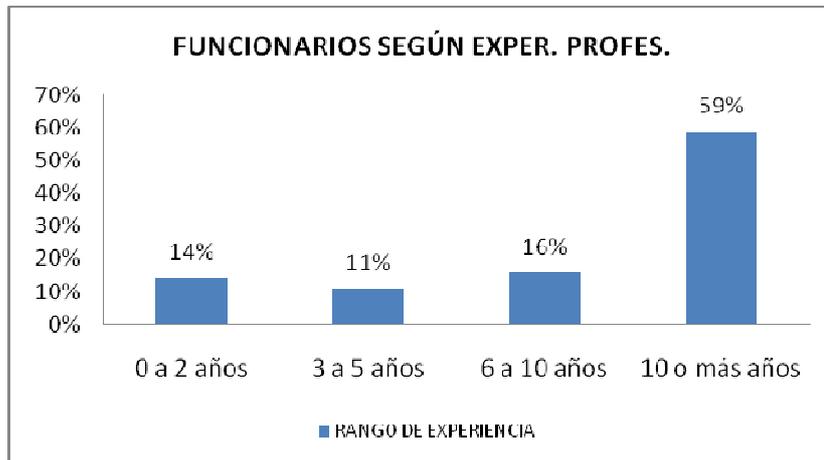


Fuente: Elaboración Propia

El gráfico anterior muestra el porcentaje de los rangos de edades de los funcionarios encuestados y se puede observar que no existe demasiada diferencia entre los

rangos, pero cabe señalar que los funcionarios de 51a 60 años, tienen la mayor concentración de encuestados.

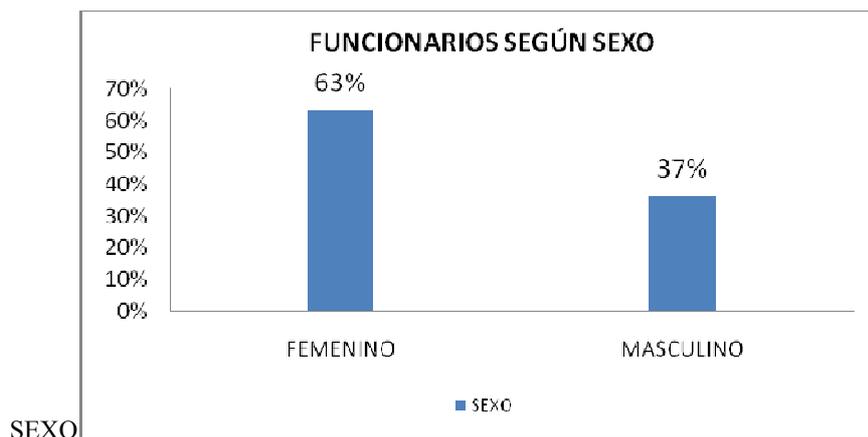
GRAFICO 13: FUNCIONARIOS SEGÚN AÑOS DE SERVICIO



Fuente: Elaboración Propia

Observando el gráfico se demuestra que los funcionarios con más experiencia están concentrados en el rango de los 10 o más años y equivalen a un 59% del total de encuestados.

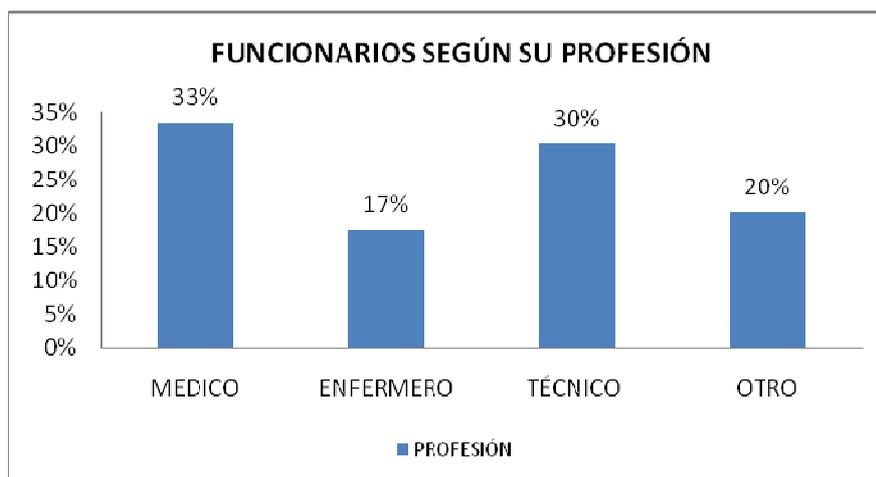
GRAFICO 14: FUNCIONARIOS SEGÚN SEXO



Fuente: Elaboración Propia

El gráfico representa que del total de funcionarios encuestados, el 63% corresponde a mujeres y el resto a hombres; aquí se puede deducir que hay más funcionarias mujeres (en una proporción de casi dos a uno), por ende ellas representan la mayor parte de la muestra.

GRAFICO 15: FUNCIONARIOS SEGÚN PROFESIÓN



Fuente: Elaboración Propia

Según el análisis del gráfico se puede apreciar que del total de funcionarios encuestados según su profesión, un tercio fueron médicos. Técnicos en enfermería un 30%, siendo estos dos estamentos en conjunto más del 60% del total encuestado.

4.4.2.2 ANÁLISIS DE PREPONDERANCIAS DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD SEGÚN FUNCIONARIOS.

A continuación se muestra la tabla con los resultados obtenidos de las preponderancias de las dimensiones de calidad o el grado de importancia que le entregan los funcionarios del CAE a cada una de las dimensiones de calidad.

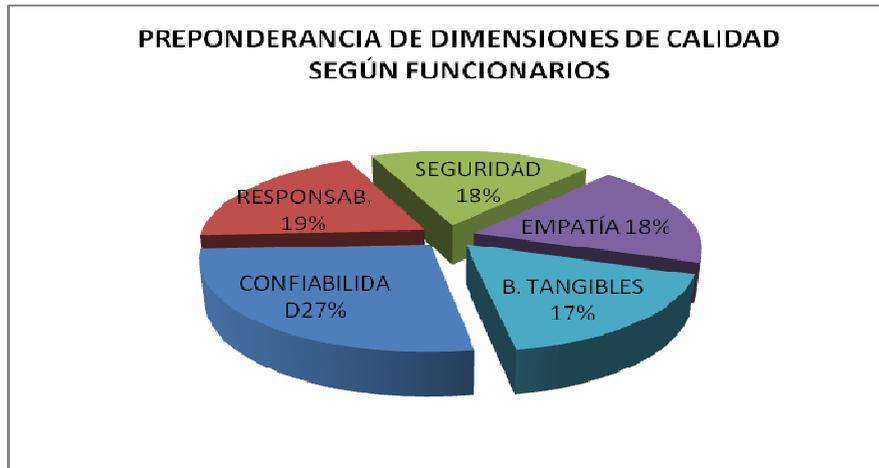
TABLA 11: IMPORTANCIA DE DIMENSIONES DE CALIDAD SEGÚN USUARIOS

DIMENSIÓN	PORCENTAJE	DESV. STD
CONFIABILIDAD	27%	0,13
RESPONSABILIDAD	19%	0,08
SEGURIDAD	18%	0,07
EMPATÍA	18%	0,09

B. TANGIBLES	17%	0,09
--------------	-----	------

Según los resultados que muestra la tabla, se puede observar que los funcionarios otorgan mayor importancia a la dimensión de confiabilidad con un 27%. Las restantes dimensiones presentan una importancia similar

GRAFICO 16: IMPORTANCIA DE DIMENSIONES DE CALIDAD



Fuente: Elaboración Propia

El gráfico muestra la distribución en porcentajes del grado de importancia que le asignan los funcionarios encuestados a cada dimensión de la calidad del servicio del CAE.

4.4.2.3 ANÁLISIS DE LAS EXPECTATIVAS DE LOS FUNCIONARIOS POR CADA DIMENSIÓN DE CALIDAD

En la tabla 13 se muestra los resultados de las expectativas de los funcionarios respecto al servicio que es entregado en una institución de salud de calidad, expresado en valores absolutos y relativos por cada dimensión de calidad.

TABLA 12: EXPECTATIVAS ABSOLUTAS DE FUNCIONARIOS

DIMENSIÓN	ABSOLUTO	
	Media	Desv. Std
CONFIABILIDAD	6,09	1,09
RESPONSAB.	6,09	1,09
SEGURIDAD	6,47	0,83
EMPATÍA	6,02	1,15
B. TANGIBLES	5,93	1,23

Al observar las dimensiones de calidad por media absoluta, se puede observar que los funcionarios inclinan su mayor expectativa por la dimensión de seguridad la que se refiere “al conocimiento y cortesía que tienen los funcionarios y su habilidad para inspirar confianza”, con una calificación de 6,47,

Por otro lado, la dimensión de calidad con menor expectativa para los funcionarios, corresponde a bienes tangibles, con una calificación 5,93, indicando que no esperan que una institución de salud mantenga una excelente apariencia de las instalaciones e infraestructura.

Los valores relativos que muestra la tabla a continuación están ponderados según la importancia otorgada por los funcionarios a cada una de las dimensiones de calidad.

TABLA 13: EXPECTATIVAS RELATIVAS DE FUNCIONARIOS

DIMENSIÓN	RELATIVO	
	Media	Desv. Std
CONFIABILIDAD	1,64	0,97
RESPONSAB.	1,17	0,57
SEGURIDAD	1,20	0,51
EMPATÍA	1,10	0,57
B. TANGIBLES	1,01	0,59

Fuente: Elaboración Propia

El análisis de las medias relativas permite observar que los funcionarios inclinan su mayor expectativa relativa por la dimensión de confiabilidad, con una calificación de 1.68 y su menor expectativa relativa, para la dimensión de bienes tangibles, con un 0,99. Al analizar las otras dimensiones no existe gran diferencia entre los valores de su puntuación.

TABLA 14: COMPARACIÓN EXPECTATIVAS ABSOLUTAS Y EXPECTATIVAS RELATIVAS DE FUNCIONARIOS

IMPORTANCIA	%	EXPECTATIVAS ABSOLUTAS	valor	EXPECTATIVAS RELATIVAS	valor
CONFIABILIDAD	27%	SEGURIDAD	6,47	CONFIABILIDAD	1,64
RESPONSAB.	19%	CONFIABILIDAD	6,09	SEGURIDAD	1,20
SEGURIDAD	18%	RESPONSAB.	6,09	RESPONSAB.	1,17
EMPATÍA	18%	EMPATÍA	6,02	EMPATÍA	1,10
B. TANGIBLES	17%	B. TANGIBLES	5,93	B. TANGIBLES	1,01

Fuente: Elaboración Propia

Al observar la tabla 15, se muestra que la importancia dada en cada dimensión se encuentra entre el 27% y el 17%, siendo la dimensión de confiabilidad la que mayor importancia tiene para los funcionarios, seguida por responsabilidad y seguridad. En valores absolutos, no se produce grandes cambios respecto a la importancia asignada, siendo las con mayor evaluación las dimensiones de seguridad, confiabilidad y responsabilidad.

En el caso de las expectativas relativas, las dimensiones mantienen relativamente igual el orden establecido en importancia asignada por los funcionarios, siendo la dimensión con mayor expectativas la de confiabilidad. Las dimensiones menos importantes son las de empatía y bienes tangibles.

Cabe hacer notar que la dimensión bienes tangibles es la que presenta menor importancia y en la que existen además menores expectativas por parte de los funcionarios.

4.4.2.3 ANALISIS DE LAS PERCEPCIONES DE LOS FUNCIONARIOS POR CADA DIMENSIÓN DE CALIDAD

En las siguientes tablas se muestran y explican los resultados obtenidos de las percepciones de los funcionarios sobre la calidad del servicio del CAE, expresados en valores absolutos y relativos de cada una de las dimensiones de calidad los valores relativos o ponderados por el grado de importancia que le asignan los funcionarios del CAE a cada dimensión de calidad.

TABLA 15: PERCEPCIONES ABSOLUTAS DE FUNCIONARIOS

DIMENSIÓN	ABSOLUTO	
	Media	Desv. Std
CONFIABILIDAD	4,31	1,49
RESPONSAB.	5,13	1,38
SEGURIDAD	5,34	1,24
EMPATÍA	4,86	1,36
B. TANGIBLES	3,90	1,46

Fuente: Elaboración Propia

Al observar la tabla de las percepciones absolutas las dimensiones mejor evaluadas por los funcionarios son la dimensión de seguridad, con una calificación de 5.34 y la dimensión de responsabilidad, con un 5.13. La percepción más baja es para la dimensión de bienes tangibles, con una calificación de sólo 3,90

TABLA 16: PERCEPCIONES RELATIVAS DE FUNCIONARIOS

DIMENSIÓN	RELATIVO	
	Media	Desv. Std
CONFIABILIDAD	1,16	0,68
RESPONSAB.	0,98	0,59
SEGURIDAD	0,99	0,46
EMPATÍA	0,89	0,61
B. TANGIBLES	0,67	0,39

Al analizar los resultados por medias relativas, se puede observar que la dimensión mejor percibida es de confiabilidad, con una calificación de 1.16. Con la más baja calificación la dimensión de bienes tangibles, con una calificación de 0.67. De esto se puede deducir que los funcionarios perciben que en el CAE los inmuebles y equipos no son muy atractivos.

Al observar todas las dimensiones en valores relativos se puede deducir que las dimensiones de confiabilidad es la mejor percibida por los funcionarios y la de bienes tangibles la peor percibida por estos, pero al observar las dimensiones de responsabilidad, seguridad y empatía, se deduce que los funcionarios no tienen demasiada diferencia de percepción en cuanto a estas tres dimensiones de calidad.

TABLA 17: COMPARACIÓN PERCEPCIÓN ABSOLUTA Y PERCEPCIÓN RELATIVA DE FUNCIONARIOS

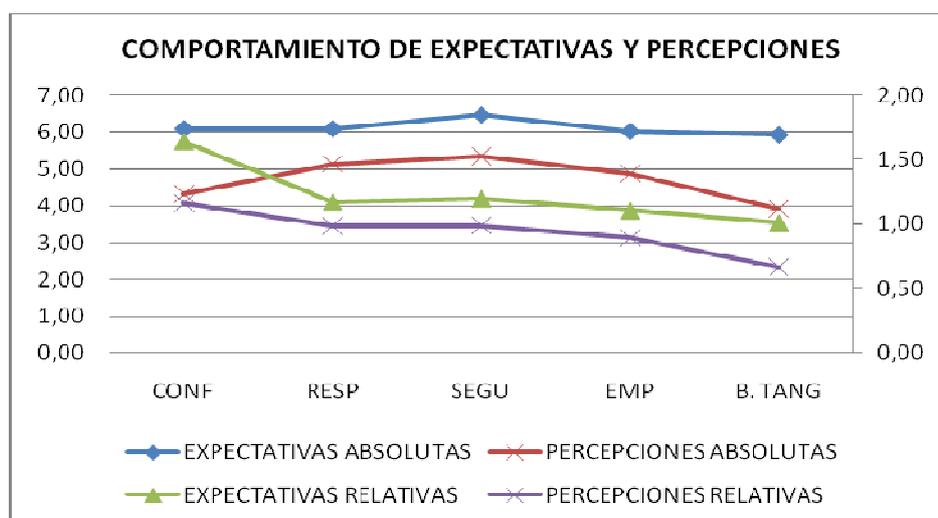
IMPORTANCIA	%	PERCEPCIONES ABSOLUTAS	valor	PERCEPCIONES RELATIVAS	valor
CONFIABILIDAD	27%	SEGURIDAD	5,34	CONFIABILIDAD	1,16
RESPONSAB.	19%	RESPONSAB.	5,13	SEGURIDAD	0,99
SEGURIDAD	18%	EMPATÍA	4,86	RESPONSAB.	0,98
EMPATÍA	18%	CONFIABILIDAD	4,31	EMPATÍA	0,89
B. TANGIBLES	17%	B. TANGIBLES	3,90	B. TANGIBLES	0,67

Fuente: Elaboración Propia

La tabla indica que a la dimensión confiabilidad los usuarios le otorgan la mayor importancia con un 27%. Al observar las percepciones absolutas, es la dimensión seguridad la mejor evaluada y en el caso de las percepciones relativas, resulta confiabilidad la con mayor puntaje. La dimensión bienes tangibles se mantiene en todos los casos como con menor percepción.

