



**UNIVERSIDAD DEL BÍO- BÍO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES**  
**DEPARTAMENTO DE GESTIÓN EMPRESARIAL CHILLÁN**  
**AREA DE SERVICIOS A EMPRESAS Y PROFESIONALES**

---

# **MEDICIÓN DE CALIDAD Y SATISFACCIÓN USUARIA**

**EN UNIDADES DE ATENCIÓN AMBULATORIA  
DEL PROYECTO DE NORMALIZACIÓN  
CONSULTORIO ADOSADO DE ESPECIALIDADES (PRONCAE)  
HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN DE CHILLÁN**

**Autoras** : Olga Correa Flores  
Nancy Román Moraga  
Mabel Venegas Castilla

**Profesor Guía** : Eduardo Castillo Morales

**SEMINARIO PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
INGENIERO DE EJECUCIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

Chillán, Marzo de 2009

## RESUMEN EJECUTIVO

La importancia que actualmente posee para las instituciones y organizaciones en general el satisfacer las necesidades de la población, ha hecho que se preocupen de estudiar los deseos de los clientes o usuarios para así enfocar sus recursos con el objeto de mejorar sus servicios y perfeccionar los problemas o falencias.

En el contexto anteriormente señalado, el presente “Seminario Taller de Negocios”, tiene por objetivo general medir la calidad y satisfacción de los usuarios en siete Unidades de Atención Ambulatoria del Proyecto de Normalización Consultorio Adosado de Especialidades (PRONCAE), perteneciente al Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán. Como propósito de la investigación es identificar aquellos aspectos que están afectando negativamente la Calidad de Servicio y por ende afecta la satisfacción de los usuarios de las unidades de atención ambulatoria, siendo posible entregar sugerencias y/o recomendaciones como aporte a la Jefatura del PRONCAE.

La base utilizada para la Medición de la Calidad y Satisfacción usuaria, es el modelo SERVPERF de los autores J. Joseph Cronin y Steven A. Taylor (1992), el cual estudia la percepción de la calidad una vez concluido el servicio, ligado directamente con la sensación de satisfacción que posee el usuario.

Para la medición de la calidad, se aplicó una herramienta a 473 usuarios seleccionados aleatoriamente. La encuesta tuvo lugar en la misma Unidad de atención que le prestó servicio al usuario.

Una vez obtenidos los datos, se realizaron distintos tipos de análisis para evaluar el grado de satisfacción de los usuarios de las unidades de atención, desde características personales hasta sus preferencias sobre Tecnologías de la información y Comunicación.

De acuerdo a los resultados obtenidos, el modelo SERVPERF permite medir la calidad del servicio desde un punto de vista de satisfacción de los usuarios, revelando el grado de importancia otorgado a los diversos aspectos calidad (dimensiones de calidad del servicio).

Identificar aquellos aspectos debilitados en las distintas unidades objeto de análisis, que permita tomar decisiones y/o gestión de recursos.

Una vez concluido los resultados del estudio, se realizan algunas sugerencias o propuestas de acción.

Se propone poner énfasis en la capacitación de los funcionarios, de tal forma que desarrollen competencias necesarias para la atención al usuario. Se implementen sistemas informáticos eficientes, principalmente en el manejo del historial clínico en directa relación con la Red Asistencial.

Se sugiere también incorporar a la gestión la evaluación constante de la calidad del servicio entregado a los usuarios, como una forma de obtener retroalimentación del desempeño del personal y así asegurar que se está cumpliendo con uno de los principios rectores de la Reforma de la Salud, la cual propone que se debe entregar una atención de calidad a todos los beneficiarios del sector público de salud.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>TÍTULO PRELIMINAR: FORMULACIÓN GENERAL DEL SEMINARIO.....</b>	<b>13</b>
INVESTIGACIÓN PROPUESTA.....	13
ANTECEDENTES DEL PROBLEMA .....	13
JUSTIFICACIÓN.....	14
ALCANCES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	16
OBJETIVO GENERAL .....	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
METODOLOGÍA A UTILIZAR.....	18
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>22</b>
<b>1.1.    NECESIDADES, EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES DEL CLIENTE /</b>	
<b>USUARIO. ....</b>	<b>22</b>
1.1.1. CLIENTE.....	22
1.1.2. NECESIDADES .....	23
1.1.3. EXPECTATIVAS.....	24
1.1.4. PERCEPCIONES .....	24
1.1.5. NECESIDADES DEL CLIENTE EN SERVICIOS DE SALUD.....	25
1.1.6. EXPECTATIVAS DEL CLIENTE EN SERVICIOS DE SALUD.....	26
1.1.7. PERCEPCIONES DEL CLIENTE EN SERVICIOS DE SALUD .....	28
<b>1.2.    SATISFACCIÓN DEL CLIENTE .....</b>	<b>30</b>
1.2.1. VALOR Y SATISFACCIÓN PARA EL CLIENTE.....	30
1.2.2. HERRAMIENTAS DE MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS	
CLIENTES .....	33
1.2.3. DEFINICIONES / CONCEPTOS DE SERVICIO.....	35
1.2.4. DIFICULTAD DE DETERMINAR LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE .....	37
<b>1.3.    EL MARKETING EN SALUD Y LA CALIDAD DE SERVICIO AL USUARIO.</b>	
.....	<b>39</b>
1.3.1. MARKETING DE SERVICIO.....	39
1.3.2. MARKETING DE SERVICIOS DE SALUD .....	43
1.3.3. MARKETING SANITARIO Y CALIDAD ASISTENCIAL .....	47
1.3.4. MARKETING EN SALUD.....	48
<b>1.4.    MEDICIÓN DE CALIDAD DE SERVICIO.....</b>	<b>50</b>
1.4.1. DEFINICIONES / CONCEPTO DE CALIDAD.....	50
1.4.2. ¿QUE ES LA CALIDAD DE SERVICIO? .....	53
1.4.3. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE SERVICIO.....	55
1.4.4. MEDICIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO.....	56
1.4.5. CALIDAD DE SERVICIO AL USUARIO EN SALUD.....	57
1.4.6. EVALUACIÓN Y MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD. .	
.....	61

<b>1.5.</b>	<b>MODELO SERVPERF</b> .....	<b>63</b>
<b>1.6.</b>	<b>COMPARACIÓN ENTRE MODELOS SERVPERF Y SERVQUAL</b> .....	<b>64</b>
<b>1.7.</b>	<b>TIPOS DE MODELOS</b> .....	<b>67</b>
<b>1.8.</b>	<b>EL USO DE LA TECNOLOGÍA EN EL SERVICIO</b> .....	<b>69</b>
1.8.1	TENDENCIAS EN LAS EMPRESAS DE SERVICIO .....	73
1.8.2	DISTRIBUCIÓN DE SERVICIOS POR MEDIOS ELECTRÓNICOS:.....	75
1.8.3	LOS ELEMENTOS DE AUTO-ATENCIÓN, EN LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE:.....	78
<b>1.9</b>	<b>TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN EL GOBIERNO DE CHILE:</b> .....	<b>80</b>
<b>1.10</b>	<b>TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC) EN EL SECTOR SALUD EN CHILE.</b> .....	<b>83</b>
<b>CAPÍTULO II: ANTECEDENTES HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN (HCHM)</b>		
.....		<b>89</b>
<b>2.1.</b>	<b>BREVE RESEÑA</b> .....	<b>89</b>
<b>2.2.</b>	<b>SU REALIDAD ACTUAL</b> .....	<b>89</b>
	Visión.....	<b>91</b>
	Misión .....	<b>91</b>
	Valores que el Hospital desea cultivar y preservar .....	<b>92</b>
	Objetivos Estratégicos: .....	<b>92</b>
2.2.1.	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL .....	93
2.2.2.	RECURSOS HUMANOS .....	94
2.2.3.	OTROS RECURSOS.....	95
2.2.4.	SUS RECURSOS EN TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN .....	96
<b>2.3.</b>	<b>ATENCIÓN AMBULATORIA</b> .....	<b>99</b>
<b>2.4.</b>	<b>ANTECEDENTES PRONCAE (Proyecto de Normalización del Consultorio Adosado de Especialidades)</b> .....	<b>100</b>
2.4.1.	EL USO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN AMBULATORIA PRONCAE.....	103
<b>2.5.</b>	<b>INDICADORES SOBRE SATISFACCIÓN USUARIA EXISTENTES EN LA INSTITUCIÓN</b> .....	<b>105</b>
<b>2.6.</b>	<b>RESULTADO DE ENCUESTAS SOBRE TRATO USUARIO Y OTRAS..</b>	<b>106</b>
<b>CAPÍTULO III: MEDICION DE LA SATISFACCION USUARIA</b> .....		<b>110</b>
<b>3.1.</b>	<b>DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN</b> .....	<b>110</b>
<b>3.2.</b>	<b>TIPO DE MUESTREO Y DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA</b> .....	<b>111</b>
<b>3.3.</b>	<b>ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PRIMARIA</b> .....	<b>115</b>

<b>3.4.</b>	<b>VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PRIMARIA .....</b>	<b>119</b>
<b>3.5.</b>	<b>APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PRIMARIA .....</b>	<b>120</b>
<b>3.6.</b>	<b>TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....</b>	<b>121</b>
<b>3.7.</b>	<b>ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA .....</b>	<b>123</b>
3.7.1.	ANÁLISIS GENERAL CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE USUARIOS CONSULTADOS .....	124
3.7.2.	ANÁLISIS GENERAL DE PREPONDERANCIA DIMENSIONES DE CALIDAD DE SERVICIO .....	127
3.7.3.	ANÁLISIS GENERAL DE PERCEPCIONES DIMENSIONES DE CALIDAD DE SERVICIO.....	129
<b>3.8.</b>	<b>RESULTADOS POR UNIDADES.....</b>	<b>133</b>
3.8.1	ANÁLISIS DE PREPONDERANCIA DIMENSIONES DE CALIDAD DE SERVICIO POR UNIDAD .....	133
3.8.2.	ANÁLISIS DE PERCEPCIONES DIMENSIONES DE CALIDAD DE SERVICIO POR UNIDAD .....	135
<b>3.9.</b>	<b>RESULTADOS SEGÚN CARACTERÍSTICAS PERSONALES.....</b>	<b>139</b>
3.9.1.	ANÁLISIS SEGÚN RANGO DE EDAD.....	139
3.9.2.	ANÁLISIS SEGÚN SEXO .....	142
3.9.3.	ANÁLISIS SEGÚN TIPO DE PACIENTE.....	144
3.9.4.	ANÁLISIS SEGÚN ESCOLARIDAD .....	145
3.9.5.	ANÁLISIS SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA .....	147
3.9.6.	ANÁLISIS SEGÚN PREVISION .....	148
<b>3.10.</b>	<b>RESULTADOS SOBRE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y COMUNICACIÓN (TIC).....</b>	<b>149</b>
3.10.1	RESULTADOS DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACION Y COMUNICACIÓN / CARACTERÍSTICAS PERSONALES.....	151
<b>RECOMENDACIONES .....</b>		<b>163</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>		<b>167</b>
<b>GLOSARIO .....</b>		<b>175</b>
ANEXOS N° 1 .....		184
ANEXOS N° 2 .....		185
ANEXOS N° 3 USUARIOS SEGÚN CARACTERÍSTICAS PERSONALES .....		189
ANEXOS N° 4 PERCEPCIONES DE CALIDAD DE SERVICIOS SEGÚN DIMENSIÓN .....		191
ANEXOS N° 5 PERCEPCIONES DE CALIDAD DE SERVICIOS SEGUN UNIDAD.....		193
ANEXOS N° 6 PERCEPCIONES DE CALIDAD DE SERVICIO SEGÚN RANGO DE EDAD .....		198
ANEXOS N° 7 PERCEPCIONES DE CALIDAD DE SERVICIO SEGÚN SEXO.....		201

ANEXOS N° 8 PERCEPCIONES DE CALIDAD DE SERVICIO SEGÚN SECTOR DE DOMICILIO .....	<b>203</b>
ANEXOS N° 9 PERCEPCIONES DE CALIDAD DE SERVICIO SEGÚN TIPO DE PACIENTE.....	<b>205</b>
ANEXOS N° 10 PERCEPCIONES DE CALIDAD DE SERVICIO SEGÚN ESCOLARIDAD .....	<b>207</b>
ANEXOS N° 11 RESULTADOS SOBRE TIC.....	<b>212</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS, TABLAS Y GRÁFICOS

FIGURA N° 1 .....	28
FIGURA N° 2 .....	29
FIGURA N° 3 TRES TIPOS DE MARKETING EN INDUSTRIA DE SERVICIOS .	43
FIGURA N° 4 MODELO NÓRDICO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO .....	59
FIGURA N° 5: PIRÁMIDE POBLACIONAL CENSO 1992 - 2002 .....	90
FIGURA N° 6: FORMULA CALCULO MUESTRA.....	113
TABLA N° 1 CATEGORIAS DE CONDUCTAS CRITICAS .....	41
TABLA N° 2 RESUMEN CRONOLÓGICO DE LOS MÁS RELEVANTES	
APORTES SOBRE LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO .....	68
TABLA N°3 RECURSOS HUMANOS UNIDADES AMBULATORIAS.....	94
TABLA N° 4 RESULTADO MEDICION O.I.R.S. SALA DE ESPERA.....	107
TABLA N° 5 RESULTADO MEDICION O.I.R.S. ASEO SALA DE ESPERA.....	107
TABLA N° 6 RESULTADO MEDICION O.I.R.S. TIEMPO DE ESPERA .....	108
TABLA N° 7 RESULTADO MEDICION O.I.R.S. TRATO DEL MEDICO .....	108
TABLA N° 8 RESULTADO MEDICION O.I.R.S. INDICACIONES DEL MEDICO	108
TABLA N° 9 ATENCIONES AMBULATORIAS .....	113
TABLA N° 10 NIVEL DE CONFIANZA Y PROBABILIDAD DE ERROR .....	114
TABLA N° 11 TAMAÑO DE LA MUESTRA POR UNIDAD .....	115
TABLA N° 12 ESCALA LIKERT .....	116
TABLA N° 13 DIMENSIONES DE CALIDAD DE SERVICIOS.....	117
TABLA N° 14 PREPONDERANCIA DIMENSIONES DE CALIDAD.....	127
TABLA N° 15 RESUMEN PERCEPCIONES GENERALES DIM.CALIDAD .....	129
TABLA N° 16 AFIRMACIONES SEGÚN DIMENSION DE CALIDAD .....	131
TABLA N° 17 PREPONDERANCIA DIMENSIONES DE CALIDAD POR UNIDAD	
.....	133
TABLA N° 18 RESUMEN PERCEPCIONES PONDERADAS GENERALES POR	
UNIDAD DIMENSIONES DE CALIDAD DE SERVICIO .....	135
TABLA N° 19 RESUMEN PERCEPCIONES POR UNIDAD SERVICIO DE	
NATURALEZA OCASIONAL .....	137
TABLA N° 20 RESUMEN PERCEPCIONES POR UNIDAD SERVICIO CON	
MAYOR PERMANENCIA EN EL TIEMPO .....	137
TABLA N° 21 PREPONDERANCIA POR RANGO DE EDAD .....	139
TABLA N° 22 RESUMEN PERCEPCIONES SEGÚN RANGO DE EDAD.....	141
TABLA N° 23 PREPONDERANCIA SEGÚN SEXO .....	142
TABLA N° 24 RESUMEN PERCEPCIONES SEGÚN SEXO.....	142
TABLA N° 25 PREPONDERANCIA POR TIPO DE PACIENTE .....	144
TABLA N° 26 RESUMEN PERCEPCIONES POR TIPO DE PACIENTE .....	144
TABLA N° 27 PREPONDERANCIA SEGÚN ESCOLARIDAD.....	145
TABLA N° 28 RESUMEN PERCEPCIONES SEGÚN ESCOLARIDAD .....	146
TABLA N° 29 PREPONDERANCIA SEGÚN SECTOR DE DOMICILIO.....	147