A continuación se muestra el gráfico con el comportamiento de las expectativas y percepciones respecto a las dimensiones de calidad como análisis complementario a los ya realizados.

GRAFICO 17: COMPORTAMIENTO DE EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES DE FUNCIONARIOS



Fuente: Elaboración Propia

La tabla 19 que se muestra a continuación resume los valores, tanto absolutos como relativos de las dimensiones de calidad y las brechas resultantes de los funcionarios del CAE.

TABLA 18: COMPARACIÓN ENTRE EXPECTATIVAS, PERCEPCIONES Y BRECHAS DE FUNCIONARIOS POR DIMENSIÓN DE CALIDAD.

DIMENSION	EXPECTATIVAS ABSOLUTAS	PERCEPCIONES ABSOLUTAS	BRECHA ABSOLUTA	EXPECTATIVAS RELATIVAS	PERCEPCIONES RELATIVAS	BRECHA RELATIVA
CONFIANZA	6,09	4,31	-1,78	1,64	1,16	-0,48
RESPONSABILIDAD	6,09	5,13	-0,96	1,17	0,98	-0,18
SEGURIDAD	6,47	5,34	-1,13	1,20	0,99	-0,21
EMPATIA	6,02	4,86	-1,16	1,10	0,89	-0,21
BIENES TANGIBLES	5,93	3,90	-2,03	1,01	0,67	-0,35

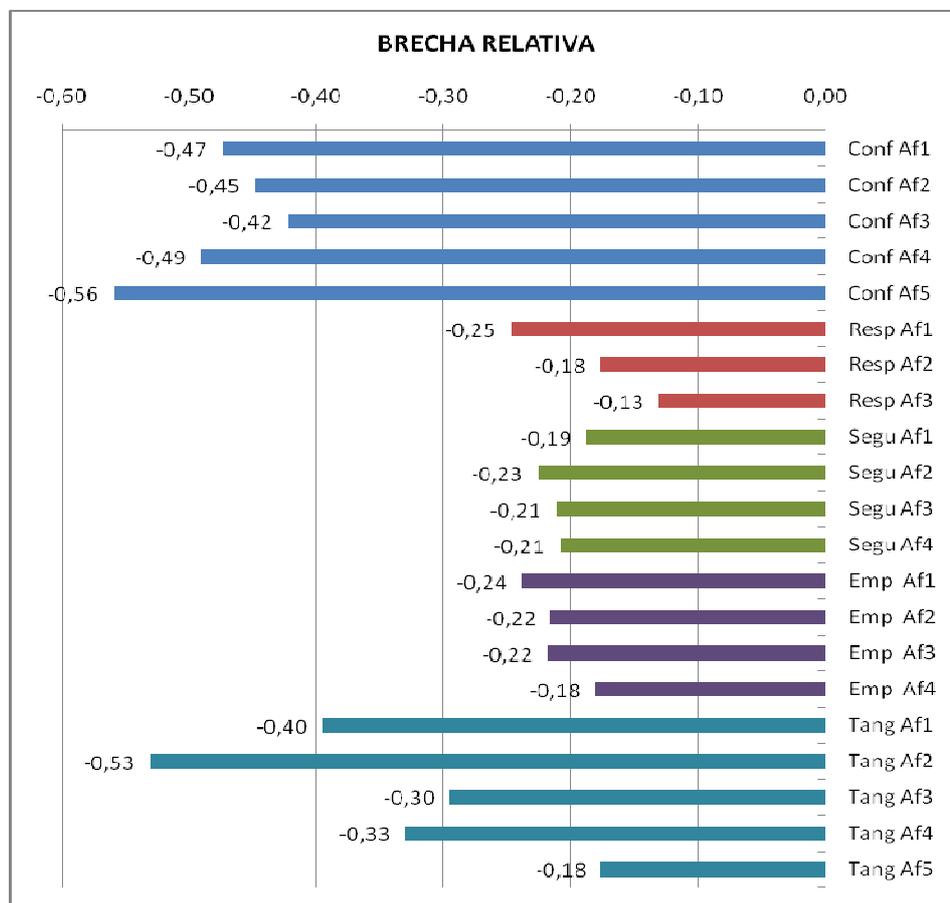
Fuente: Elaboración Propia

Al analizar la tabla se puede decir que al comparar en valores absolutos, las expectativas de los funcionarios, en todas las dimensiones de calidad superan a las percepciones, lo que da como resultado brechas negativas en todas ellas.

En cuanto a los valores relativos se puede apreciar que debido a la importancia asignada por el personal, la dimensión responsabilidad es la con mayor deficiencia respecto a lo que debiese ser un servicio de calidad, con una brecha negativa relativa de -0,48. A pesar de la

menor importancia asignada por el personal de CAE, la dimension de bienes tangibles es la segunda dimension con mayor brecha.

GRAFICO 18: BRECHAS RELATIVA DEL SERVICIO POR AFIRMACIÓN SEGÚN FUNCIONARIOS



Fuente: Elaboración Propia

- Brecha relativa De la Dimension Confiabilidad

Según las preponderancias dada por el personal interno del Consultorio Adosado de Especialidades, es la dimensión de Confiabilidad la más relevante en la entrega de un servicio de salud. La figura 18, muestra que las afirmaciones de Confiabilidad son las que mayor deficiencia muestran en comparación a las otras afirmaciones que son medidas, presentando cinco de las seis mayores brechas del total de afirmaciones.

Cabe recordar que la brecha relativa que existe en la Confiabilidad es de -0,48, siendo la dimensión con la brecha más alta.

- Análisis de Brecha relativa de la dimension responsabilidad

La brecha que se produce entre las expectativas y la percepción de la disponibilidad que tiene la institución de salud para entregar un servicio con prontitud, es la más pequeña (-0.18).

Al observar las brechas por afirmación, todas son negativas. La mayor corresponde a la afirmación referida a la prontitud con la cual se entrega el servicio (Resp Af1) con una puntuación de -0,25.

- Análisis brecha relativa de dimension de seguridad

La brecha de la dimension en terminos relativos es de -0,21 siendo la más cercana en cerrar la brecha del servicio. Las afirmaciones presentan brechas relativas similares y son todas negativas. La afirmacion sobre la atención del CAE (Segu Af2), tiene la mayor brecha de -0,23.

- Análisis brecha relativa dimension de empatía

Al observar las afirmaciones, la mayor deficiencia se da en la afirmacion de la atencion individual (Emp Af1) con una discrepancia de -0,24. Todas las afirmaciones presentan brechas negativas.

- Análisis de Brecha relativa de los bienes tangibles

Respecto a la brecha relativa, según la evaluación realizada por el personal interno, es de -0,35, siendo la dimensión con la segunda mayor deficiencia, debido a la gran diferencia que existe entre las expectativas y la percepción del servicio en términos absolutos (-2,03). La debilidad que tiene el CAE respecto a sus instalaciones en las cuales se presta el servicio, siendo la mayor deficiencia dentro de la dimensión, las instalaciones físicas (Tang Af2) donde la brecha absoluta es de -0,53 debido a la baja percepción que tiene el personal que se desempeña en el consultorio de especialidades.

Al analizar, según el promedio de la brecha total del servicio, que es de -0.30, se observa que son en las dimensiones de confiabilidad y la de bienes tangibles las que contienen las afirmaciones con mayores deficiencias. Las mayores brechas son las siguientes:

El CAE mantiene informados a los usuarios (-0,56).

Las instalaciones físicas del CAE son visualmente atractivas (-0,53).

El CAE proporciona sus servicios en la oportunidad en que promete hacerlo (-0,49).

Cuando el CAE promete hacer algo en un tiempo determinado, lo cumple (-0,47).

el CAE muestra sincero interés por resolverlo los problemas de los usuarios (-0,45).

El CAE desempeña el servicio de manera correcta a la primera vez (-0,42).

La apariencia de los equipos del CAE es moderna (-0,40).

Los materiales comunicacionales del CAE, son visualmente atractivos (-0,33).

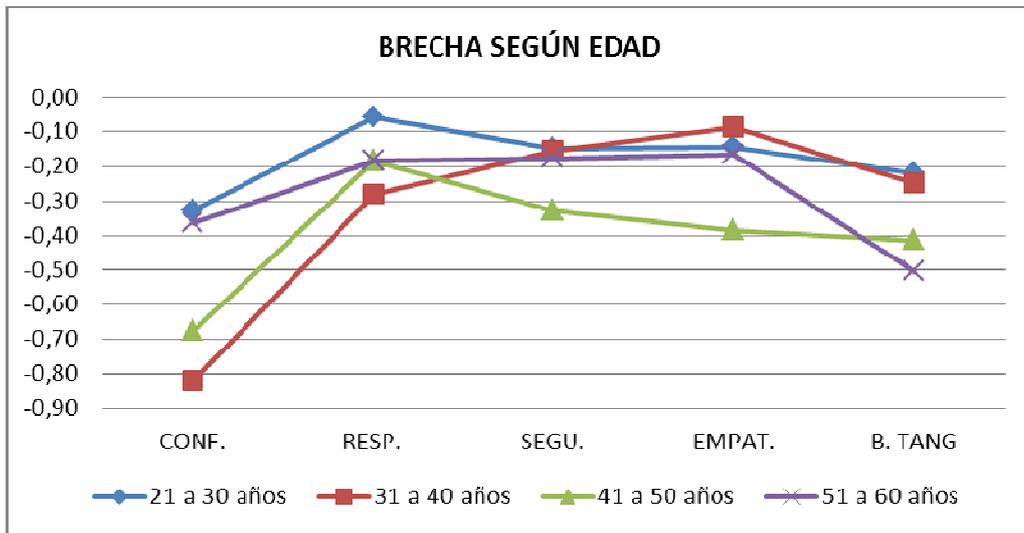
4.4.3 ANÁLISIS DE BRECHAS SEGÚN CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE FUNCIONARIOS POR CADA DIMENSIÓN DE CALIDAD.

A continuación se muestran los análisis de las características personales de los encuestados considerados importantes para la investigación. Los resultados de los cuales se extraen las siguientes gráficas, están en el anexo 4.

4.4.3.1 Análisis De Brecha Según Rango De Edad

Para el siguiente análisis se han considerados los rangos de edad de los funcionarios encuestados. A continuación se muestra la tabla con los resultados de la brecha existente entre expectativas y percepciones obtenidos por rango de edad en cada dimensión de calidad.

GRAFICO 19: EXPECTATIVAS DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD SEGÚN EDAD DE LOS FUNCIONARIOS



Fuente: Elaboración Propia

Al analizar la tabla de brechas con valores relativos según edad de los funcionarios, se observa que existe una mayor brecha en la dimensión de Confiabilidad en casi todos los rangos de edad. El personal que tiene una edad entre los 31 a 40 años, muestra la mayor brecha en la dimensión. tres de los cuatro rangos de edad estudiados, consideran esta dimensión con la mayor deficiencia, en cambio, el personal comprendido entre los 51 a 60 años, tiene una mayor brecha negativa en la dimensión de Bienes Tangibles.

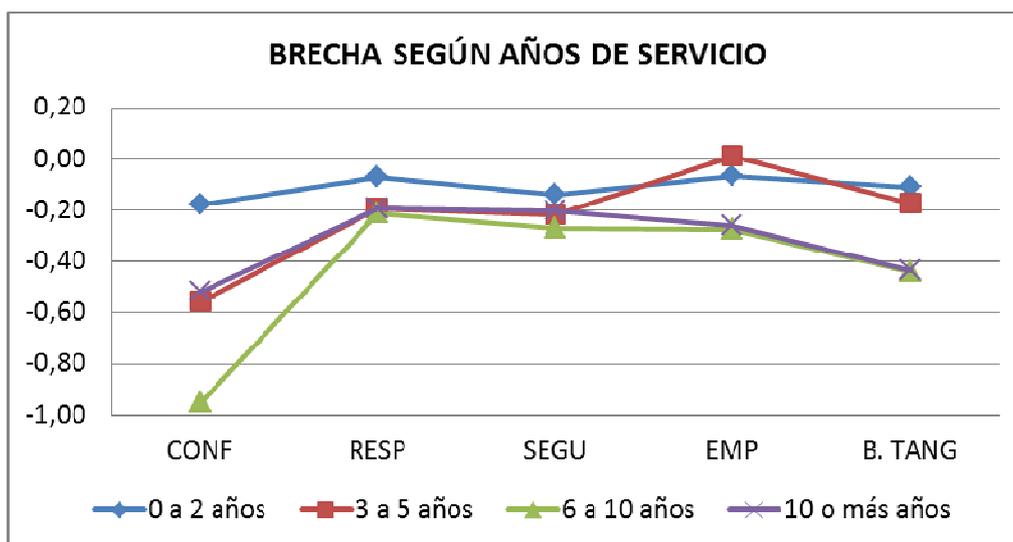
Al observar las curvas que se originan con la brechas del servicio, se observa que los diferentes rangos de edad tienen un comportamiento similar al considerar las dimensión de Responsabilidad, Seguridad y Empatía como las de menor deficiencia en el servicio.

4.4.3.2 Análisis De Brecha Según Experiencia Profesional

En el grafico 20 se muestran la deficiencia del servicio, según la experiencia profesional que tiene el personal que se desempeña en el CAE. Se considera importante este análisis, debido a existen funcionarios con mayor experiencia en el servicio que entregan en una institución de salud y otros con menos experiencia, por ende sus expectativas son diferentes respecto a la calidad del servicio.

A continuación se muestra la tabla con las dimensiones de calidad y la experiencia de los funcionarios en la entrega del servicio.

GRAFICO 20: BRECHA DE CALIDAD SEGÚN AÑOS DE SERVICIO LOS FUNCIONARIOS



Fuente: Elaboración Propia

Del grafico 20, se observa que existe un comportamiento similar al mostrado en el grafico 19, respecto a la brecha según la edad del personal que tiene contacto directo con los usuarios del CAE.

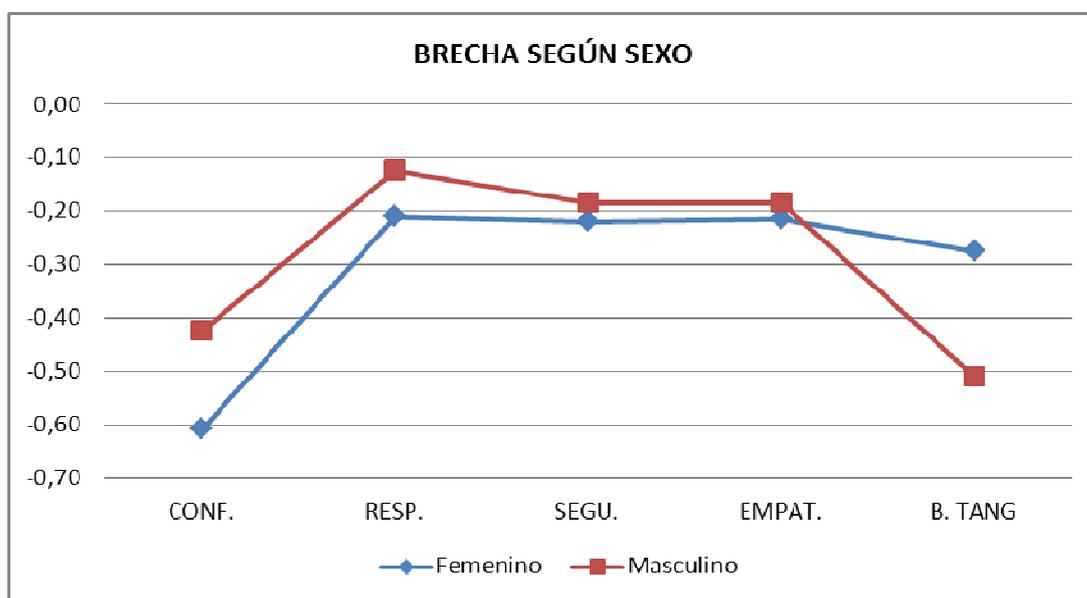
El personal con menor experiencia profesional, presenta una menor brecha negativa del servicio. Incluso al observar la curva del personal que tiene experiencia entre 3 a 5 años,

consideran que la dimensión de empatía tiene una percepción que supera las expectativas que se tiene de un servicio de salud de calidad.

Análisis de expectativas según sexo

La grafica 21 muestra las brechas existentes en el servicio, según el sexo del personal del CAE.

GRAFICO 21: BRECHA DEL SERVICIO SEGÚN SEXO DE LOS FUNCIONARIOS



Fuente: Elaboración Propia

El grafico 21, muestra, que tanto el personal femenino como el masculino tienen brechas similares, siendo las mujeres las que perciben la mayor deficiencia del servicio entregado en el CAE. La dimensión de Confiabilidad que presenta la mayor brecha negativa, en el caso de las mujeres, no ocurre lo mismo para los hombres, consideran que en la dimensión de bienes tangibles es la que tiene una mayor deficiencia en el servicio.

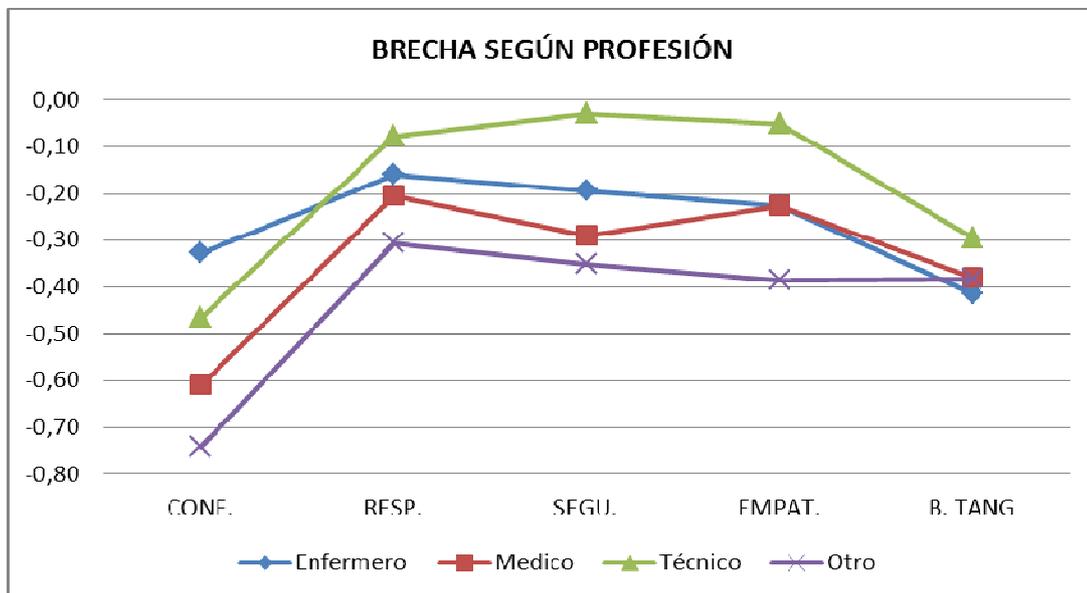
También se observa, que se mantiene el comportamiento que está ilustrado en las graficas anteriores, donde las curvas, tanto en el caso de hombres y mujeres, presentan las menores deficiencias en las dimensiones de Responsabilidad, Seguridad y Empatía.

Al comparar ambas curvas, la mayor diferencia se presenta en el caso de la dimensión de Bienes tangibles.

4.4.2.4 Análisis De Expectativas Según Profesión

Se consideró necesario analizar la profesión de los funcionarios para ver cómo influye ésta en la calidad del servicio del CAE. La siguiente tabla muestra los tipos profesión y cómo evalúan las cinco dimensiones de calidad del servicio.

Grafico 22: BRECHA DEL SERVICIO SEGÚN PROFESIÓN DE LOS FUNCIONARIOS



Fuente: Elaboración Propia

Al observar la grafica 22, el comportamiento de las curvas, es similar al mostrado en el caso de analizar la brecha por dimensión, según edad y experiencia profesional.

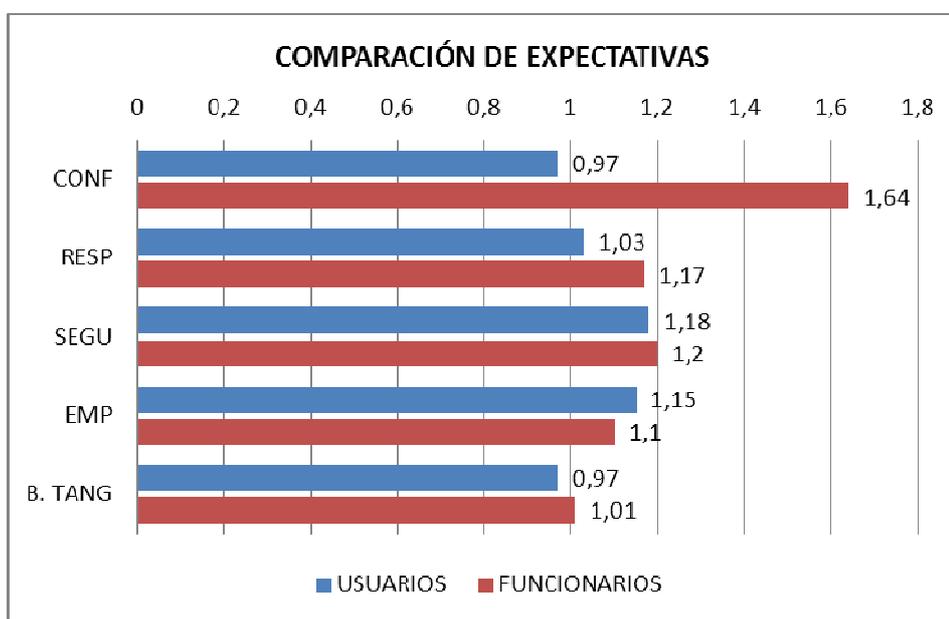
El personal que corresponde a la categoría Otros, presenta las mayores brechas, en las dimensiones de Confiabilidad, Responsabilidad, Seguridad, Empatía, lo cual muestra que son lo que mayores deficiencias encuentran en la calidad de servicio del Consultorio Adosado de Especialidades. En el caso de la dimensión de Bienes Tangibles, son los enfermeros los que perciben una mayor brecha del servicio, sin embargo, tanto los Médicos, y Otros, tienen una

brecha similar en dicha dimensión. Dentro del personal que trabaja en el CAE, el personal Técnico, es el que tiene las menores brechas negativas de calidad de servicio. Las dimensiones de Responsabilidad, Seguridad y Empatía son las brechas más cercanas de cerrar.

4.5 COMPARACIÓN DE EXPECTATIVAS, PERCEPCIONES Y BRECHAS ENTRE USUARIOS Y FUNCIONARIOS.

El objetivo fundamental de esta investigación es la comparación de expectativas y percepciones de usuarios y funcionarios, por ello se presentan los gráficos con los resultados obtenidos de las brechas relativas de sus afirmaciones por cada dimensión de calidad, con el fin de analizar las discrepancias que tienen al momento de evaluar la calidad del servicio.

GRAFICO 23: COMPARACIÓN DE EXPECTATIVAS RELATIVAS USUARIOS Y FUNCIONARIOS DEL CAE.



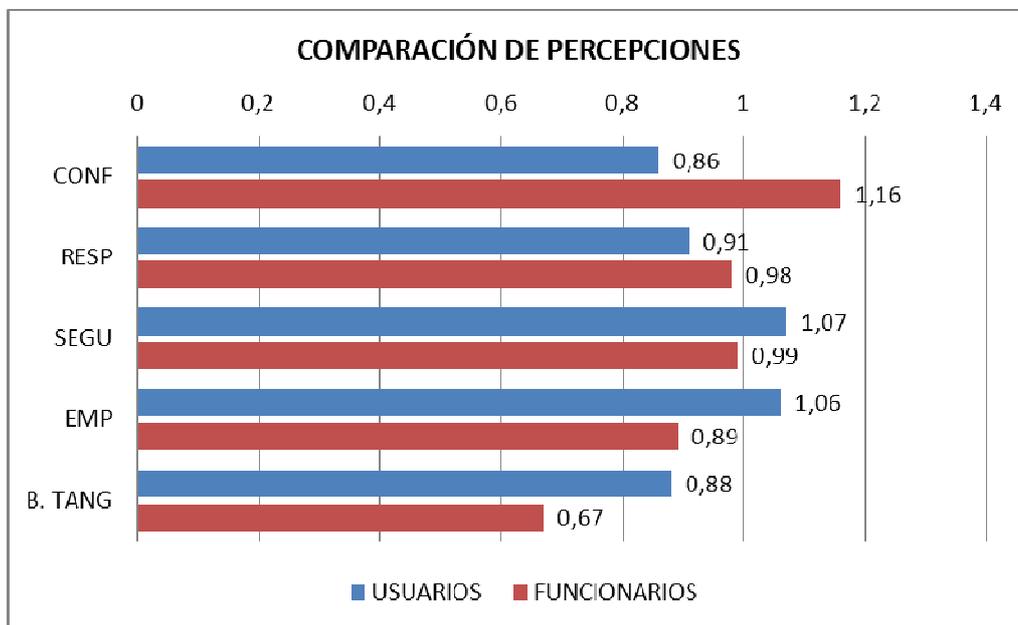
En el gráfico 23, se muestra la comparación de las expectativas de usuarios y funcionarios. Se puede observar que los usuarios tienen sus mayores expectativas en las dimensiones de seguridad y empatía y sus menores expectativas en confiabilidad y bienes

tangibles, en cambio los funcionarios sus mayores expectativas se presentan en las dimensiones de confiabilidad y seguridad y las menores expectativas están en las dimensiones de bienes tangibles y empatía.

Al realizar una comparación general de las dimensiones de calidad se deduce que la dimensión empatía es la segunda con mayor expectativa para los usuarios; por el contrario, para los funcionarios es una de las dimensiones que le genera menos expectativas. Además ambos coinciden en considerar la dimensión de bienes tangibles como la que tiene menor expectativa en el servicio de una institución de salud.

Al analizar todas las expectativas de las dimensiones de calidad se puede apreciar que los funcionarios superan a los usuarios, excepto en la dimensión empatía, en que los usuarios superan a los funcionarios con una discrepancia de -0,05. La mayor discrepancia que presenta el gráfico 23 está en la dimensión de confiabilidad, donde los funcionarios superan a los usuarios con un discrepancia de 0,67.

GRAFICO 24: COMPARACIÓN DE PERCEPCIONES USUARIOS Y FUNCIONARIOS DEL CAE.



Fuente: Elaboración Propia

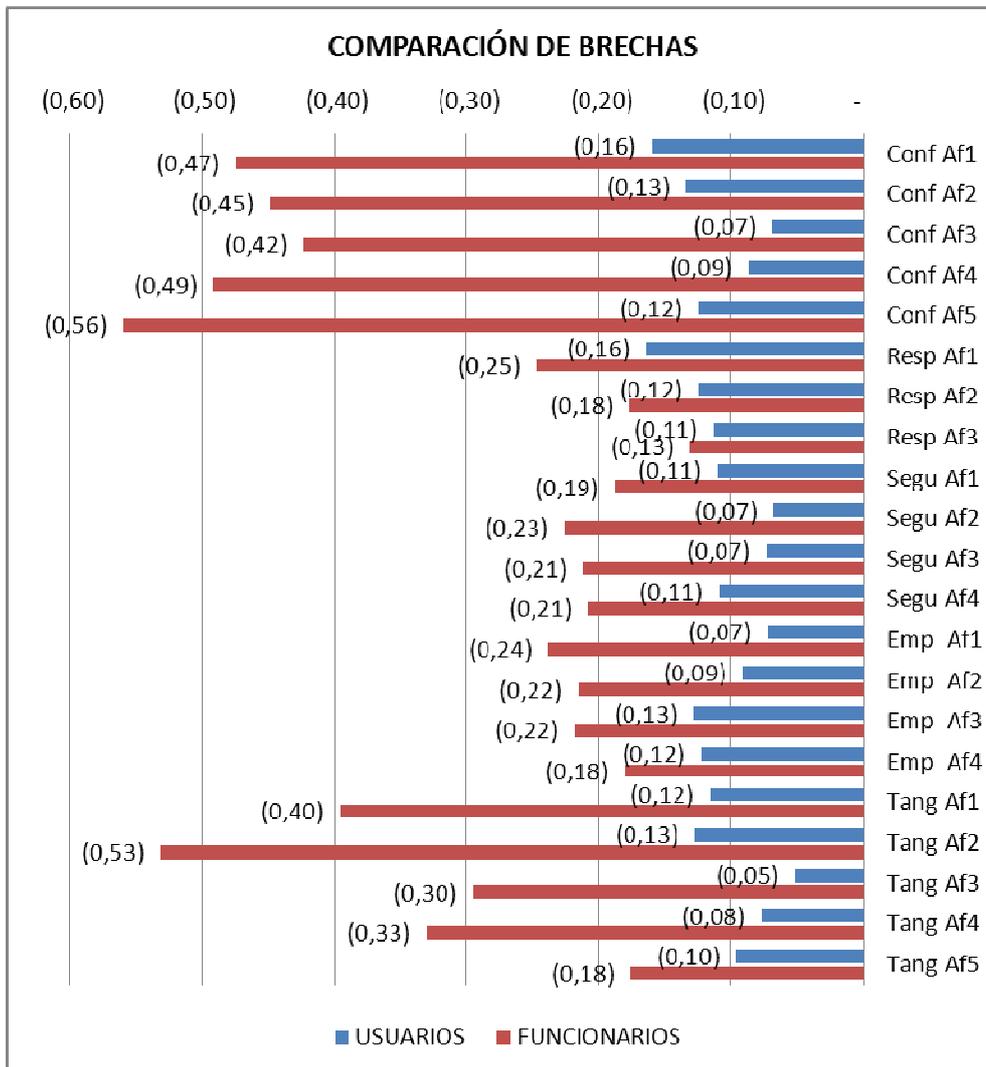
El gráfico 24, muestra la comparación de las percepciones de usuarios y funcionarios. Se puede ver que los usuarios tienen sus mayores percepciones en seguridad y empatía y sus menores percepciones en las dimensiones de confiabilidad y bienes tangibles. Por otro lado, los funcionarios tienen sus mayores percepciones en confiabilidad y seguridad y sus menores percepciones en bienes tangibles y empatía.

Se puede ver también que la dimensión confiabilidad con mayor percepción para los funcionarios, tiene menor percepción para los usuarios.

Al analizar todas las percepciones de las dimensiones de calidad, se puede decir que los usuarios superan en percepciones a los funcionarios en tres dimensiones, que son seguridad, empatía y bienes tangibles, en cambio los funcionarios superan a los usuarios en confiabilidad y responsabilidad, lo que indica que los usuarios perciben mejor al CAE en la entrega de un servicio que inspira confianza, que existe atención individual y que los bienes tangibles e infraestructura son visualmente atractivos, en cambio los funcionarios lo perciben más preocupado de entregar un servicio confiable y correcto y ayudar a los usuarios entregando un pronto servicio.