TABLA N° 30 RESUMEN PERCEPCIONES SEGÚN SECTOR DE DOMICILIO 147

GRÁFICO N° 1 .....	105
GRÁFICO N° 2.....	106
GRÁFICO N° 3.....	106
GRÁFICO N° 4.....	124
GRÁFICO N° 5.....	124
GRÁFICO N° 6.....	125
GRÁFICO N° 7.....	125
GRÁFICO N° 8.....	126
GRÁFICO N° 9.....	126
GRÁFICO N° 10.....	128
GRÁFICO N° 11.....	130
GRÁFICO N° 12.....	149
GRÁFICO N° 13.....	150
GRÁFICO N° 14.....	151
GRÁFICO N° 15.....	152
GRÁFICO N° 16.....	153
GRÁFICO N° 17.....	153
GRÁFICO N° 18.....	154
GRÁFICO N° 19.....	154

## INTRODUCCIÓN

Una de las preocupaciones de los últimos Gobiernos en nuestro país ha sido la Modernización del Estado, orientada principalmente a la necesidad de potenciar la gestión pública de las organizaciones que lo conforman, con un énfasis particular en la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

Diversos han sido los esfuerzos en este tema, a fin de incentivar a los órganos estatales a una mejora de sus servicios y procesos, que permita un mayor acceso de la ciudadanía a los servicios públicos, simplificación de procedimientos e introducción de apoyo tecnológico e informático.

Específicamente en el sector salud, se han implementado distintos programas orientados a la medición de la gestión, evaluación de la calidad de la atención en salud y mejoramiento del trato en la atención a los usuarios, llegando a la gestación de una Reforma de la Salud que involucra diversos ámbitos y niveles de gestión, su esencia conlleva un cambio de orden cultural. Plantea una nueva manera de concebir la atención (relación entre profesionales y personas), la estructura y la organización del sistema de salud, sea en el ámbito público y privado. Afectando por cierto a los equipos de salud, pero también a la población, ya que ambos actores deben construir una nueva forma de relacionarse.

En este sentido, surge una nueva manera de organizarse al interior del sistema de salud, conocido como Redes de Salud, que implica crear y coordinar lazos dentro y fuera de la institución, utilizando de manera sistemática y coherente la información necesaria disponible sobre las personas y sus familias, comprendiendo que ello, permite una más alta probabilidad de respuestas integradas, independiente del lugar de la red donde se proporciona la atención o respuesta.

El Hospital Clínico Herminda Martín, es una de los establecimientos de salud que conforma la Red Asistencial de Ñuble, que a través del Consultorio Adosado de

Especialidades y unidades de apoyo, otorga atención de especialidad ambulatoria a los usuarios de la Provincia de Ñuble, presentando niveles de resolutivez insatisfactorios para la demanda existente, lo que se refleja principalmente en listas de espera en las distintas áreas de atención.

Bajo este escenario y en atención a las altas tasas de patologías que requieren atención especializada, surge la necesidad de impulsar el Proyecto de Normalización Consultorio Adosado de Especialidades (PRONCAE), que implica ajustar a normas actualizadas las prestaciones de salud (en todos sus ámbitos) realizadas por las unidades de atención ambulatoria del HCHM, consistente a los lineamientos Ministeriales en torno a la calidad de los servicios y satisfacción usuaria. Es así, que el PRONCAE considera las tecnologías de la información y comunicación un elemento diferencial que contribuye a la satisfacción usuaria, mediante la creación de valor para el usuario, por medio de un servicio personalizado y expedito, donde el centro sea el usuario y todo su historial clínico para que esté disponible en toda la Red Asistencial.

En atención a lo señalado, esta investigación se centra en las unidades de atención ambulatoria del HCHM, a fin de medir calidad de servicios y satisfacción usuaria, mediante la aplicación del Modelo SERVPERF. Se consideran además, algunos aspectos importantes para este estudio como algunas características personales de los usuarios y aspectos relacionados a las tecnologías de la información y comunicación, que permita asociar resultados a ciertas características de los usuarios y por otro lado conocer cómo se relacionan con las tecnologías de la información y comunicación.

Esta investigación se inicia con una revisión bibliográfica para comprender la concepción teórica de los aspectos abordados, tales como: necesidades, expectativas, percepciones, calidad de servicio, satisfacción, tecnologías de la información, entre otros. Posteriormente y según el modelo de medición de calidad de servicios, se aplica encuesta a los usuarios de cada una de las unidades objeto de estudio, con el fin de alcanzar los objetivos propuestos.

Este informe entrega toda la información necesaria para entender los resultados que arroja el instrumento aplicado, analizando mediante cálculos estadísticos e interpretaciones descriptivas las respuestas de los usuarios en torno a calidad de servicio y satisfacción usuaria.

Finalmente se dan a conocer las conclusiones y alcances generales que esta investigación infiere de la atención ambulatoria del HCHM.

# TÍTULO PRELIMINAR

## TÍTULO PRELIMINAR: *Formulación General del Seminario*

---

# TÍTULO PRELIMINAR: FORMULACIÓN GENERAL DEL SEMINARIO

## INVESTIGACIÓN PROPUESTA

### • ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En cada país, uno de los sectores públicos más sensibles para la ciudadanía es el sector salud, lo que no resulta muy difícil de entender, si se considera que está ligado a la vida de las personas, su sufrimiento y/o su discapacidad. Al respecto, se reconocen lineamientos mundiales como la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que señala que “uno de los derechos fundamentales de todo ser humano... es disfrutar del mayor nivel de salud posible (...). Los gobiernos son responsables de la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser alcanzada cuando se ofrecen servicios sociales y de salud adecuados” (Homedes, N. y Ugalde, A., 2002).

Por tanto, cada gobierno, como así también nuestro país, estará preocupado por propiciar las condiciones para que estos servicios de salud respondan a las demandas de la ciudadanía, considerando además que se hace cargo de aquellos más desposeídos, ya que es una tendencia en la salud privada, excluir a las personas que se consideran de alto riesgo y quienes presentan enfermedades costosas. En este contexto, el sector salud en Chile está enfrentando una reforma que se sustenta en valores como: **equidad** en el acceso a la atención de salud; **eficacia** en las intervenciones destinadas a promover, preservar y recuperar la salud y **eficiencia** en el uso de los recursos.

Si bien, por años en Chile se han hecho grandes esfuerzos para dar una respuesta en salud lo más cercana a las necesidades reales de la población, resultan ser insuficientes a la luz de las percepciones de la comunidad en cuanto a satisfacción usuaria y/o calidad en el servicio, cuando además estamos inmersos en una cultura

## TÍTULO PRELIMINAR: Formulación General del Seminario

que se centra más en los aspectos negativos por sobre los muchos aspectos positivos que pudieran existir.

La realidad local no escapa a este tipo de apreciaciones, sin embargo las autoridades de salud reconociendo que aún falta por mejorar algunas áreas como la atención ambulatoria del Hospital Clínico Herminda Martín (HCHM) de Chillán (área objeto del presente estudio), donde el tiempo que deben esperar los usuarios para obtener una hora de atención en el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE), es en promedio 60 días para el 47% de las solicitudes de horas médicas; cuando además existe una alta demanda de atención de especialidad y la oferta no es suficiente; donde se cuenta con una infraestructura deficiente para entregar una atención ajustada a las normas ministeriales; y concientes además que los recursos que cuenta este sector siempre resultan escasos; ha impulsado el desarrollo del *Proyecto de Normalización del Consultorio Adosado de Especialidades (PRONCAE)*, dirigido a las unidades de la atención ambulatoria del HCHM. Así, en el contexto de este proyecto, el presente estudio pretende medir la calidad y satisfacción usuaria en cada una de las unidades que conforman la atención ambulatoria del HCHM.

### • JUSTIFICACIÓN

El sector salud ha adquirido una gran dinámica en los últimos años y se ha transformado en uno de los sectores con mayores avances en el tema de la modernización de la gestión pública. Aun así, falta mucho por hacer y se está muy distante de los estándares de gestión y de calidad de los países desarrollados, por lo que la satisfacción usuaria es indudablemente una deuda que todavía persiste.

En tal contexto el tema elegido apunta a reforzar un aspecto vital en el éxito del proyecto (PRONCAE) que tendrá impacto en la población de toda la Provincia de

***TÍTULO PRELIMINAR: Formulación General del Seminario***

---

Ñuble, como es la satisfacción de los usuarios de las Unidades de Atención Ambulatoria del PRONCAE, Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.



## **TÍTULO PRELIMINAR: Formulación General del Seminario**

---

### **• ALCANCES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

El desarrollo de la presente investigación se realiza en la Institución de Salud Pública, HCHM de la ciudad de Chillán, y está orientada específicamente a las unidades de atención ambulatoria que el Hospital posee, estas unidades son parte importante dentro del ámbito de acción que abarca el Proyecto (PRONCAE).

#### **Alcances del Estudio**

- Permitirá generar las condiciones apropiadas para una mejor atención a los usuarios de las unidades ambulatorias, logrando mayor satisfacción y calidad del servicio prestado. Para ello se hace necesario la medición de las percepciones de los usuarios, a través del modelo SERVPERF, con el objetivo de detectar los aspectos más débiles, y así, proponer las recomendaciones y/o sugerencias necesarias, que permitan a los directivos la fijación de metas realistas y alcanzables en un tiempo determinado, de acuerdo a la disponibilidad de los recursos.
- Importante aporte al proyecto (PRONCAE), con el objetivo de hacer más eficiente la gestión de HCHM en el área de atención ambulatoria. En tal sentido, se obtendrán indicadores de gestión, contemplando además gráficas representativas por dimensiones de calidad de servicio, de aspectos tan importantes como la Confiabilidad, Seguridad, Empatía, Responsabilidad y los Bienes Tangibles.
- La medición de calidad de servicio y satisfacción usuaria, permitirá la comparación de los indicadores de gestión y de las gráficas, entre las distintas unidades de atención ambulatoria que involucra el PRONCAE, de manera de priorizar las intervenciones, esfuerzos y recursos en aquellas que muestran los aspectos más deficientes.

## **TÍTULO PRELIMINAR: Formulación General del Seminario**

---

### **Limitaciones del Estudio**

- Debido a restricciones de tiempo, la presente investigación solo se orientará a las unidades de atención ambulatoria relacionadas con usuarios externos, y no a todo el ámbito de acción del proyecto (PRONCAE). En este mismo sentido el análisis se enfocará en la medición de calidad de servicio y satisfacción usuaria de dichas unidades y no al resto.
- El realizar la medición de calidad de servicio y satisfacción de los usuarios en una Institución Pública, resulta bastante complejo en contraste con una Empresa Privada, debido a que se trata de realidades diferentes, con labores, funcionarios y usuarios con características distintas y particulares. Adicionalmente se destaca la cantidad de usuarios que utilizan las distintas unidades de atención ambulatoria, lo que dificulta muchas veces el proceso de medición de calidad del servicio.
- La influencia que pudiera existir en los usuarios, al momento de medir sus percepciones del servicio y/o la desfavorable percepción colectiva que existe actualmente acerca de los servicios de la salud pública.
- La cultura organizacional de este tipo de establecimientos, como los hospitales, ya que es sabido que los servicios de atención al usuario no se realizan de la mejor manera, destacándose que generalmente existe resistencia al cambio y que no es fácil mejorar.

### **• OBJETIVO GENERAL**

“Medir la Calidad de Servicio en las Unidades de Atención Ambulatoria del Proyecto de Normalización Consultorio Adosado de Especialidades (PRONCAE) del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, desde la perspectiva de sus usuarios”

## TÍTULO PRELIMINAR: Formulación General del Seminario

---

### • OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Elaborar un Marco Teórico que sustente la investigación.
2. Identificar el grado de importancia que asignan los usuarios de las unidades de Atención Ambulatoria del PRONCAE a las dimensiones de calidad del servicio.
3. Medir la satisfacción de los usuarios de las unidades de Atención Ambulatoria del PRONCAE, respecto de la calidad de servicio percibida.
4. Identificar los aspectos que los usuarios de las unidades de Atención Ambulatoria del PRONCAE perciben con menor y con mayor grado de satisfacción por cada una de las dimensiones de calidad del servicio.
5. Sugerir posibles cambios y/o soluciones específicas que tiendan a mejorar la satisfacción de los usuarios de las unidades de Atención Ambulatoria del PRONCAE.

### • METODOLOGÍA A UTILIZAR

Con el objetivo de lograr conocimiento en cada uno de los aspectos teóricos del estudio, se utiliza información bibliográfica asociada a la investigación, para obtener un mayor dominio y visión de las bases teóricas que la sustentan. Adicionalmente, también se utilizan técnicas de recolección de información como textos de estudios, artículos de investigación, páginas Web, información general del HCHM y del PRONCAE, además de entrevistas a directivos del establecimiento.

La base para el análisis está centrada en el **Modelo SERVPERF** de medición de calidad de servicios, de los autores J. Joseph Cronin y Steven A. Taylor (Cronin y Taylor, 1992). SERVPERF deriva del modelo SERVQUAL de los autores

**TÍTULO PRELIMINAR: *Formulación General del Seminario***

---

Parasuraman, Zeithaml y Berry (1992) y es entendido como una modificación del modelo original y que se basa en la evaluación exclusivamente de las percepciones de los individuos y utiliza dos instrumentos de medición que son cuestionarios del modelo original. Cronin y Taylor en su investigación “Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension” validan tanto en forma teórica como práctica el modelo SERVPERF para la medición de la calidad, siendo demostrado en los resultados ser superior al modelo SERVQUAL. SERVPERF postula que la calidad percibida por el cliente o usuario depende únicamente de la percepción que tiene sobre el desempeño del servicio, ponderado por la importancia que cada atributo tiene para él.

La medición de calidad contempla las cinco dimensiones consideradas en el modelo SERVQUAL, que se indican a continuación:

- **Confiable**
- **Responsabilidad**
- **Seguridad**
- **Empatía**
- **Bienes Tangibles.**

La información primaria, se obtiene en base a instrumentos de recolección de información a la población objetivo, el que se estructura de acuerdo a los cuestionarios que se indican:

- **Evaluación de la preponderancia de las cinco dimensiones de calidad:** Los encuestados distribuyen 100 puntos de acuerdo al grado de importancia que posee para ellos, en cada una de las cinco dimensiones de calidad de servicio.
- **Evaluación de la percepción de calidad de servicios:** Los encuestados otorgan un valor del 1 al 7 (Escala Likert de 7 puntos) a cada una de las afirmaciones en relación a las unidades de atención ambulatoria.