Se puede apreciar que las mayores discrepancias están en la dimensión confiabilidad y empatía, donde la percepción de confiabilidad es mayor en los funcionarios, con una diferencia de 0,3 respecto a los usuarios. En la percepción de empatía ocurre lo contrario, siendo mayor en los usuarios con una diferencia de 0,17 respecto a los funcionarios.

GRAFICO 25: COMPARACIÓN DE BRECHAS DE USUARIOS Y FUNCIONARIOS CAE



Al observar el gráfico, las brechas negativas de los funcionarios superan ampliamente a las de los usuarios en las todas las afirmaciones que componen la Escala Multidimensional SERVQUAL.

Las mayores discrepancias de brechas de las afirmaciones entre usuarios y funcionarios son:

- El CAE mantiene informados a los usuarios del servicio entregado (-0,44).

- El CAE entrega el servicio cuando promete hacerlo (-0,40).
- Las instalaciones físicas del CAE son visualmente atractivas (-0,40).
- El CAE desempeña del servicio de manera correcta la primera vez (-0,35).
- El CAE muestra sincero interés por resolver los problemas a los usuarios (-,31).
- Cuando el CAE promete hacer algo en un tiempo determinado lo cumple (-0,31).
- Las apariencias de los equipos del CAE es moderna (-0,28).
- Los materiales de comunicación del CAE son atractivos (-0,25).

Las menores discrepancias de brechas de las afirmaciones entre usuarios y funcionarios son:

- El personal del CAE nunca está demasiado ocupado como para no atender a los usuarios (-0,02).
- El personal del CAE siempre se muestra dispuesto ayudar a los usuarios (-0,05).
- El personal del CAE entiende las necesidades de los usuarios (-0,06).
- El comportamiento del personal del CAE inspira confianza (-0,077).
- Los horarios de atención del CAE son convenientes (-0,08).
- El personal del CAE entrega el servicio con prontitud (-0,082).
- El CAE se preocupa de cuidar los interés de los usuarios (-0,09).
- El personal del CAE cuenta con el conocimiento para responder las consultas de los usuarios (-0,10).

Al hacer un análisis general podemos decir que en las 21 afirmaciones los funcionarios son mas críticos de calidad del servicio que entrega el CAE que los usuarios respecto a los que sería un servicio de excelencia (expectativas).

4.6 CONCLUSIONES

La investigación se basó principalmente en la medición y comparación de expectativas y percepciones entre usuarios y funcionarios pudiendo determinar las diferencias que existen entre ellos en relación a la calidad del servicio. Se obtiene como resultado que ambos esperan más calidad de servicio del CAE, debido a que existe insatisfacción respecto al servicio, lo cual se refleja en los resultados de la medición. Los principales resultados reflejan principalmente que existe insatisfacción por el servicio del CAE, tanto para los usuarios como de los funcionarios lo cual, lleva a que no se logre percibir un servicio de calidad. Otro aspecto es la relevancia que características como el nivel educacional o la edad tienen al momento de evaluar el servicio, esto puede ser causa de las experiencias y el conocimiento que se tiene de otros servicios y por último, que a pesar de realizar los mayores esfuerzos en el mejoramiento de la infraestructura, tanto los usuarios y funcionarios consideran otros aspectos como más relevantes en la entrega del servicio.

Para el primer objetivo, referido a “medición de expectativas y percepciones de los usuarios”, se determinó una muestra estadística aleatoria simple a la que se aplicó como instrumento de medición la Escala Multidimensional SERVQUAL. Los resultados indican que las expectativas son mayores a las percepciones. Significando esto que se produce una insatisfacción por parte del usuario. En cuanto a la percepción, de acuerdo a los resultados de la medición, el servicio no está siendo entregado correcta y confiablemente. Ellos perciben más negativamente aspectos como que no le prestan ayuda, no se les provee un pronto servicio y no se les brinda atención personalizada.

Para el segundo objetivo, referido a “medición de expectativas y percepciones de los funcionarios” se utilizó la misma metodología que para los usuarios y los resultados indican que las expectativas superan a las percepciones, lo que indica que factores como su formación técnica o profesional, los lleven a tener concepto más elevado de lo que debe ser un servicio de calidad en una institución de salud y perciben que el servicio del CAE no logra cumplir con esas expectativas.

Para cumplir el tercer objetivo, que se refiere a “determinar las brechas que existen entre lo que espera recibir de un servicio y lo que realmente reciben los usuarios”, se debió realizar un cálculo de los valores absolutos y relativos (en el cual se agrega la importancia de la dimensión de calidad), entre percepciones y expectativas (P-E), lo que entregó como resultado que las brechas en todas las dimensiones de calidad fueron negativas, es decir no existe satisfacción de parte de los usuarios por el servicio que entrega el CAE.

Para el cumplimiento del cuarto objetivo referido a “determinar las brechas que existen entre las expectativas y percepciones de los funcionarios respecto la calidad del servicio”. Se calculó de la misma manera que los usuarios, existiendo insatisfacción por el servicio que se entrega en el CAE. Los funcionarios conocen el servicio de manera distinta a los usuarios y como personal que trabaja en el CAE está constantemente informado de los cambios que el gobierno pueda implementar en la salud, como sistemas de información, infraestructura o contratación de personal nuevo, por ende la creencia de mejorar la calidad del servicio hace que sus expectativas sean elevadas que las evaluadas por los usuarios.

Para cumplir con el quinto objetivo, el que se refiere a “establecer si existen discrepancias de las brechas entre expectativas y percepciones de los usuarios y funcionarios, se realizaron análisis de las expectativas y percepciones en conjunto, y resultó que ambos tienen brechas negativas en todas las dimensiones de calidad, siendo mayores las brechas de los funcionarios en todos los aspectos. De esto puede concluir que tanto en los usuarios como en los funcionarios existe insatisfacción por la calidad del servicio que se entrega en el CAE.

Se deduce que los usuarios poseen mejor percepción del servicio en cuanto a la seguridad y empatía que entrega el CAE y su más baja percepción está dada por la dimensión de confiabilidad, Esto podría indicar que los usuarios perciben el servicio con cortesía y empatía, pero a la vez perciben que no les cumplen el servicio prometido, confiable y correctamente.

Los funcionarios perciben mejor el servicio en la confiabilidad y en la seguridad que entrega el CAE. Su percepción más baja está dada en los bienes tangibles, lo cual indicaría que los funcionarios entregan el servicio con conocimiento y cortesía de manera confiable y

correcta a los usuarios, pero a la vez encuentran que los bienes tangibles e infraestructura no tienen las mejores condiciones para prestar el servicio a los usuarios.

En relación a las características de los encuestados, se puede decir que las personas mayores de 61 años perciben satisfacción en cuatro de las cinco dimensiones de calidad, esto es, en seguridad, responsabilidad, empatía y bienes tangibles. En el caso de la dimensión confiabilidad su brecha es negativa, es decir perciben que el servicio que prometen no es confiable ni correcto, los usuarios sin escolaridad tienen brechas positivas, es decir tienen satisfacción por el servicio que entrega el CAE, ya que sus percepciones son mayores a las expectativas. Esto principalmente se debe a su baja exigencia por un servicio de calidad. En cuanto a los usuarios con educación, primordialmente los con educación superior son más exigentes por el servicio que esperan recibir, sus brechas son negativas, lo que indica que no existe satisfacción; se puede deducir que tienen expectativas muy altas y encuentran que el servicio que entrega el CAE no es de la forma y el nivel de calidad que ellos esperan.

El estudio muestra que asisten más mujeres que hombres atenderse al Consultorio Adosado de Especialidades. Se puede decir que las mujeres requieren más atenciones médicas especializadas que los hombres. Ambos tienen brechas negativas, por ende no existe insatisfacción por el servicio que entrega el CAE lo cual queda demostrado al ver los resultados de las brechas según sexo.

De acuerdo al objetivo general del estudio, cabe señalar que los resultados analizados de la aplicación de la Escala Multidimensional SERVQUAL, en que se compararon expectativas y percepciones de los usuarios y funcionarios del Consultorio Adosado de Especialidades el HCHM, ambos tienen brechas negativas, es decir no existe satisfacción para los usuarios ni funcionarios en ninguna dimensión, respecto a la calidad del servicio que entrega el CAE.

Al analizar las percepciones de usuarios y funcionarios, se obtiene que los funcionarios superan en dos dimensiones de calidad a los usuarios, por lo tanto no se cumple la hipótesis planteada número uno.

Respecto a la hipótesis número dos, se acepta, ya que las expectativas de los funcionarios son mayores a la de usuarios sobre la calidad del servicio del CAE.

4.7 SUGERENCIAS

Con las sugerencias propuestas en la presente memoria de título, se pretende, colaborar en el mejoramiento de la calidad del servicio del CAE, luego de mostrar, a través de los resultados ya expuesto, las deficiencias que presenta el servicio.

Para establecer las recomendaciones, la base estará en lo indicado por Lovelock y Wirtz (2009), Zeithaml y Bitner (2002) y Corella (1998), que plantean que no es posible entregar un servicio de calidad al usuario externo, si no se tiene motivado al usuario interno. Para lo cual se requiere que éste considere que el servicio que entrega es de calidad, y tal como muestran los resultados expuestos en el capítulo 4, el servicio que se entrega en el CAE es insatisfactorio debido a que no se logra superar las expectativas de lo que debe ser un servicio de salud excelente. Lo anterior, conlleva que es necesario reducir las brechas que el personal considera más altas, lo cual impactará también en la reducción de las brechas que tienen los usuarios.

Para resolver las deficiencias detectadas, tanto por los funcionarios como por los usuarios, es necesario considerar el contenido de la oferta de los servicios de salud, la que, recordando lo indicado por Corella (1998), está compuesta por el servicio esencial, los servicios adicionales y los servicios de apoyo.

El servicio esencial, en el caso del CAE, se refiere a satisfacer la necesidad básica de salud, lo cual necesita evaluar si los procedimientos médicos se realizan satisfactoriamente.

Los servicios adicionales son los que permiten la creación de valor adicional en el servicio entregado, influyendo directamente en la satisfacción que tiene el usuario y funcionario. Se recomienda el mejorar las actitudes y comportamiento del personal, que a pesar de no tener la brecha más alta, influirán en los tiempos de atención, en la reducción de situación desagradables tanto para el usuario como para el funcionario, para lo cual se requiere desarrollar habilidades que permitan una mejor interacción al momento de la entrega del servicio, que sea un trato afable de parte del personal de contacto. Respecto a esto, y considerando que muchas de estas habilidades requieren de ser entrenadas constantemente, se sugiere que adicional al proceso de reclutamiento y selección de personal se incluya una

inducción en el tema de servicio al cliente y que posteriormente éste se tenga presente en los programas anuales de capacitación de la institución.

En relación a los servicios de apoyo, referidos a la imagen y comunicación, que como se señaló, impactan en las expectativas y las experiencias del cliente, una buena comunicación tanto interna como externa, induce en la forma que el usuario o funcionario enjuicia el servicio recibido. En el caso del CAE, una comunicación más constante, que muestre los logros obtenidos y los procesos de mejora que se estén desarrollando para un mejor servicio, permitiría obtener una mejor imagen global de la organización. Para tales efectos se debería recurrir en forma permanente a técnicas de comunicación como la publicidad y las relaciones públicas (presencia permanente de los medios de comunicación con noticias positivas con el quehacer de la institución, eventos en los cuales participen los funcionarios, usuarios y comunidad en general, como la cuenta pública anual folletos y afiches).

En definitiva, lo requerido para disminuir las brechas, es crear una cultura de servicio, normas prioritarias hacia una orientación a los servicios y el interés por los usuarios o clientes de forma transversal y constante, requieren protocolos y estándares de medición de calidad, además de incentivar y motivador a los funcionarios en esta orientación hacia el cliente.

Como se señaló en el marco teórico, la utilización del marketing interno es una medida a la cual cada vez más instituciones de salud pública están recurriendo.

En el caso de los usuarios del CAE, las dimensiones que tiene mayores deficiencias son las de responsabilidad y las de confiabilidad, lo cual requiere que la dirección del Consultorio de Especialidades establezca mejoras en aspectos como el tiempo de entrega del servicio, especialmente en el aspecto de las demoras y tiempos de espera, lo cual se conseguirá con una ampliación en el número de especialistas disponibles, y con una mejora en el proceso de asignación de horas evitando así, vacíos que retrasen la entrega del servicio. Respecto a la confiabilidad, es necesario incentivar el uso de técnicas marketing dentro de la organización, para atender las necesidades que tiene el usuario interno, permitiendo así que éste comprenda la importancia de su labor en la entrega del servicio. Para esto se requiere describir el trabajo que se desea realicen, explicar cómo se espera que atiendan a los usuarios o clientes y

cómo deben resolverse sus dudas. También deben explicarse y justificarse los sistemas de promoción profesional, los sueldos y los incentivos y estos últimos vincularse de alguna manera con la satisfacción usuaria.

Los funcionarios, consideran que las dimensiones más deficientes son las de confiabilidad y las de bienes tangibles. En el primer caso, se repite las sugerencias planteadas para disminuir la brecha en el caso de los usuarios, respecto a la dimensión de bienes tangibles, la edificación del nuevo Consultorio Adosado de Especialidades, establecido en el proyecto PRONCAE, mitigaría esta brecha.

Respecto a los aspectos del servicio a priorizar al momento de aplicar soluciones que reduzcan la brecha existente, y considerando que los recursos son escasos, se debería establecer como criterio de prioridad aquellas afirmaciones que tengan mayor deficiencias en el servicio (la con mayor brecha negativas). para agrupar las prioridades se utiliza el valor de las brechas por dimensión servicio.

TABLA 19: PRIORIDADES PARA DISMINUIR BRECHAS POR AFIRMACIÓN

USUARIOS			FUNCIONARIOS		
Afirmación	BRECHA	Prioridad	Afirmación	BRECHA	Prioridad
Resp Af1	-0,165	Primera Prioridad	Conf Af5	-0,559	Primera Prioridad
Conf Af1	-0,160	Primera Prioridad	Tang Af2	-0,531	Primera Prioridad
Conf Af2	-0,134	Primera Prioridad	Conf Af4	-0,491	Primera Prioridad
Emp Af3	-0,128	Segunda Prioridad	Conf Af1	-0,474	Segunda Prioridad
Tang Af2	-0,127	Segunda Prioridad	Conf Af2	-0,448	Segunda Prioridad
Conf Af5	-0,124	Segunda Prioridad	Conf Af3	-0,423	Segunda Prioridad
Resp Af2	-0,124	Segunda Prioridad	Tang Af1	-0,395	Segunda Prioridad
Emp Af4	-0,123	Segunda Prioridad	Tang Af4	-0,330	Tercera Prioridad
Tang Af1	-0,116	Tercera Prioridad	Tang Af3	-0,295	Tercera Prioridad
Resp Af3	-0,113	Tercera Prioridad	Resp Af1	-0,247	Tercera Prioridad
Segu Af1	-0,111	Tercera Prioridad	Emp Af1	-0,239	Tercera Prioridad
Segu Af4	-0,110	Tercera Prioridad	Segu Af2	-0,226	Tercera Prioridad
Tang Af5	-0,096	Cuarta Prioridad	Emp Af3	-0,218	Tercera Prioridad
Emp Af2	-0,091	Cuarta Prioridad	Emp Af2	-0,215	Tercera Prioridad
Conf Af4	-0,087	Quinta Prioridad	Segu Af3	-0,211	Tercera Prioridad
Tang Af4	-0,077	Quinta Prioridad	Segu Af4	-0,208	Tercera Prioridad
Segu Af3	-0,073	Quinta Prioridad	Segu Af1	-0,188	Cuarta Prioridad
Emp Af1	-0,073	Quinta Prioridad	Emp Af4	-0,180	Cuarta Prioridad
Conf Af3	-0,069	Quinta Prioridad	Resp Af2	-0,177	Quinta Prioridad
Segu Af2	-0,068	Quinta Prioridad	Tang Af5	-0,176	Quinta Prioridad
Tang Af3	-0,051	Quinta Prioridad	Resp Af3	-0,131	Quinta Prioridad

En el caso de los usuarios externos, las afirmaciones que tengan una brecha negativa, superior a 0,13 (se utiliza como referencia la brecha más alta), son prioridad, en este caso, entregar un servicio con prontitud (Resp af 1), cumplir con los tiempos prometidos (Conf af 1) y el mostrar interés en resolver los problemas (Conf af 2).