## TÍTULO PRELIMINAR: *Formulación General del Seminario*

Cabe señalar, que en el instrumento de medición se consulta sobre una serie de características personales y demográficas al usuario, con el fin de potenciar la medición de calidad del servicio realizada con el modelo SERVPERF, y así poder obtener resultados por grupos de interés tales como: grupo etéreo, sexo, escolaridad entre otros.

De lo anteriormente señalado, se precisa que el instrumento de medición, posee tanto variables de tipo dependientes como independientes, las cuales se describen a continuación:

**Variables Dependientes** : Percepción, Calidad, Satisfacción.

**Variables Independientes** : Características personales y demográficas de los usuarios encuestados.

Adicionalmente se consulta acerca de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) que el usuario utiliza y por aquellas que prefiere, con el objeto de poseer información descriptiva relevante, para la realización de análisis de interés para el Proyecto (PRONCAE), siendo posible realizar ciertas intervenciones en el ámbito de las TIC, ya sea potenciando las actuales o incorporando otras preferidas por los usuarios.

Los cuestionarios se aplican a una muestra representativa de la población (usuarios de las unidades de Atención Ambulatoria del PRONCAE), determinada mediante procedimientos probabilístico de muestreo aleatorio simple. Para el procesamiento y análisis de la información se utilizan planillas Microsoft Excel, tanto para el proceso de tabulación como en la confección de gráficos. Para el análisis estadístico de la información se utiliza el Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 15.0 en español.

# **CAPÍTULO I**

## CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

### 1.1. NECESIDADES, EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES DEL CLIENTE / USUARIO

Las palabras “Necesidades”, “Expectativas”, “Percepciones” y “Cliente” pueden tener varias acepciones, dependiendo de los enfoques que se les quiera dar. En este sentido, a continuación se dan a conocer diversas definiciones con el objeto de formarse una idea global y completa de estos términos.

#### 1.1.1. CLIENTE

Moya (2004) entrega las siguientes definiciones de cliente: “Es el que utiliza un producto o servicio. Es una parte esencial de nuestro negocio. Es un ser humano con sentimientos y emociones similares a los nuestros y merece un trato respetuoso. Un cliente no depende de nosotros, nosotros dependemos de él. Un cliente no es una interrupción de nuestro trabajo, es un objetivo. Un cliente nos hace un favor cuando llega, nosotros no le estamos haciendo un favor atendándolo. El cliente es quien paga el salario de los empleados, sin él tendríamos que cerrar las puertas”.

Los clientes se pueden clasificar de la siguiente manera:

- **Clientes Internos:** Se refiere al que recibe o es el beneficiario de las salidas o resultados de los esfuerzos del trabajo de los procesos internos de la organización.
- **Clientes Externos:** Se refiere al que recibe o es beneficiario del servicio o comprador de los productos de una empresa o institución.

## CAPÍTULO I: Marco Teórico

---

### 1.1.2. NECESIDADES

Desde un punto de vista de la Real Academia Española de la Lengua (2008) el concepto necesidad (es) se define como: “Carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida”. Desde un punto de vista del Marketing, se explica que se trata de los deseos de la persona, la fuerza motriz, guiados por cogniciones, detrás de la conducta y actitudes de compra (American Marketing Association (AMA), 2008) o “Sensación de carencia que posee una persona, unida al deseo de satisfacerla” (Wikipedia, 2008).

**Necesidad o deseo:** El deseo es una necesidad que toma la forma de un producto, marca o empresa. Las necesidades no se crean, existen. Lo que se crea o se fomenta es el deseo. “El papel del marketing es detectar necesidades, que puedan transformarse en oportunidades de negocio, producir satisfactores (productos y/o servicios), y despertar el deseo por dichos productos o servicios, es decir convencer al consumidor que la mejor opción para satisfacer dicha necesidad es el satisfactor desarrollado por la empresa” (Wikipedia, 2008).

De lo señalado anteriormente, con los diversos enfoques se puede deducir que las necesidades son carencias inherentes a todo ser humano, que busca permanentemente el deseo de satisfacerlas, con un objetivo de supervivencia y bienestar. Uno de los aspectos que se consideran muy relevantes para la permanencia del bienestar, son los servicios de Salud, especialmente para aquellos con más riesgo social y con mayores carencias. Es por ello la importancia de la calidad de servicio en la Salud en general y en particular en la Salud Pública en Chile.



## **CAPÍTULO I: Marco Teórico**

---

### **1.1.3. EXPECTATIVAS**

La Real Academia Española de la Lengua (2008), la define como la “esperanza de realizar o conseguir algo” o como la “posibilidad razonable de que algo suceda”.

En caso de incertidumbre, una expectativa es lo que se considera lo más probable que suceda. Una expectativa, que es una suposición centrada en el futuro, puede o no ser realista. Un resultado menos ventajoso ocasiona una decepción. Si algo que pasa es completamente inesperado, es una sorpresa. Una expectativa sobre la conducta o desempeño de otra persona, expresada a esa persona, puede tener la naturaleza de una fuerte petición, o una orden (Wikipedia, 2008).

Desde el punto de vista del Marketing, “las expectativas del cliente son actitudes que este asume respecto a una empresa, y está relacionada con el producto o servicio dado y el profesionalismo del contacto con el cliente. Las expectativas van vinculadas a las cualidades positivas del servicio tales como: interés personal, servicialidad, eficiencia y confiabilidad; antepuestas a las negativas, tales como: la rudeza, demora antes de responder, demora en la respuesta, incompetencia e indiferencia entre otros” (Romero y Romero 2006).

### **1.1.4. PERCEPCIONES**

La Real Academia Española de la Lengua la define como “acción y efecto de percibir”, también como “sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos” y “conocimiento o idea”.

En términos del marketing, la AMA 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 impresión de que está formado de "realidad"

## **CAPÍTULO I: Marco Teórico**

---

que a su vez influye en las acciones del individuo y el comportamiento hacia ese objeto”.

Según Zeithaml y Bitner (2002) los clientes perciben los servicios en términos de su calidad y del grado en que se sienten satisfechos, asociado a sus experiencias en general. De igual forma, estos autores señalan, que en referencia a las percepciones de los clientes, se asumen que las dimensiones del servicio y las formas en que el cliente evalúa el servicio son semejantes, independiente de si el cliente es interno o externo a la organización.

### **1.1.5. NECESIDADES DEL CLIENTE EN SERVICIOS DE SALUD**

Según Lamata y otros (1994) “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, que puede y suele cambiarse por otros bienes o servicios o por su valor en moneda”. “Productos sanitarios son las actividades o procesos que realizan los profesionales o las instituciones sanitarias. Son productos 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, honorarios, una póliza o impuestos. Son procedimientos complejos, en ocasiones sofisticados, que requieren un conocimiento especializado (tecnología) y que pretenden resolver problemas concretos: alterar el curso natural de las enfermedades, prevenir, curar, rehabilitar”.

Un estudio realizado en un servicio de salud del sur de Chile (Hospital Regional de Valdivia), sobre la satisfacción de los clientes, a través de las percepciones de los usuarios sobre distintos aspectos de gestión y elementos del servicio, describe que en relación con los aspectos de gestión y orientación hacia la satisfacción de las necesidades de salud de los usuarios, el factor que mayor incide, es el trato otorgado por el personal del establecimiento hospitalario a los usuarios. Otros

## **CAPÍTULO I: Marco Teórico**

---

factores importantes son la orientación del establecimiento, en cuanto a su funcionamiento, capacidades y habilidades del personal médico, hacia la satisfacción de las necesidades de salud de los usuarios y en tercer lugar, aspectos relativos al ofrecimiento de información al usuario y a la coordinación entre los servicios internos. Con respecto a la satisfacción de los usuarios con distintos elementos del servicio prestado por el Hospital, se señala que el factor que más ejerce influencia es el relativo a la satisfacción con los tiempos de atención. En segundo lugar se situarían las comodidades de las salas de hospitalización y, en tercer lugar, el mantenimiento y limpieza del Hospital. Estos son aspectos, por tanto, que un establecimiento de salud debe potenciar y fortalecer para aumentar la satisfacción de sus usuarios (Riveros y Berné, 2005).

### **1.1.6. EXPECTATIVAS DEL CLIENTE EN SERVICIOS DE SALUD**

En general, como lo señalan Jara y otros (2007), las expectativas del servicio se forman por muchos factores que no son controlables, desde las experiencias que el cliente / usuario vive con otras organizaciones hasta el efecto de la publicidad sobre el estado psicológico de los clientes / usuarios en el momento de la prestación del servicio, vale decir estará condicionado por sus valores, experiencia o educación.

Montero y otros (2007), citando a Parasuraman y otros, señalan que comprender las expectativas del cliente / usuario es un prerrequisito para entregar un servicio de calidad superior; estos comparan sus percepciones con las expectativas que tienen cuando juzgan el servicio de una organización. Sin embargo, la naturaleza de las expectativas y cómo se han gestado es materia de amplia trascendencia para enfocar la prestación de los servicios hacia lo que los clientes / usuarios esperan. Es posible sistematizar cuatro grandes factores que afectan las expectativas:

## *CAPÍTULO I: Marco Teórico*

---

**Boca a Boca:** los clientes / usuarios escuchan los comentarios de otros y en base a eso se conforman una expectativa del servicio. Estos comentarios pueden ser positivos o negativos, y son de alta incidencia en la conformación de expectativas.

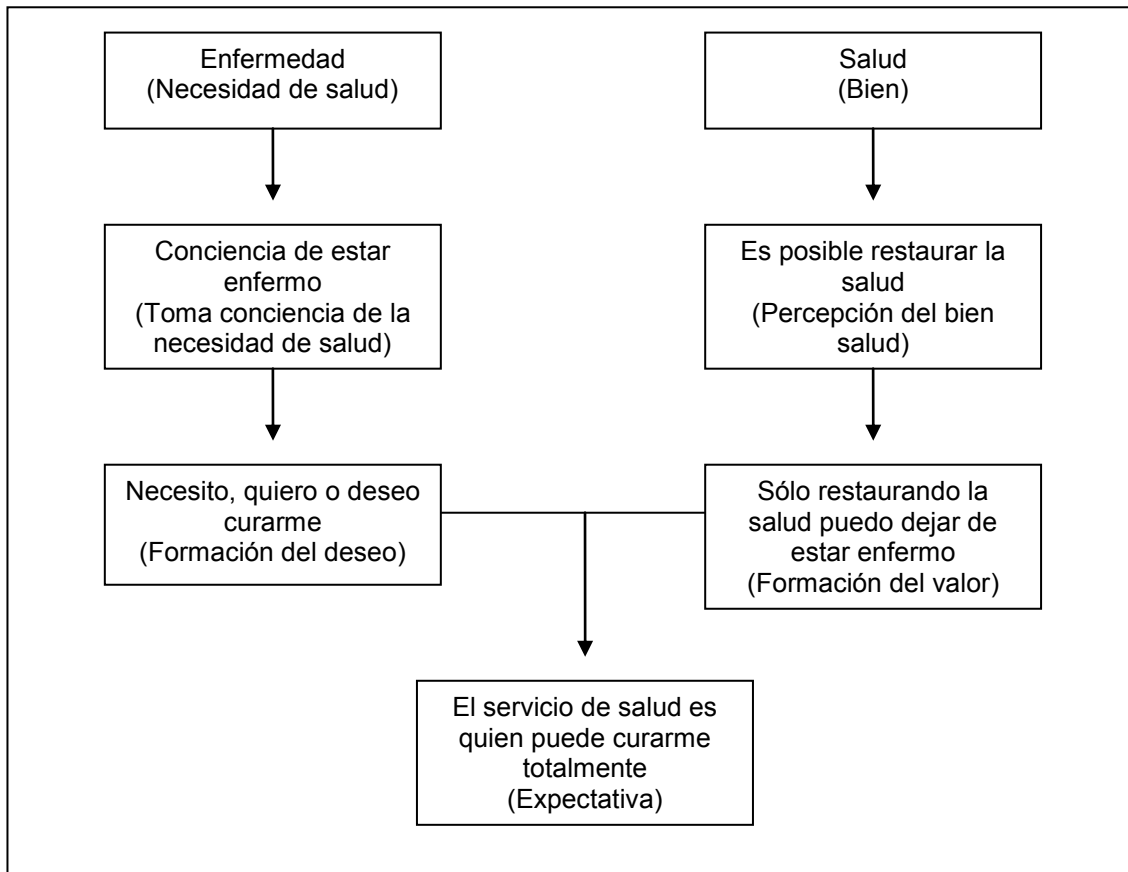
**Publicidad:** los mensajes publicitarios moldean expectativas. En particular las promesas, ya que son muy incidentes en los servicios.

**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. Y en general, cada persona le pone mayor o menor atención a uno u otro atributo del servicio.

**Experiencias Pasadas:** las expectativas de un cliente / usuario nuevo son inferiores a las de un cliente experimentado en el servicio, este último exige más porque conoce más lo que el servicio puede y debe entregarle.

El consumo de servicios de salud para satisfacción de las necesidades de salud surge porque el individuo supone en ellos (de manera subjetiva) la propiedad de poder generar el resultado de restaurar, mantener, mejorar o rehabilitar el estado de completo bienestar físico, psíquico y social. Por tanto, sus expectativas pueden plasmarse en el siguiente esquema, según Corella (1998).

**FIGURA N° 1 GÉNESIS DE LA EXPECTATIVA**



Fuente: Corella (1998)