En el caso de los funcionarios, los aspectos más críticos, son: mantener informado a los usuarios respecto a la ocasión en que se realizará la prestación del servicio (Conf af 5), las instalaciones físicas (Tang af2) y la entrega del servicio en la oportunidad que es prometida (Conf af 4) son éstas las mayores deficiencias en el servicio, lo cual representa alta prioridad en ser resueltas, desde el punto de vista del funcionario.

Para realizar la medición de los avances que conlleve las mejoras, que buscan reducir las deficiencias detectadas mediante la utilización de la Escala Multidimensional SERVQUAL, se sugiere el establecer indicadores para cada dimensión de calidad. Estos indicadores, se realizan al comparar los resultados de un año 0 con un año 1, lo cual requiere de parte de la administración del CAE, efectuar mediciones al servicio, utilizando el instrumento aplicado en esta investigación, en lapsos de tiempo que sean inferiores a 6 meses, lo cual permite llevar un seguimiento de la implementación de las mejoras, y si éstas no están entregando los resultados esperados, efectuar las acciones correctivas correspondientes, necesarias para lograr los objetivos que se establezcan en base a los aspectos del servicio que presenten las mayores brechas.

De los resultados obtenidos, y realizado el análisis de estos por parte de la Dirección del CAE y del Hospital Clínico Herminda Martín, se recomienda efectuar reuniones de trabajo integradas por usuarios, funcionarios y la Dirección del CAE, para comentar los resultados y encontrar los puntos en los que se esté fallando o por el contrario, en los que se está realizando un trabajo adecuado que motive una reducción de las brechas.

BIBLIOGRAFIA

AGÜERO, A y VALDÉS, S. 2002. Proposición de un modelo de gestión de calidad para servicios públicos de salud Hospital Herminda Martín de Chillán. Memoria para optar al título de Ingeniero Civil Industrial. Mención Gestión. Concepción. Universidad del Bío-Bío. Depto. de Ingeniería Industrial.

ARTAZA O, 2008. Los desafíos de la Autogestión Hospitalaria. Revista Chilena de Pediatría,

BRIONES, G. 2002, Metodología de investigación cuantitativa en las ciencias sociales, Bogotá, ICFES, 219.

CASTILLO, E. 2005. Recopilación escala Multidimensional SERVQUAL, Chillán, Universidad del Bio-Bio, Facultad de Ciencias Empresariales, 12p

CORELLA, Jose Maria. 1998. Introducción a la gestión de marketing en los servicios de salud, Departamento de Salud, Gobierno de Navarra

CORREA O, et al 2009. Medición de calidad y satisfacción usuaria. Seminario para optar al título de ingeniero de ejecución en administración de empresas. Chillán, universidad del Bío Bío, facultad de ciencias empresariales.216p.

CRONIN, J y TAYLOR S. 1994. SERPERF versus SERVQUAL, Journal of marketing.

DABHOLKAR, P.A. A contingency framework for predicting causality between customer satisfaction and service quality. *Advances in Consumer Research*, 1995

DRAGO, Marcelo. 2006. La reforma al sistema de salud Chileno de la perspectiva de los derechos humanos. Cepal, Serie Políticas sociales

EIGLIER, P. y LANGEARD, E. 1989. *Servucción, el marketing de servicios*. Madrid, McGRAW-HILL. 220p.

GARVIN, D. 1985. What does “product quality” really means, EE.UU, *Sloan management review*.

GRIMA, P, TORT-MARTORELL, J. 1995. *Técnicas para la gestión de la calidad*, Madrid, Editorial Díaz de Santos.

GRONROOS, C. 1994. *Marketing y gestión de servicios*. Madrid, Díaz de santos S.A. 221p.

GRONROOSS, C. 2000, *Service Management and Marketing*, UK, Jhon Wiley & Sons.

GUAJARDO G. 2008. *Administración De La Calidad Total*, México D.F, Editorial Pax México

HERNANDEZ, R. 1997, *Metodología de la investigación*, Ciudad de México, McGraw-Hill Interamericana de México. 505p.

HOFFMAN, K. BATESON, E. 2003. Fundamentos de marketing de servicios: conceptos, estrategias y casos. México, Thomson Editores

HOFFMAN, K. 2007. Principios de marketing y sus mejores prácticas, México, Thomson Editores.

ISHIKAWA, K. 2000 ¿Qué es el control de calidad?. La modalidad japonesa. Editorial Norma. Segunda Edición.

KOTLER, P. KELLER. K. 2009. Dirección de marketing. México, Editorial Pearson Educación.

KRAJEWSKI, L. RITZMAN L. 2005. Administración de operaciones: estrategia y análisis, México, Pearson Educación

LAMATA, F., CONDE, J., MARTÍNEZ, B. Y HORNO, M. 1994. Marketing Sanitario. Ediciones Díaz de Santos. S.A. Madrid. España.

LILJANDER, V. 1994. Modeling perceived service quality using different comparison standards. Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour, (7), 126-142.

LÓPEZ, S. 2007. Implementación de un sistema de calidad: Diferentes sistemas de calidad. España, Editorial Ideas Propias

LOVELOCK, C. WIRTZ, J. 2009. Marketing de Servicios: personal, tecnologías y estrategias. México, PERSON EDUCACIÓN, Sexta Edición.

MONTERO, N., et al 2007. Diagnostico sobre la atención usuario en consultorio Violeta Parra. Seminario para optar al título de técnico universitario en administración de empresas. Chillán, universidad del Bío Bío, facultad de ciencias empresariales. 141p.

MORALES Z. 2009 Una mirada desde la sicología cognitiva y la geografía de la percepción. Coordinadas culturales, (P.8).

NAVAS, L. 1990. Motivación Humana: Relaciones entre atribuciones y expectativas. Colección de Investigación educativa. Cartagena: Concejalía de Educación del Ayuntamiento de Cartagena.

PERALTA M. 2006. Rol de las expectativas en el juicio de satisfacción y calidad percibida en el servicio, revista de sicología y filosofía, volumen 1, n°14, pág. 195-214.

VARO. J, 1994. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: Un modelos de gestión hospitalaria. Madrid, Editorial Díaz de Santos.

VELANDIA et al Satisfacción y calidad: “análisis de la equivalencia o no de los términos”, revista gerencia y políticas de salud, Bogotá (Colombia) ,6 (13):139-168, diciembre de 2007

ZEITHAML, V Y BITNER, M. 2002. Marketing de servicio, un enfoque de integración del cliente a la empresa. Ciudad de México D.F, McGRAW-HILL.

DIRECCIONES DE INTERNET

AMERICAN MARKETING ASOCIATION 2009. Disponible en <http://www.marketingpower.com/Pages/default.aspx>. [Consultado el 25 de mayo de 2009.]

CASTILLO, L., DOUGNAC, A., VICENTEA, I., MUÑOZ, V. Y ROJAS, V. 2007. Los predictores de satisfacción de pacientes en un centro hospitalario universitario. Rev. méd. Chile, jun. 2007, vol.135, no.6, p.696-701. ISSN 0034-9887. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n6/art02.pdf>. [Consultado el 20 de mayo de 2009]

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Problemas de salud. 2009. (en línea) http://www.redsalud.gov.cl/temas_salud/problemas/problemas.html [consulta: 06 de abril de 2009].

REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA. 2009 (en línea) <http://www.rae.es/rae.html> [Consulta: 16 de mayo de 2009]

MIRANDA, J. 2007. Introducción a La Gestión De La Calidad

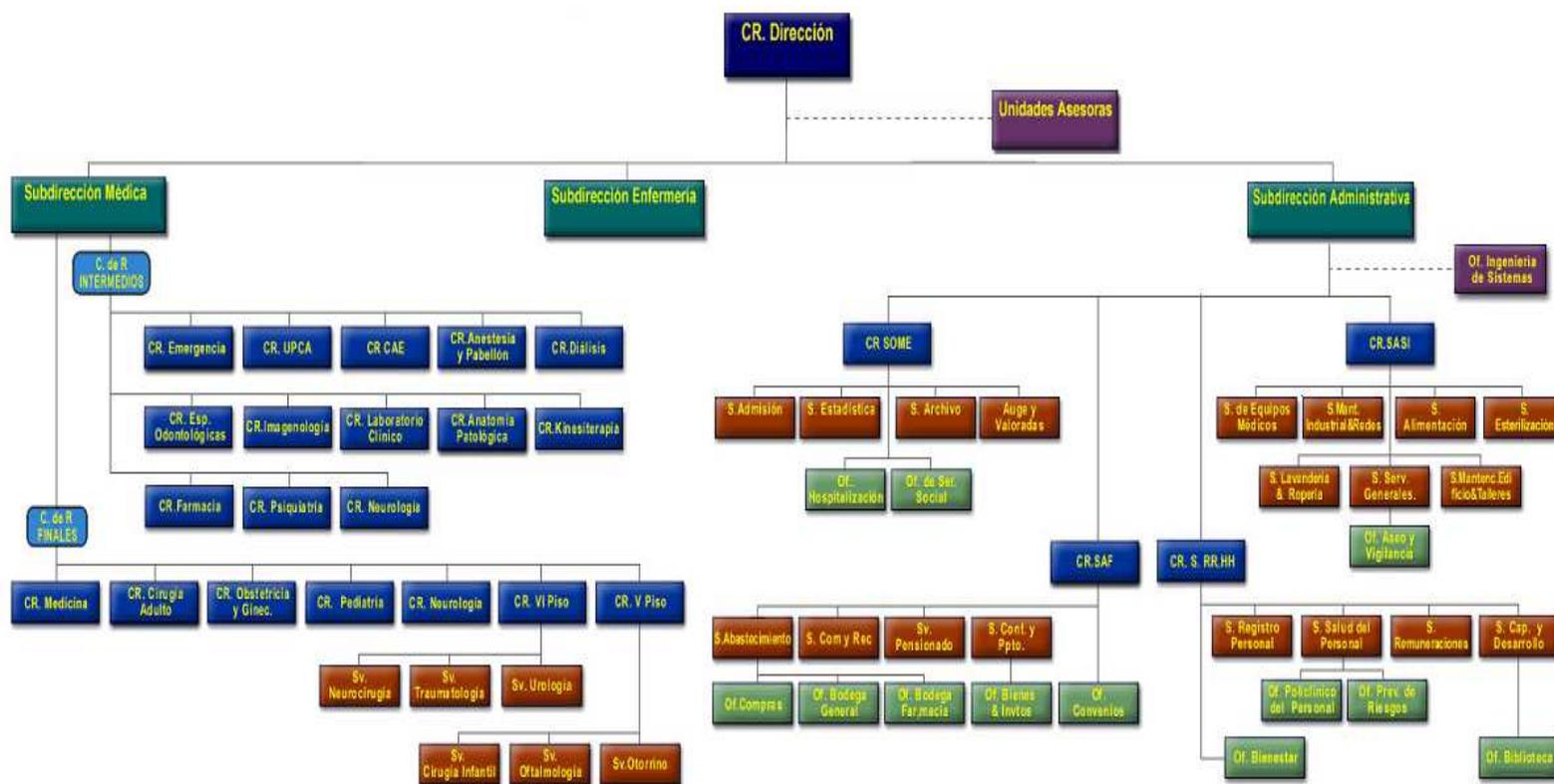
<http://books.google.cl/books?id=KYSMQQyQAbYC&pg=PA1&dq=historia+de+la+calidad&ei=jKqSSqyIHJXeNdTjkLQH#v=onepage&q=&f=false> [Consulta: 4 de Septiembre de 2009]

HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTÍN. 2008, Cuenta Publica año 2008.
<<http://hospitaldechillan.cl>> [Consulta: 06 de abril de 2009]

FERNÁNDEZ, M, GRANERO, J. 2005, Calidad Total: Modelo Efqm De Excelencia.<http://books.google.cl/books?id=ZxYPb_6NcXsC&printsec=frontcover&dq=calidad+total&lr=&ei=J7CSSvn4FojSMsKP3ZUH#v=onepage&q=&f=false>[Consulta: 4 de Septiembre de 2009]

ANEXOS

ANEXO 1: ORGANIGRAMA



ANEXO 2: CENTROS DE RESPONSABILIDAD

Centros de Responsabilidad Logísticos

- Dirección
- SAF
- Recursos Humanos
- SASI
- SOME

Centro de Responsabilidad Intermedios

- Esterilización
- Alimentación
- Lavandería Y Ropería
- Consultorio Especialidades
- Anestesia Y Pabellón
- Diálisis
- Especialidades Odontológicas
- Imagenología
- Laboratorio Clínico
- Anatomía Patológica
- Kinesiterapia
- Farmacia
- Medicina Transfusional
- SAMU

Centro de Responsabilidad Finales

- Medicina Interna
- Cirugía Adulto
- Ginecología Y Obstetricia
- Pediatría
- V Piso (Traumatología, Neurocirugía, Urología)
- Psiquiatría
- Neurología
- V Piso (Cirugía Infantil, Oftalmología)
- Pensionado
- Paciente Critico Adulto
- Emergencia

ANEXO 3: COMPARACIÓN DE ISAPRE CON FONASA

TABLA 20: COMPARACIÓN ISAPRE-FONASA

	ISAPRE	FONASA
AFILIACIÓN	A través de la suscripción de un contrato privado. Puede negar la afiliación.	Individual e indefinida. No puede negar la afiliación.
BENEFICIARIOS	Cotizante, cargas legales y médicas.	Cotizante y cargas legales.
COTIZACIONES	Cotización obligatoria, 7% y aporte adicional voluntario.	Cotización obligatoria 7%.
FINANCIAMIENTO	Cotizaciones de sus afiliados,	Aporte gubernamental y cotizaciones de sus afiliados.
MODALIDAD DE ATENCIÓN	Libre elección, proveedores privados y convenios médicos.	Convenios y proveedores públicos y privados.
MODALIDAD DE PAGO	Sistema de bonos y reembolsos (infórmese de las limitaciones).	Sistema de bonos.
PLANES DE SALUD	Diversidad de planes de salud, con diferentes modelos de atención, montos de bonificaciones y cobertura.	Planes de salud únicos con dos modalidades; Libre elección y Atención institucional.
PRECIO	El precio del plan depende del número de cargas y del nivel de riesgo derivado de las características de ellas.	Se mantiene la cotización y el plan único cualquiera sea el nivel de riesgo.
TOPES	Topes anuales de cobertura por beneficiario.	No contempla topes.