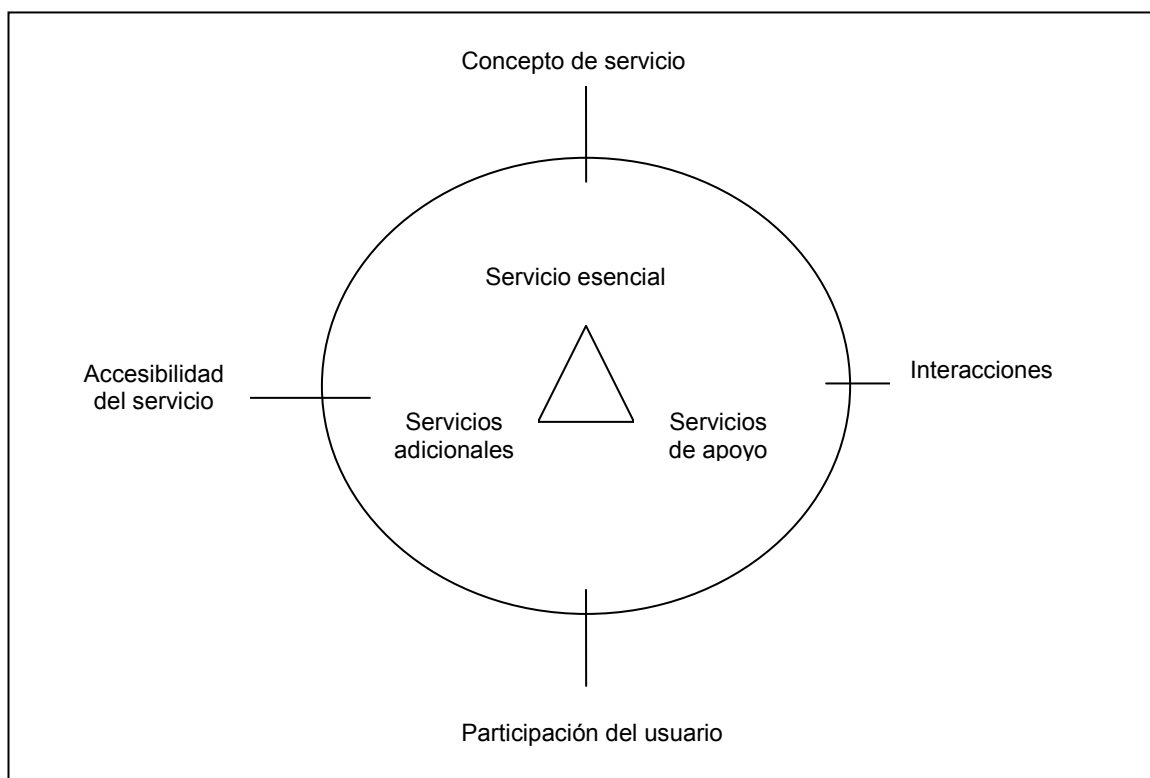
### 1.1.7. PERCEPCIONES DEL CLIENTE EN SERVICIOS DE SALUD

Losada y Rodríguez (2007), señalan que introducir la percepción conlleva formular el concepto de calidad del servicio de salud desde la óptica del cliente / usuario, donde se le otorga importancia a la percepción del paciente para la evaluación de la calidad del servicio. De igual forma, Castillo y otros (2007) en su estudio de “Los predictores de satisfacción de pacientes en un centro hospitalario universitario”, señalan que “un mayor nivel de satisfacción del cliente reforzará sus percepciones de calidad”.

**CAPÍTULO I: Marco Teórico**

Corella (1998) señala dos elementos importantes que están ligados de manera positiva o negativa a la percepción, que son: imagen y comunicación. Es indiscutible que la imagen influye de manera importante en la calidad percibida de los servicios y que, a su vez, esta obedece en gran medida a la comunicación que se lleve a cabo, porque la comunicación también impacta directamente en las expectativas y las experiencias del cliente. Este mismo autor presenta la forma en que estos puntos afectan a la percepción de una oferta de salud eficaz, se puede visualizar con toda claridad en la figura 2, que, a su vez, constituye una guía para la gestión en el contexto de un enfoque de marketing en los servicios de salud.

**FIGURA N° 2 PERCEPCIÓN DE UNA OFERTA DE SALUD EFICAZ**



Fuente: Corella (1998)

Por lo anteriormente señalado, una institución de salud que esté interesada en garantizar la efectividad de la atención sanitaria y eficiencia en la gestión, debe conocer las percepciones de los pacientes respecto a los procesos asistenciales.

## **1.2. SATISFACCIÓN DEL CLIENTE**

### **1.2.1. VALOR Y SATISFACCIÓN PARA EL CLIENTE**

Peter Drucker, hace más de 35 años, observó que la primera tarea de una empresa es “crear clientes”. Sin embargo, los clientes actuales enfrentan una amplia gama de opciones de productos y marcas, precios y proveedores. ¿Cómo toman las decisiones los clientes? Los clientes realizan un cálculo o estimación de qué oferta les proporcionará el mayor valor. Los clientes buscan maximizar su valor, dentro de los límites de costos de búsqueda y de conocimientos, movilidad e ingresos limitados. Los clientes se forman una expectativa de valor y actúan de conformidad. Que la oferta esté o no a la altura de la expectativa de valor afecta tanto a la satisfacción como a la probabilidad de una compra repetida. (Kotler y Keller, 2006).

El valor entregado al cliente es la diferencia entre el valor total para el consumidor y el costo total para el consumidor. El valor total para el consumidor es el conjunto de beneficios que los clientes esperan de un producto o servicio dado. El costo total para el consumidor es el conjunto de costos en que estos esperan incurrir al evaluar, obtener, usar y disponer del producto o servicio. (Kotler y Keller, 2006). Adicionalmente, se puede señalar que el valor total para el cliente será la suma del valor del producto más el valor de los servicios más el valor del personal y el valor de la imagen de la empresa u organización que ofrece el producto o servicio.

En el marco de decisión del cliente, los conceptos de calidad y satisfacción se han encontrado en el centro de la discusión. La faceta más interesante que afrontaron entonces los estudiosos del marketing de servicios era la interacción entre la calidad, la satisfacción y el valor. (Riveros y Berné, 2006)

## *CAPÍTULO I: Marco Teórico*

---

De esta forma, como señalan Bustamante y Ordenes (2003), la satisfacción del cliente es un punto central del marketing de servicios. La calidad del servicio y la satisfacción del consumidor o cliente son elementos vitales para el éxito en el mercado, por lo que muchas organizaciones, tienen en cuenta la opinión de los consumidores.

Berné y otros (2003), citando a Howard y Sheth, señalan que la satisfacción es el estado cognitivo del comprador respecto a la adecuación o inadecuación de la recompensa recibida frente al sacrificio experimentado. En un contexto de prestación de servicios, la satisfacción del cliente (usuario) es un sentimiento que describe una experiencia de uso y que considera la relación entre lo recibido y lo dado a cambio (costes monetarios, físicos, temporales y psíquicos). Que el comprador quede satisfecho o no después de su compra depende de la percepción de la prestación del servicio o bien adquirido.

La satisfacción o insatisfacción del cliente con el producto o servicio influirá en su comportamiento posterior. Si el cliente queda satisfecho, existirá mayor probabilidad que vuelva por el producto o servicio. En cambio, un cliente insatisfecho, probablemente buscará información por confirmar el valor del servicio. También es posible que emprenda acciones públicas o privadas. Las acciones públicas incluyen presentar reclamaciones, dirigirse a un abogado o presentar quejas públicas. Las acciones privadas incluyen en decidir dejar el servicio o alertar a su círculo más cercano. (Kotler y Keller, 2006).

Las Empresas pueden mejorar su oferta de tres maneras:

- Pueden incrementar el valor total para el cliente mejorando los beneficios tanto del producto, como de los servicios, personal e imagen.
- Pueden reducir los costos no monetarios para el comprador aminorando los costos de tiempo, energía y psíquicos.
- Pueden reducir los costos monetarios de su producto para el comprador.



## *CAPÍTULO I: Marco Teórico*

---

Muchas empresas ponen la mira en una satisfacción elevada porque los clientes que están meramente satisfechos podrían cambiar fácilmente si se les presenta una mejor oferta. Quienes están altamente satisfechos están mucho menos dispuestos a cambiar. Una satisfacción elevada o un deleite crea no sólo una preferencia racional, sino un vínculo emocional con la marca. El resultado es una alta lealtad de los clientes. Sin embargo, también se destaca como importante, lograr la satisfacción de los clientes que no están satisfechos, que aumentar la de aquellos que ya lo están.

La percepción de calidad incide en la satisfacción del usuario o cliente en el ámbito de los servicios hospitalarios. Este es un aspecto de gran significancia para el marketing y para su aplicación en el sector público, dado que la calidad del servicio y la satisfacción del usuario, son temas que han traspasado la barrera de la empresa privada y actualmente están tomando relevancia, sobretodo a nivel latinoamericano, en los procesos de modernización que está viviendo el sector público (Bustamante y Ordenes, 2003).

En virtud de lo anterior y considerando que al hablar de salud pública las expectativas no son muy altas, por la existencia de una imagen deteriorada, se justificaría la medición de calidad y satisfacción usuaria a través de las percepciones.

El interés por estudiar la satisfacción del usuario o cliente, se explica por la creciente necesidad de conocer las percepciones de calidad que estos obtienen de los servicios del sector público. Este conocimiento está siendo cada vez más relevante para la formulación y evaluación de políticas sociales, y, en particular, de políticas públicas de salud, aceptando que un mayor grado de satisfacción de los usuarios, asociado a percepciones de mayor calidad, es un resultado social deseable y deseado por la gestión hospitalaria pública y consecuente con la aplicación del marketing en este sector (Riveros y Berné, 2007).