Fuente: http://www.gobiernodechile.cl/consumidor/consejos_det.asp?id_consejo=2

ANEXO 4: TABLAS Y GRAFICOS

ANEXO: VALORES POR AFIRMACIÓN DE USUARIOS

TABLA 21: DATOS POR AFIRMACIÓN DE USUARIOS

DIMENSIÓN	AFIRMACIONES	VALORES ABSOLUTAS			VALORES RELATIVOS		
		EXPECTATIVAS	PERCEPCIONES	BRECHA	EXPECTATIVAS	PERCEPCIONES	BRECHA
CONFIABILIDAD	Conf Af1	5,194	4,34	-0,85	0,973	0,813	-0,16
	Conf Af2	5,260	4,55	-0,71	0,985	0,851	-0,13
	Conf Af3	5,224	4,86	-0,37	0,978	0,909	-0,07
	Conf Af4	5,235	4,77	-0,46	0,980	0,893	-0,09
	Conf Af5	5,189	4,53	-0,66	0,972	0,847	-0,12
RESPON.	Resp Af1	5,158	4,35	-0,81	1,046	0,882	-0,16
	Resp Af2	5,245	4,63	-0,61	1,064	0,940	-0,12
	Resp Af3	5,051	4,49	-0,56	1,024	0,912	-0,11
SEGURIDAD	Segu Af1	5,393	4,88	-0,52	1,158	1,048	-0,11
	Segu Af2	5,429	5,11	-0,32	1,166	1,098	-0,07
	Segu Af3	5,321	4,98	-0,34	1,143	1,070	-0,07
	Segu Af4	5,510	5,00	-0,51	1,184	1,074	-0,11
EMPATÍA	Emp Af1	5,281	4,95	-0,33	1,154	1,082	-0,07
	Emp Af2	5,240	4,82	-0,42	1,146	1,054	-0,09
	Emp Af3	5,255	4,67	-0,59	1,149	1,021	-0,13
	Emp Af4	5,260	4,70	-0,56	1,150	1,027	-0,12
B. TANGIBLES	Tang Af1	5,500	4,84	-0,66	0,971	0,855	-0,12
	Tang Af2	5,347	4,63	-0,72	0,944	0,817	-0,13
	Tang Af3	5,816	5,53	-0,29	1,027	0,975	-0,05
	Tang Af4	5,306	4,87	-0,44	0,937	0,859	-0,08
	Tang Af5	5,556	5,01	-0,55	0,981	0,884	-0,10

Fuente: Elaboración Propia

ANEXO: GRÁFICOS DE EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES DE USUARIOS

GRAFICO 26: EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES ABSOLUTAS DE USUARIOS

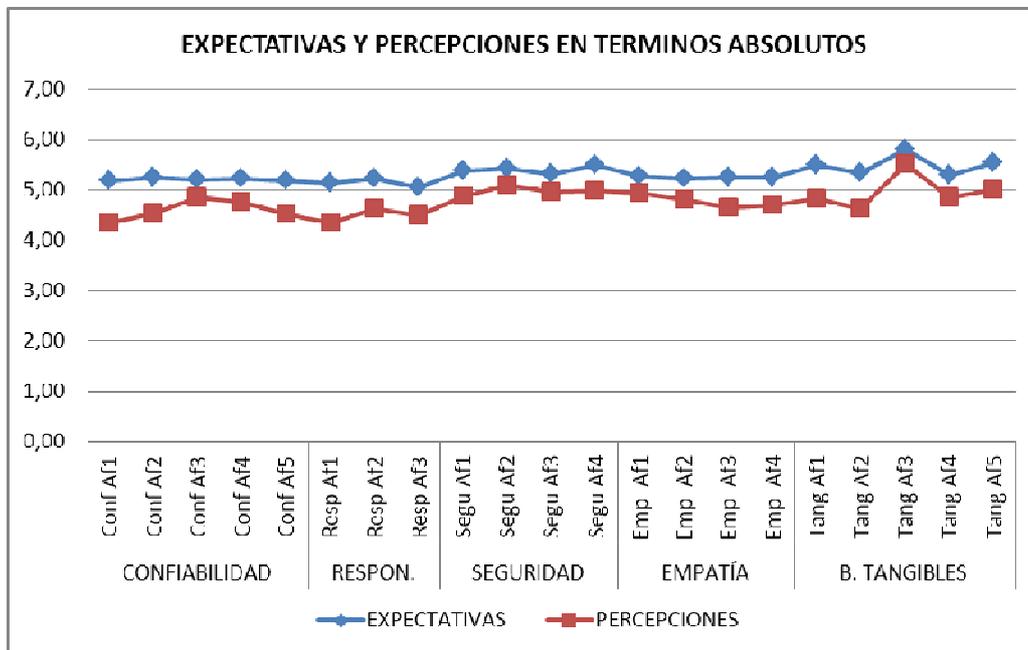
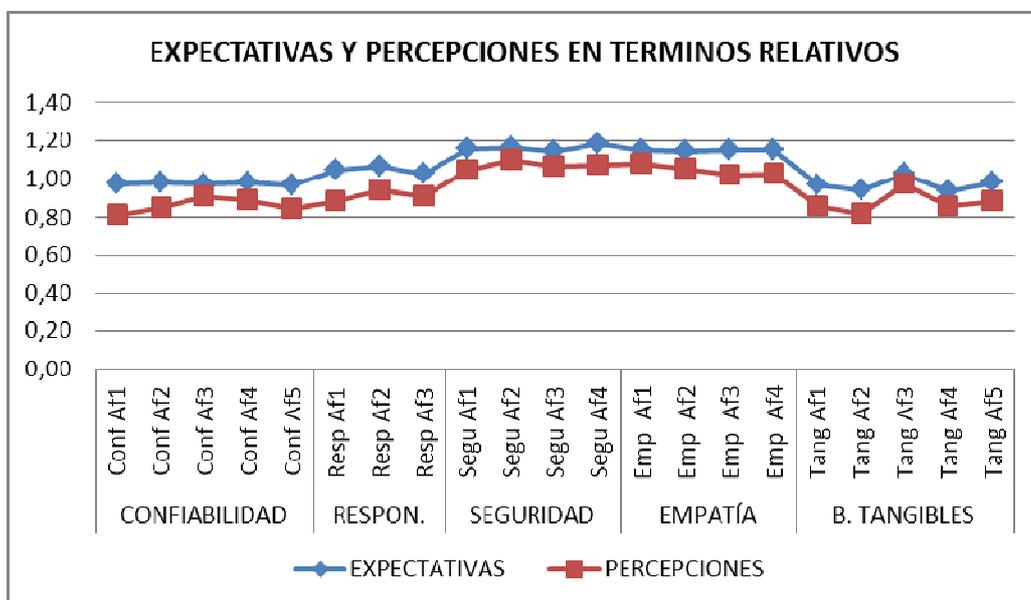


GRAFICO 27: EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES RELATIVOS DE USUARIOS



ANEXO: CARACTERISTICAS PERSONALES DE USUARIOS

TABLA 22: IMPORTANCIA DE DIMENSION SEGÚN EDAD DE USUARIOS

EDAD	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
15 a 20 años	21%	18%	20%	22%	18%
21 a 30 años	19%	22%	21%	22%	16%
31 a 40 años	16%	19%	24%	23%	18%
41 a 50 años	21%	23%	19%	20%	18%
51 a 60 años	16%	19%	23%	23%	19%
61 y más	24%	18%	21%	20%	18%

TABLA 23: IMPORTANCIA DE DIMENSION ESCOLARIDAD EDAD DE USUARIOS

ESCOLARIDAD	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Sin Escolaridad	15%	25%	27%	20%	13%
Educación Básica	18%	19%	21%	23%	19%
Educación media	20%	21%	21%	22%	17%
Técnico Profesional	14%	21%	25%	21%	20%
Educación Superior	21%	18%	23%	23%	16%

TABLA 24: IMPORTANCIA DE DIMENSION SEXO EDAD DE USUARIOS

SEXO	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Femenino	19%	20%	22%	22%	17%
Masculino	18%	20%	21%	21%	19%

TABLA 25: IMPORTANCIA DE DIMENSION SEGÚN DOMICILIO DE USUARIOS

DOMCILIO	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Urbano	18%	20%	21%	22%	18%
Rural	19%	21%	21%	22%	16%

ANEXO: EXPECTATIVAS ABSOLUTAS DEL SERVICIO SEGÚN CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE USUARIOS

TABLA 26: EXPECTATIVAS ABSOLUTAS DE DIMENSIONES SEGÚN EDAD DE USUARIOS

EDAD	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
15 a 20 años	5,78	5,46	5,89	5,53	5,94
21 a 30 años	5,52	5,36	5,76	5,54	5,60
31 a 40 años	5,52	5,43	5,78	5,44	5,78
41 a 50 años	4,54	4,77	4,81	4,94	5,02
51 a 60 años	4,94	4,90	5,11	5,20	5,56
61 y más	5,20	4,81	4,91	4,54	4,96

TABLA 27: EXPECTATIVAS ABSOLUTAS DE DIMENSIONES SEGÚN ESCOLARIDAD DE USUARIOS

ESCOLARIDAD	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Sin Escolaridad	5,00	5,11	4,75	4,92	4,80
Educación Básica	5,26	5,18	5,51	5,52	5,85
Educación media	5,04	5,04	5,26	5,05	5,38
Técnico Profesional	5,68	5,55	5,91	5,63	5,55
Educación Superior	5,79	5,39	5,74	5,65	5,59

TABLA 28: EXPECTATIVAS ABSOLUTAS DE DIMENSIONES SEGÚN SEXO DE USUARIOS

SEXO	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Femenino	5,34	5,29	5,53	5,37	5,66
Masculino	4,88	4,77	5,09	4,95	5,09

TABLA 29: EXPECTATIVAS ABSOLUTAS DE DIMENSIONES SEGÚN DOMICILIO DE USUARIOS

DOMICILIO	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Urbano	5,44	5,48	5,62	5,40	5,63
Rural	5,14	5,03	5,33	5,20	5,46

ANEXO: PERCEPCIONES ABSOLUTAS DEL SERVICIO SEGÚN CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE USUARIOS

TABLA 30: PERCEPCIONES ABSOLUTAS DE DIMENSIONES SEGÚN EDAD DE USUARIOS

EDAD	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
15 a 20 años	5,00	5,11	5,73	5,06	4,50
21 a 30 años	4,90	4,80	5,26	5,14	5,27
31 a 40 años	4,50	4,33	4,96	4,65	4,86
41 a 50 años	4,17	4,02	4,32	4,35	4,64
51 a 60 años	4,76	4,47	4,98	4,83	5,27
61 y más	4,70	4,93	5,50	5,13	5,46

TABLA 31: PERCEPCIONES ABSOLUTAS DE DIMENSIONES SEGÚN ESCOLARIDAD DE USUARIOS

ESCOLARIDAD	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Sin Escolaridad	5,13	5,00	6,08	5,08	5,80
Educación Básica	4,84	4,90	5,29	5,03	5,34
Educación media	4,51	4,39	4,90	4,69	4,88
Técnico Profesional	4,83	4,77	5,13	4,96	5,07
Educación Superior	4,38	3,80	4,58	4,60	4,50

TABLA 32: PERCEPCIONES ABSOLUTAS DE DIMENSIONES SEGÚN SEXO DE USUARIOS

SEXO	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Femenino	4,56	4,45	4,97	4,78	4,94
Masculino	4,75	4,61	5,04	4,79	5,07

TABLA 33: PERCEPCIONES ABSOLUTAS DE DIMENSIONES SEGÚN DOMICILIO DE USUARIOS

DOMICILIO	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Urbano	4,83	4,72	5,20	4,98	5,11
Rural	4,52	4,40	4,91	4,71	4,92

ANEXO: BRECHA ABSOLUTAS DEL SERVICIO SEGÚN CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE USUARIOS

TABLA 34: BRECHA ABSOLUTAS DE DIMENSIONES SEGÚN EDAD DE USUARIOS

EDAD	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
15 a 20 años	-0,77	-0,35	-0,16	-0,47	-1,44
21 a 30 años	-0,62	-0,56	-0,49	-0,39	-0,34
31 a 40 años	-1,01	-1,09	-0,81	-0,79	-0,92
41 a 50 años	-0,38	-0,75	-0,49	-0,59	-0,39
51 a 60 años	-0,18	-0,43	-0,14	-0,37	-0,29
61 y más	-0,50	0,12	0,59	0,59	0,50

TABLA 35: BRECHA ABSOLUTAS DE DIMENSIONES SEGÚN ESCOLARIDAD DE USUARIOS

ESCOLARIDAD	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Sin Escolaridad	0,13	-0,11	1,33	0,17	1,00
Educación Básica	-0,42	-0,28	-0,23	-0,49	-0,52
Educación media	-0,53	-0,64	-0,36	-0,36	-0,50
Técnico Profesional	-0,85	-0,78	-0,79	-0,66	-0,48
Educación Superior	-1,41	-1,59	-1,15	-1,06	-1,09

TABLA 36: BRECHA ABSOLUTAS DE DIMENSIONES SEGÚN SEXO DE USUARIOS

SEXO	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Femenino	-0,78	-0,84	-0,56	-0,59	-0,72
Masculino	-0,13	-0,16	-0,04	-0,16	-0,02

TABLA 37: BRECHA ABSOLUTAS DE DIMENSIONES SEGÚN DOMICILIO DE USUARIOS

DOMICILIO	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Urbano	-0,61	-0,76	-0,42	-0,42	-0,51
Rural	-0,61	-0,62	-0,42	-0,49	-0,54

EXPECTATIVAS RELATIVAS DEL SERVICIO SEGÚN CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE USUARIOS

TABLA 38: EXPECTATIVAS RELATIVAS DE DIMENSIONES SEGÚN EDAD DE USUARIOS

EDAD	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
15 a 20 años	1,22	0,94	1,19	1,23	1,11
21 a 30 años	1,06	1,17	1,24	1,18	0,91
31 a 40 años	0,92	1,05	1,38	1,26	0,99
41 a 50 años	0,91	1,04	0,92	0,97	0,91
51 a 60 años	0,79	0,92	1,19	1,22	1,04
61 y más	1,23	0,87	1,04	0,93	0,89

TABLA 39: EXPECTATIVAS RELATIVAS DE DIMENSIONES SEGÚN ESCOLARIDAD DE USUARIOS

ESCOLARIDAD	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Sin Escolaridad	0,74	1,23	1,32	0,98	0,68
Educación Básica	0,93	0,97	1,19	1,25	1,11
Educación media	0,99	1,03	1,11	1,09	0,92
Técnico Profesional	0,79	1,21	1,45	1,16	1,08
Educación Superior	1,20	0,94	1,31	1,34	0,86

TABLA 40: EXPECTATIVAS RELATIVAS DE DIMENSIONES SEGÚN SEXO DE USUARIOS

SEXO	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Femenino	1,01	1,05	1,22	1,19	0,96
Masculino	0,86	0,97	1,09	1,05	0,99

TABLA 41: EXPECTATIVAS RELATIVAS DE DIMENSIONES SEGÚN DOMICILIO DE USUARIOS

DOMICILIO	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Urbano	0,95	0,98	1,16	1,14	1,01
Rural	1,03	1,17	1,24	1,18	0,86

PERCEPCIONES RELATIVAS DEL SERVICIO SEGÚN CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE USUARIOS

TABLA 42: PERCEPCIONES RELATIVAS S DE DIMENSIONES SEGÚN EDAD DE USUARIOS

EDAD	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
15 a 20 años	1,06	0,94	1,12	1,13	0,79
21 a 30 años	0,93	1,06	1,08	1,12	0,87
31 a 40 años	0,73	0,86	1,18	1,09	0,84
41 a 50 años	0,84	0,88	0,82	0,88	0,86
51 a 60 años	0,78	0,85	1,16	1,15	0,99
61 y más	1,12	0,88	1,15	1,06	0,98

TABLA 43: PERCEPCIONES RELATIVAS DE DIMENSIONES SEGÚN ESCOLARIDAD DE USUARIOS

ESCOLARIDAD	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Sin Escolaridad	0,78	1,21	1,61	1,02	0,79
Educación Básica	0,86	0,95	1,14	1,15	1,00
Educación media	0,89	0,91	1,02	1,03	0,84
Técnico Profes.	0,66	1,04	1,22	1,02	1,02
Educación Superior	0,90	0,64	1,02	1,13	0,73

TABLA 44: PERCEPCIONES RELATIVAS DE DIMENSIONES SEGÚN SEXO DE USUARIOS

SEXO	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Femenino	0,86	0,89	1,07	1,08	0,84
Masculino	0,86	0,96	1,08	1,00	0,99

TABLA 45: PERCEPCIONES RELATIVAS DE DIMENSIONES SEGÚN DOMICILIO DE USUARIOS

DOMICILIO	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Urbano	0,82	0,87	1,06	1,04	0,91
Rural	0,96	1,01	1,10	1,12	0,79

BRECHA RELATIVAS DEL SERVICIO SEGÚN CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE USUARIOS

TABLA 46: BRECHA RELATIVAS DE DIMENSIONES SEGÚN EDAD DE USUARIOS

EDAD	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
15 a 20 años	-0,16	0,00	-0,07	-0,09	-0,32
21 a 30 años	-0,14	-0,12	-0,16	-0,06	-0,03
31 a 40 años	-0,18	-0,19	-0,20	-0,17	-0,16
41 a 50 años	-0,07	-0,16	-0,09	-0,10	-0,05
51 a 60 años	-0,01	-0,07	-0,03	-0,07	-0,04
61 y más	-0,11	0,02	0,11	0,13	0,09

TABLA 47: BRECHA RELATIVAS DE DIMENSIONES SEGÚN ESCOLARIDAD DE USUARIOS

ESCOLARIDAD	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Sin Escolaridad	0,04	-0,02	0,29	0,03	0,11
Educación Básica	-0,07	-0,02	-0,06	-0,10	-0,11
Educación media	-0,10	-0,12	-0,09	-0,06	-0,08
Técnico Profesional	-0,12	-0,17	-0,23	-0,14	-0,06
Educación Superior	-0,30	-0,30	-0,29	-0,21	-0,13

TABLA 48: BRECHA RELATIVAS DE DIMENSIONES SEGÚN SEXO DE USUARIOS

SEXO	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Femenino	-0,16	-0,16	-0,15	-0,11	-0,12
Masculino	0,00	-0,01	-0,01	-0,04	0,00

TABLA 49: BRECHA RELATIVAS DE DIMENSIONES SEGÚN DOMICILIO DE USUARIOS

DOMICILIO	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Urbano	-0,13	-0,11	-0,10	-0,10	-0,09
Rural	-0,07	-0,15	-0,14	-0,07	-0,07

ANEXO: TABLAS Y GRAFICOS FUNCIONARIOS

TABLA 50: DATOS POR AFIRMACIÓN DE FUNCIONARIOS

DIMENSION	AFIRMACIONES	VALORES ABSOLUTOS			VALORES RELATIVOS		
		EXPECTATIVAS	PERCEPCIONES	BRECHA	EXPECTATIVAS	PERCEPCIONES	BRECHA
CONFIABILIDAD	Conf Af1	5,79	4,03	-1,76	1,56	1,08	-0,47
	Conf Af2	6,27	4,60	-1,67	1,69	1,24	-0,45
	Conf Af3	5,98	4,41	-1,57	1,61	1,19	-0,42
	Conf Af4	6,19	4,37	-1,83	1,67	1,17	-0,49
	Conf Af5	6,22	4,14	-2,08	1,67	1,11	-0,56
RESPON.	Resp Af1	6,27	4,98	-1,29	1,20	0,96	-0,25
	Resp Af2	6,52	5,60	-0,92	1,25	1,08	-0,18
	Resp Af3	5,48	4,79	-0,68	1,05	0,92	-0,13
SEGURIDAD	Segu Af1	6,57	5,56	-1,02	1,22	1,03	-0,19
	Segu Af2	6,43	5,21	-1,22	1,19	0,96	-0,23
	Segu Af3	6,49	5,35	-1,14	1,20	0,99	-0,21
	Segu Af4	6,38	5,25	-1,13	1,18	0,97	-0,21
EMPATÍA	Emp Af1	6,02	4,71	-1,30	1,10	0,86	-0,24
	Emp Af2	5,98	4,81	-1,17	1,10	0,88	-0,22
	Emp Af3	6,08	4,89	-1,19	1,11	0,90	-0,22
	Emp Af4	6,02	5,03	-0,98	1,10	0,92	-0,18
B. TANGIBLES	Tang Af1	5,81	3,49	-2,32	0,99	0,60	-0,40
	Tang Af2	5,73	2,62	-3,11	0,98	0,45	-0,53
	Tang Af3	6,35	4,62	-1,73	1,08	0,79	-0,30
	Tang Af4	5,62	3,68	-1,94	0,96	0,63	-0,33
	Tang Af5	6,13	5,10	-1,03	1,05	0,87	-0,18

ANEXO: GRÁFICOS DE EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES

GRAFICO 28: EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES ABSOLUTAS DE FUNCIONARIOS

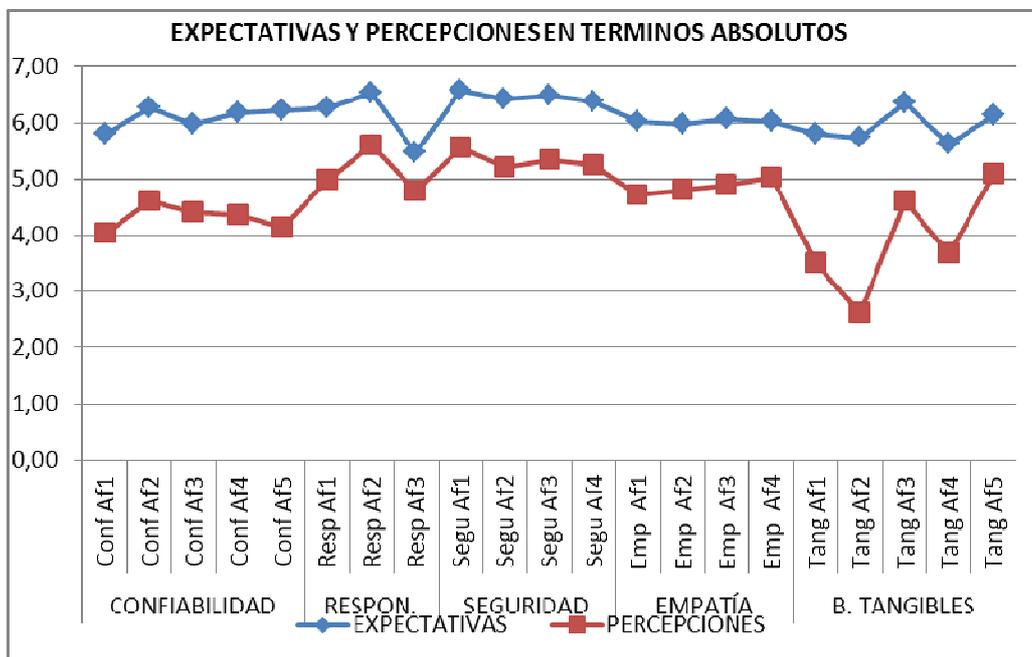
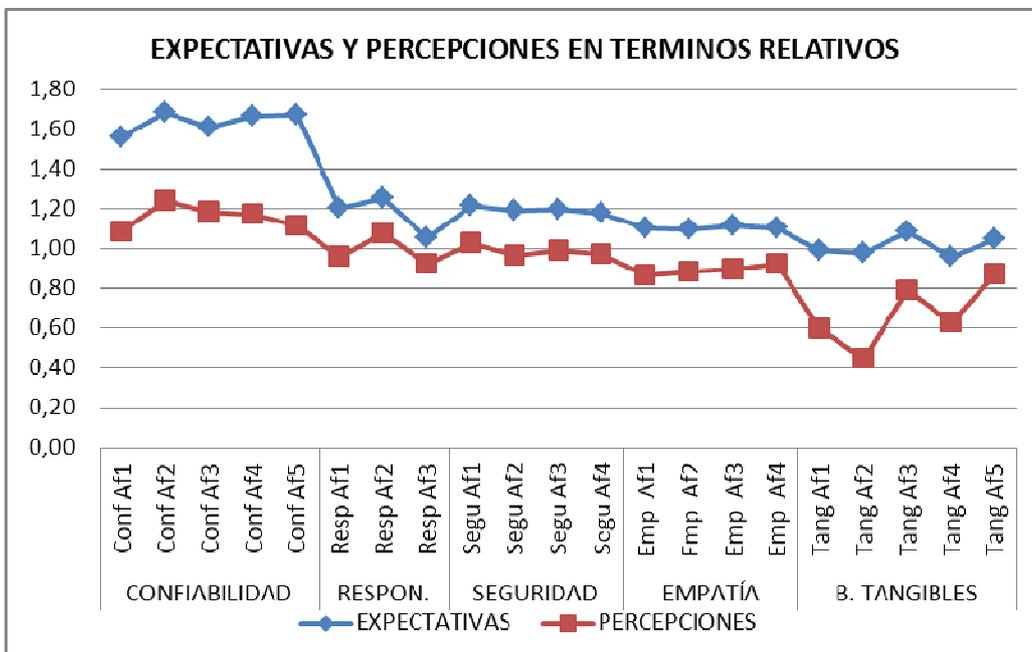


Gráfico 29: EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES ABSOLUTAS DE FUNCIONARIOS



ANEXO: CARACTERISTICAS PERSONALES DE FUNCIONARIOS

Importancia de dimensiones de calidad según características personales de funcionarios

TABLA 51: IMPORTANCIA DE DIMENSION SEGÚN EDAD DE FUNCIONARIOS

EDAD	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
21 a 30 años	26%	23%	19%	18%	15%
31 a 40 años	31%	19%	16%	21%	14%
41 a 50 años	30%	16%	19%	18%	17%
51 a 60 años	22%	20%	19%	18%	21%

TABLA 52: IMPORTANCIA DE DIMENSION SEGÚN AÑOS DE SERVICIO DE FUNCIONARIOS

EXPER. PROFES.	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
0 a 2 años	24%	26%	19%	16%	14%
3 a 5 años	26%	20%	21%	20%	13%
6 a 10 años	37%	19%	13%	19%	14%
10 o más años	25%	18%	19%	19%	19%

TABLA 53: IMPORTANCIA DE DIMENSION SEGÚN SEXO DE FUNCIONARIOS

SEXO	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Femenino	30%	21%	18%	18%	14%
Masculino	22%	17%	20%	18%	23%

TABLA 54: IMPORTANCIA DE DIMENSION SEGÚN PROFESIÓN DE FUNCIONARIOS

PROFESIÓN	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Enfermero	25%	20%	20%	19%	16%
Medico	26%	16%	21%	17%	20%
Técnico	25%	24%	16%	19%	16%
Otro	33%	17%	16%	19%	15%

ANEXO: EXPECTATIVAS ABSOLUTAS DEL SERVICIO SEGÚN CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE FUNCIONARIOS

TABLA 55: EXPECTATIVAS ABSOLUTAS DE DIMENSION SEGÚN EDAD DE FUNCIONARIOS

EDAD	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
21 a 30 años	5,94	5,79	6,34	6,04	5,93
31 a 40 años	6,26	6,26	6,41	5,95	5,79
41 a 50 años	5,99	5,92	6,54	6,00	5,91
51 a 60 años	6,18	6,35	6,54	6,10	6,06

TABLA 56: EXPECTATIVAS ABSOLUTAS DE DIMENSION SEGÚN AÑOS DE SERVICIO DE FUNCIONARIOS

EXPER. PROFES.	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
0 a 2 años	5,93	6,00	6,50	6,06	6,00
3 a 5 años	5,91	6,38	6,39	5,82	5,83
6 a 10 años	5,76	6,03	6,65	5,90	6,10
10 o más años	6,25	6,07	6,43	6,09	5,88

TABLA 57: EXPECTATIVAS ABSOLUTAS DE DIMENSION SEGÚN SEXO DE FUNCIONARIOS

SEXO	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Femenino	6,21	6,42	6,65	6,28	5,98
Masculino	5,89	5,52	6,15	5,59	5,83

TABLA 58: EXPECTATIVAS ABSOLUTAS DE DIMENSION SEGÚN PROFESIÓN DE FUNCIONARIOS

PROFESIÓN	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Enfermero	5,89	6,30	6,68	6,11	6,24
Medico	5,94	5,52	6,13	5,52	5,52
Técnico	6,17	6,39	6,45	6,29	6,05
Otro	6,42	6,42	6,90	6,40	6,15

ANEXO: PERCEPCIONES ABSOLUTAS DEL SERVICIO SEGÚN CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE FUNCIONARIOS

TABLA 59: PERCEPCIONES ABSOLUTAS DE DIMENSION SEGÚN EDAD DE FUNCIONARIOS

EDAD	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
21 a 30 años	4,87	5,48	5,52	5,34	4,36
31 a 40 años	4,10	4,91	5,25	4,96	4,06
41 a 50 años	3,79	4,73	4,90	4,04	3,35
51 a 60 años	4,53	5,41	5,69	5,18	3,94

TABLA 60: PERCEPCIONES ABSOLUTAS DE DIMENSION SEGÚN AÑOS DE SERVICIO DE FUNCIONARIOS

EXPER. PROFES.	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
0 a 2 años	5,29	5,67	5,97	5,61	5,22
3 a 5 años	4,11	5,33	5,54	5,25	4,54
6 a 10 años	3,74	4,87	4,35	4,23	3,20
10 o más años	4,26	5,03	5,42	4,78	3,65

TABLA 61: PERCEPCIONES ABSOLUTAS DE DIMENSION SEGÚN SEXO DE FUNCIONARIOS

SEXO	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Femenino	4,37	5,22	5,41	4,98	4,12
Masculino	4,21	4,97	5,23	4,66	3,53

TABLA 62: PERCEPCIONES ABSOLUTAS DE DIMENSION SEGÚN PROFESIÓN DE FUNCIONARIOS

PROFESIÓN	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Enfermero	4,98	1,10	1,14	0,92	0,55
Medico	3,81	0,70	1,03	0,74	0,64
Técnico	4,54	1,45	0,99	1,11	0,71
Otro	4,22	0,77	0,76	0,84	0,56

ANEXO: BRECHAS ABSOLUTAS DEL SERVICIO SEGÚN CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE FUNCIONARIOS

TABLA 63: BRECHA ABSOLUTAS DE DIMENSION SEGÚN EDAD DE FUNCIONARIOS

EDAD	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
21 a 30 años	-1,07	-0,31	-0,82	-0,70	-1,57
31 a 40 años	-2,16	-1,36	-1,16	-0,98	-1,73
41 a 50 años	-2,20	-1,20	-1,65	-1,96	-2,55
51 a 60 años	-1,64	-0,94	-0,85	-0,92	-2,11

TABLA 64: BRECHA ABSOLUTAS DE DIMENSION SEGÚN AÑOS DE SERVICIO DE FUNCIONARIOS

EXPER. PROFES.	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
0 a 2 años	-0,64	-0,33	-0,53	-0,44	-0,78
3 a 5 años	-1,80	-1,05	-0,86	-0,57	-1,29
6 a 10 años	-2,02	-1,17	-2,30	-1,68	-2,90
10 o más años	-1,99	-1,04	-1,01	-1,31	-2,23

TABLA 65: BRECHA ABSOLUTAS DE DIMENSION SEGÚN SEXO DE FUNCIONARIOS

SEXO	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Femenino	-1,84	-1,20	-1,24	-1,30	-1,87
Masculino	-1,68	-0,55	-0,92	-0,92	-2,30

TABLA 66: BRECHA ABSOLUTAS DE DIMENSION SEGÚN PROFESIÓN DE FUNCIONARIOS

PROFESIÓN	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Enfermero	-0,91	-0,97	-0,93	-1,16	-2,67
Medico	-2,13	-1,03	-1,38	-1,14	-2,07
Técnico	-1,63	-0,49	-0,38	-0,59	-1,40
Otro	-2,20	-1,58	-2,04	-2,10	-2,35

ANEXO: EXPECTATIVAS RELATIVAS DEL SERVICIO SEGÚN CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE FUNCIONARIOS

TABLA 67: EXPECTATIVAS RELATIVAS DE DIMENSION SEGÚN EDAD DE FUNCIONARIOS

EDAD	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
21 a 30 años	1,56	1,35	1,23	1,06	0,82
31 a 40 años	2,02	1,20	0,99	1,17	0,81
41 a 50 años	1,83	0,96	1,27	1,09	0,98
51 a 60 años	1,37	1,27	1,24	1,11	1,28

TABLA 68: EXPECTATIVAS RELATIVAS DE DIMENSION SEGÚN AÑOS DE SERVICIO DE FUNCIONARIOS

EXPER. PROFES.	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
0 a 2 años	1,42	1,61	1,28	0,97	0,85
3 a 5 años	1,64	1,29	1,36	1,13	0,73
6 a 10 años	2,28	1,12	0,81	1,07	0,85
10 o más años	1,59	1,08	1,24	1,14	1,11

TABLA 69: EXPECTATIVAS RELATIVAS DE DIMENSION SEGÚN SEXO DE FUNCIONARIOS

SEXO	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Femenino	1,89	1,34	1,19	1,13	0,80
Masculino	1,32	0,92	1,19	1,05	1,32

TABLA 70: EXPECTATIVAS RELATIVAS DE DIMENSION SEGÚN PROFESIÓN DE FUNCIONARIOS

PROFESIÓN	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Enfermero	1,57	1,26	1,34	1,15	0,97
Medico	1,56	0,90	1,31	0,96	1,02
Técnico	1,56	1,53	1,02	1,16	1,01
Otro	2,17	1,08	1,11	1,22	0,94

ANEXO: PERCEPCIONES RELATIVAS DEL SERVICIO SEGÚN CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE FUNCIONARIOS

TABLA 71: PERCEPCIONES RELATIVAS DE DIMENSION SEGÚN EDAD DE FUNCIONARIOS

EDAD	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
21 a 30 años	1,24	1,29	1,08	0,92	0,60
31 a 40 años	1,20	0,91	0,84	1,08	0,56
41 a 50 años	1,15	0,77	0,94	0,70	0,57
51 a 60 años	1,00	1,08	1,06	0,94	0,78

TABLA 72: PERCEPCIONES RELATIVAS DE DIMENSION SEGÚN AÑOS DE SERVICIO DE FUNCIONARIOS

EXPER. PROFES.	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
0 a 2 años	1,24	1,54	1,14	0,90	0,74
10 o más años	1,09	1,10	1,14	1,14	0,56
3 a 5 años	1,33	0,91	0,54	0,79	0,42
6 a 10 años	1,07	0,89	1,04	0,89	0,68

TABLA 73: PERCEPCIONES RELATIVAS DE DIMENSION SEGÚN SEXO DE FUNCIONARIOS

SEXO	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Femenino	1,28	1,13	0,97	0,92	0,53
Masculino	0,89	0,80	1,01	0,87	0,81

TABLA 74: PERCEPCIONES RELATIVAS DE DIMENSION SEGÚN PROFESIÓN DE FUNCIONARIOS

PROFESIÓN	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Enfermero	1,24	1,10	1,14	0,92	0,55
Medico	0,95	0,70	1,03	0,74	0,64
Técnico	1,10	1,45	0,99	1,11	0,71
Otro	1,43	0,77	0,76	0,84	0,56

ANEXO: BRECHA RELATIVAS DEL SERVICIO SEGÚN CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE FUNCIONARIOS

TABLA 75: BRECHA RELATIVAS DE DIMENSION SEGÚN EDAD DE FUNCIONARIOS

EDAD	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
21 a 30 años	-0,33	-0,06	-0,15	-0,14	-0,22
31 a 40 años	-0,82	-0,28	-0,16	-0,09	-0,25
41 a 50 años	-0,68	-0,18	-0,33	-0,39	-0,42
51 a 60 años	-0,36	-0,18	-0,18	-0,17	-0,51

TABLA 76: BRECHA RELATIVAS DE DIMENSION SEGÚN AÑOS DE SERVICIO DE FUNCIONARIOS

EXPER. PROFES.	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
0 a 2 años	-0,18	-0,07	-0,14	-0,07	-0,11
10 o más años	-0,52	-0,19	-0,20	-0,26	-0,44
3 a 5 años	-0,55	-0,19	-0,22	0,01	-0,17
6 a 10 años	-0,95	-0,21	-0,27	-0,28	-0,44

TABLA 77: BRECHA RELATIVAS DE DIMENSION SEGÚN SEXO DE FUNCIONARIOS

SEXO	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Femenino	-0,61	-0,21	-0,22	-0,21	-0,28
Masculino	-0,42	-0,12	-0,18	-0,18	-0,51

TABLA 78: BRECHA RELATIVAS DE DIMENSION SEGÚN PROFESIÓN DE FUNCIONARIOS

PROFESIÓN	CONF	RESP	SEGU	EMP	B. TANG
Enfermero	-0,33	-0,16	-0,19	-0,23	-0,41
Medico	-0,61	-0,20	-0,29	-0,23	-0,38
Técnico	-0,47	-0,08	-0,03	-0,05	-0,30
Otro	-0,74	-0,31	-0,35	-0,38	-0,38

ANEXO 5: CUESTIONARIO SERVQUAL

Evaluación de las expectativas de calidad de servicios

1.- Instrucciones

Basado en su experiencia como usuario/usuario piense en una institución de salud que brindaría una excelente calidad en el servicio. Piense en una institución de salud en la que usted estaría complacido de que lo/ la atendieran.

Por favor, indique el grado que usted piensa que una institución de salud excelente debe tener respecto a las características descritas en cada uno de los enunciados. Si usted siente que la característica no es totalmente esencial, encierre el número 1. Si cree que la característica es absolutamente esencial para una institución de salud excelente, encierre el número 7. Si su decisión no es muy definida, encierre uno de los números intermedios.

No existen respuestas correctas ni incorrectas, sólo interesa obtener un número que realmente refleje lo que usted piensa respecto a la institución que ofrece una excelente calidad en el servicio.

Cuestionario sobre expectativas de calidad de servicios

Declaraciones sobre expectativas de la dimensión de confiabilidad								
		Total desacuerdo				Total Acuerdo		
		1	2	3	4	5	6	7
1	Cuando una institución de salud excelente promete hacer algo en un tiempo determinado, lo cumple							
2	Cuando un usuario tiene un problema, una institución excelente muestra sincero interés por resolverlo.							
3	Una institución de salud excelente desempeña el servicio de manera correcta a la primera vez							
4	Una institución de salud excelente proporciona sus servicios en la oportunidad en que promete hacerlo							
5	Una institución de salud excelente mantiene informados a los usuarios sobre el momento en que se van a desempeñar los servicios							
Declaraciones sobre expectativas de la dimensión de responsabilidad								
		Total desacuerdo				Total Acuerdo		
		1	2	3	4	5	6	7
1	Los funcionarios de una institución de salud excelente brindan el servicio con prontitud a los usuarios							
2	Los funcionarios de una institución de salud excelente siempre se muestran dispuestos a ayudar a los usuarios							
3	Los funcionarios de una institución de salud excelente nunca están demasiado ocupados como para no atender a un usuario							

Declaraciones sobre expectativas de la dimensión de seguridad							
		Total desacuerdo				Total Acuerdo	
		1	2	3	4	5	6
1	El comportamiento de los funcionarios de una Institución de salud excelente le inspira confianza						
2	Los usuarios se sienten seguros con la atención que reciben de una institución de salud excelente.						
3	Los funcionarios de una institución de salud excelente tratan a los usuarios siempre con cortesía						
4	El personal de una institución de salud excelente cuentan con el conocimiento para responder las consultas de los usuarios/usuarias						
Declaraciones sobre expectativas de la dimensión de empatía							
		Total desacuerdo				Total Acuerdo	
		1	2	3	4	5	6
1	Una institución de salud excelente le brinda atención individual						
2	Una institución de salud excelente cuenta con funcionarios(as) que le brindan atención personal						
3	Una institución de salud excelente se preocupa de cuidar los intereses de sus usuarios(as)						
4	Los funcionarios(as) de una institución de salud excelente entienden sus necesidades específicas						
Declaraciones sobre expectativas de la dimensión de bienes tangibles							
		Total desacuerdo				Total Acuerdo	
		1	2	3	4	5	6
1	La apariencia de los equipos de una institución de salud excelente es moderna						
2	Las instalaciones físicas de una institución de salud excelente son visualmente atractivas						
3	La presentación del personal en una institución de salud excelente es impecable						
4	Los materiales comunicacionales asociados con el servicio (como folletos, recetas, orden de exámenes, etc) de una institución de salud excelente son visualmente atractivos						
5	Los horarios de atención de una institución de salud excelente son convenientes						

Evaluación de la preponderancia de las dimensiones de calidad de servicio

1.- Instrucciones

A continuación se listan cinco características de las instituciones que ofrecen servicios en salud. Deseamos conocer que tan importante es cada una de esas características si usted está evaluando a una organización excelente.

Por favor, distribuya un total de 100 puntos entre las cinco características de acuerdo con la importancia que para usted tenga cada una de ellas: entre más importante sea una característica, más puntos se le asignarán. No olvide asegurarse que la suma de todos los puntos debe ser 100.

Cuestionario sobre preponderancia de las dimensiones de calidad de servicio

Concepto		Puntaje
1	La apariencia de las instalaciones, equipo, personal y materiales de comunicación	
2	La habilidad de la institución de salud para desempeñar el servicio prometido confiable y correctamente	
3	La disponibilidad de la institución de salud para ayudar a los usuarios(as) y proveer un pronto servicio	
4	El conocimiento y cortesía de los usuarios(as) y su habilidad para inspirar confianza	
5	El cuidado y la atención personalizada que la institución de salud brinda a sus clientes	
		100 puntos

Evaluación de las percepciones sobre calidad de servicios

1.- Instrucciones

Piense en como lo hace el Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Herminda Martin de Chillán (CAE) cuando se trata de brindar servicios al usuario / usuaria e indique su percepción en cada afirmación del cuestionario.

Por favor, indique el grado que usted piensa que el Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Herminda Martin de Chillán (CAE) tiene respecto a las características descritas en cada uno de los enunciados. Si usted siente que la característica no es totalmente satisffecha, encierre el número 1. Si cree que la característica es absolutamente satisffecha por la organización en estudio, encierre el número 7. Si su decisión no es muy definida, encierre uno de los números intermedios.

No existen respuestas correctas ni incorrectas, sólo interesa obtener un número que realmente refleje lo que usted piensa respecto a las empresas que ofrecen una excelente calidad en el servicio.

Cuestionario sobre percepciones de calidad de servicios

Declaraciones sobre percepciones de la dimensión de confiabilidad								
		Total desacuerdo			Total Acuerdo			
		1	2	3	4	5	6	7
1	Cuando el CAE promete hacer algo en un tiempo determinado, lo cumple							
2	Cuando un usuario tiene un problema, el CAE muestra sincero interés por resolverlo.							
3	El CAE desempeña el servicio de manera correcta a la primera vez							
4	El CAE proporciona sus servicios en la oportunidad en que promete hacerlo							
5	El CAE mantiene informados a los usuarios sobre el momento en que se van a desempeñar los servicios							
Declaraciones sobre percepciones de responsabilidad								
		Total desacuerdo			Total Acuerdo			
		1	2	3	4	5	6	7
1	El personal del CAE brinda el servicio con prontitud a los usuarios							
2	El personal del CAE siempre se muestra dispuesto a ayudar a los usuarios							
3	El personal del CAE nunca está demasiado ocupado como para no atender a un usuario/usuaria							

Declaraciones sobre percepciones de la dimensión de seguridad								
		Total desacuerdo			Total Acuerdo			
		1	2	3	4	5	6	7
1	El comportamiento del personal del CAE le inspira confianza							
2	Los usuarios se sienten seguros con la atención que reciben en el CAE							
3	El personal del CAE trata a los usuarios siempre con cortesía							
4	El personal del CAE cuenta con el conocimiento para responder las consultas de los usuarios/usuarios							
Declaraciones sobre percepciones de la dimensión de empatía								
		Total desacuerdo			Total Acuerdo			
		1	2	3	4	5	6	7
1	El CAE le brinda atención individual							
2	El CAE cuenta con funcionarios(as) que le brindan atención personal							
3	El CAE se preocupa de cuidar los intereses de sus usuarios(as)							
4	El personal del CAE entienden sus necesidades específicas							
Declaraciones sobre percepciones de la dimensión de bienes tangibles								
		Total desacuerdo			Total Acuerdo			
		1	2	3	4	5	6	7
1	La apariencia de los equipos del CAE es moderna							
2	Las instalaciones físicas del CAE son visualmente atractivas							
3	La presentación del personal del CAE es impecable							
4	Los materiales comunicacionales asociados con el servicio (como folletos, recetas, orden de exámenes, etc) del CAE, son visualmente atractivos							
5	Los horarios de atención del CAE son convenientes							

ANEXO 6: ALPHA DE CRONBACH

Para determinar la fiabilidad de las medidas se ha utilizado el coeficiente alfa de Cronbach, que es el indicador más ampliamente utilizado para este tipo de análisis. Este coeficiente determina la consistencia interna de una escala, analizando la correlación media de una variable con todas las demás que integran dicha escala (Medina, 2006).

Para el cálculo del coeficiente se utilizó el software SPSS. Para este proceso se realizó la medición de las dimensiones de calidad, tanto en expectativas como en percepciones, así como también, el cálculo por la totalidad de los enunciados que conforman la escala SERVQUAL.

Distintos autores, hacen mención a que una escala es confiable al tener valores cercanos a uno. Según George y Mallery (1995), el alfa de Cronbach por debajo de 0,5, muestra un nivel de fiabilidad no aceptable. Si tomara un valor entre 0,5 y 0,6 se podría considerar como un nivel pobre; si se situara entre 0,6 y 0,7 se estaría ante un nivel débil; entre 0,7 y 0,8 haría referencia a un nivel aceptable, en el intervalo 0,8 - 0,9 se podría calificar como de un nivel bueno, y si tomara un valor superior a 0,9 sería excelente.

Los resultados que se obtuvo se realizaron en base a las dimensiones, donde todas las dimensiones superan 0.76. El valor del cuestionario, considerando las veintiuna afirmaciones de expectativas y expectativas en el caso de los usuarios, es de 0.96 y en el caso de los funcionarios es de 0.938.

ALPHA DE CRONBACH DE FUNCIONARIOS

		Alpha de Cronbach
EXPECTATIVAS	21 Afirmaciones	0,95
PERCEPCIONES	21 Afirmaciones	0,94
TOTAL de 42 afirmaciones		0,938
EXPECTATIVAS	5 Dimensiones	0,893
PERCEPCIONES	5 Dimensiones	0,898
TOTAL 10 Dimensiones		0,832

Fuente: Elaboración Propia

ALPHA DE CRONBACH DE USUARIOS

		Alpha de Cronbach
EXPECTATIVAS	21 Afirmaciones	0,968
PERCEPCIONES	21 Afirmaciones	0,954
TOTAL de 42 Afirmaciones		0,96
EXPECTATIVAS	5 Dimensiones	0,941
PERCEPCIONES	5 Dimensiones	0,924
TOTAL de 10 dimensiones		0,901

Fuente: Elaboración Propia

ALPHA DE CRONBACH POR DIMENSION DE CALIDAD FUNCIONARIOS

EXPECTATIVAS	Alpha de Cronbach	PERCEPCIONES	Alpha de Cronbach
Responsabilidad	0,836	Responsabilidad	0,769
Confiabilidad	0,867	Confiabilidad	0,911
Seguridad	0,87	Seguridad	0,913
Empatía	0,908	Empatía	0,883
B. Tangibles	0,901	B. Tangibles	0,85

Fuente: Elaboración Propia

ALPHA DE CRONBACH POR DIMENSION DE CALIDAD DE USUARIOS

EXPECTATIVAS	Alpha de Cronbach	PERCEPCIONES	Alpha de Cronbach
Responsabilidad	0,887	Responsabilidad	0,838
Confiabilidad	0,92	Confiabilidad	0,876
Seguridad	0,914	Seguridad	0,891
Empatía	0,867	Empatía	0,856
B. Tangibles	0,896	B. Tangibles	0,834

Fuente: Elaboración Propia