## **1.2.2. HERRAMIENTAS DE MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES**

Moya (2004), señala que existen algunas herramientas para medir el nivel de satisfacción de los clientes, entre ellas existen:

- **Sistemas de Quejas y Sugerencias**

Una organización centrada en los clientes facilita que sus clientes presenten sugerencias y quejas. Muchos restaurantes y hoteles proporcionan formatos para que los huéspedes informen lo que les gustó y lo que no les gustó. Otras empresas, establecen líneas directas sin cargo por larga distancia (números 800). Las empresas también están añadiendo páginas Web y correo electrónico para facilitar la comunicación bi-direccional. Estos flujos de información proporcionan a las empresas muchas percepciones de calidad y les permiten actuar rápidamente para resolver problemas.

- **Encuestas de Satisfacción de Clientes**

Se señala que aunque los clientes están satisfechos con una de cada cuatro compras, menos del 5% de los clientes insatisfechos se quejan y la mayoría de los clientes compra menos o cambia de proveedor. Por tanto, los niveles de queja generalmente no son una buena medida de la satisfacción de los clientes. Las empresas con sensibilidad de respuesta miden la satisfacción de los clientes directamente realizando encuestas periódicas: envían cuestionarios o llaman por teléfono a una muestra aleatoria de clientes recientes, y también piden las opiniones de los compradores en cuanto al desempeño de sus competidores.

## **CAPÍTULO I: Marco Teórico**

---

- **Compras Fantasmas**

Las empresas pueden contratar personas para que se hagan pasar por compradores en potencia e informen de los puntos fuertes y débiles de su experiencia al comprar los productos de la empresa y de los competidores. Estos compradores misteriosos, incluso pueden probar si el personal de ventas maneja bien o mal diversas situaciones. Por ejemplo, un comprador misterioso podría quejarse acerca de la comida de un restaurante para ver cómo el establecimiento maneja la queja. Las empresas no sólo deben contratar a compradores misteriosos, sino que los gerentes mismos deben salir de sus oficinas de vez en cuando, participar en situaciones de venta con su empresa y con sus competidores en las que sean incógnitos, y experimentar por sí mismos el tratamiento que reciben como “clientes”: Una variante de esto es que los gerentes llamen por teléfono a su propia empresa para hacer preguntas o quejarse, y vean cómo se manejan sus llamadas.

## *CAPÍTULO I: Marco Teórico*

---

### **1.2.3. DEFINICIONES / CONCEPTOS DE SERVICIO**

El diccionario de la Real Academia Española de la Lengua le da la siguiente acepción a la palabra “servicio”: “acción y efecto de servir” y en esta línea de significado la semántica de “servicio” construye una idea de “utilidad o provecho resultante para uno por lo que otro ejecuta en atención suya”, propiciando el uso cortés del término para designar el ofrecimiento (o puesta a disposición de alguien) de alguna cosa, actividad o beneficio.

En ámbito de la Administración, por servicio se entiende a aquellos productos intangibles, inseparables, variables y perecederos. Por tal motivo, en el área específica de Marketing exigen un mayor control de calidad, credibilidad del proveedor y adaptabilidad. (Kotler y Keller, 2006).

En el mismo sentido, Wikipedia define el concepto servicio en términos económicos y de marketing como “un conjunto de actividades que buscan responder a necesidades de un cliente. Las actividades se desarrollarán con la idea de fijar una expectativa en el resultado de éstas. Es el equivalente no material de un bien. Un servicio se diferencia de un bien, en que el primero se consume siempre en el momento en que es prestado”.

Desde el punto de vista de los servicios públicos, el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, define el servicio como la “actividad llevada a acabo por la administración, especializada o no, y destinada a satisfacer necesidades de la colectividad o sociedad”.

Moya 2004, define servicio como un acto de características esencialmente intangible; su producción puede o no vincularse a un producto físico. Las características más usuales de los servicios señaladas por este autor, son:

## CAPÍTULO I: Marco Teórico

---

**Intangible:** Es la característica determinante que distingue los productos de los servicios, ya que los servicios son ejecuciones o acciones, muy difícil degustarlos, palparlos, sentirlos, verlos, oírlos u olerlos antes de comprarlos, no se pueden inventariar, no puedan ser patentados, ni presentarse ni explicarse fácilmente.

**Heterogeneidad:** Generalizar los servicios es complicado, ya que cada prestación de servicio es diferente, la percepción de éste dependerá de la persona que lo contrata, además asegurar la producción desde el punto de vista de la calidad no es sencillo para los clientes, porque no se puede juzgar la calidad con anterioridad antes que no se lleve acabo .

**Perecibilidad:** Los servicios son susceptibles de perecer, es decir se extinguen en el momento que el servicio es prestado.

**Propiedad:** El cliente sólo tiene acceso a utilizar un servicio determinado, pero no obtiene la propiedad del mismo, sino solo la experiencia.

Uno de los principales indicadores de la calidad es la satisfacción del usuario o cliente. Zeithaml y Bitner (2002) la definen como “la evaluación que realiza el cliente respecto de un producto o servicio, en termino si ese producto o servicio respondió a sus necesidades y expectativas”. Se puede decir entonces, que la satisfacción del cliente es una percepción amplia que se ve afectada por los atributos y características de los productos y/o servicios, así debemos mencionar que la calidad del servicio es un elemento clave en la satisfacción usuaria o del cliente.

## *CAPÍTULO I: Marco Teórico*

---

### **1.2.4. DIFICULTAD DE DETERMINAR LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE**

La satisfacción del cliente se logra cuando las expectativas que se generan antes de recibir un servicio son superadas por el valor que percibe una vez que lo ha recibido. A medida que el valor percibido por el cliente supere sus expectativas, más satisfecho se sentirá el cliente.

Cabe destacar que tanto la percepción y expectativas es algo tan particular que cada cliente podrá experimentar una sensación distinta, por lo cual podrá realizar juicio sobre la excelencia o no del servicio prestado, el resultado de ello dependerá básicamente de la capacidad de la empresa o empresa prestadora del servicio por conocer, comprender y ahondar en el tema de las necesidades del cliente, así como también de la eficiencia y eficacia con la que se desempeñe y lleve a cabo sus procesos.

Por lo anterior, se señala que la percepción del valor que genera un mismo servicio, es distinto para cada cliente, debido a las siguientes características:

- La calidad de un servicio es relativa, no absoluta
- La calidad del servicio es determinada por el cliente, no por el proveedor del servicio.

En tal sentido, se puede afirmar que la percepción de la calidad es una cualidad particular de cada cliente, cuya evaluación es netamente personal, es decir varía de un cliente a otro, quien es finalmente quien la determina.

La calidad de un servicio debe aspirarse, ya sea mediante el intento de igualar o superar las expectativas del cliente, o controlando las mismas para reducir la brecha entre el valor percibido y el esperado.

## *CAPÍTULO I: Marco Teórico*

---

Otro elemento importante son los estándares de calidad, que se forman a través de la experiencia que nace del conocimiento del sector sobre el cual se trabaja.

García (2003), señala que los estándares de calidad están dados por los niveles mínimos y máximos aceptados para un indicador. Al encontrarse el indicador dentro del rango significa que se cumple con el criterio de calidad ya definido por lo que se cumple con el objetivo de calidad, por otra parte si se encuentra por debajo del rango no cumple el objetivo de calidad. Por el contrario, si se está por encima del rango, se tendrá que redefinir el criterio, ya que se gasta, en términos de esfuerzo, más de lo que era necesario.

Fuenzalida y Manzur (2003) señalan que existe confusión entre los conceptos de calidad y satisfacción, que se origina por el hecho de que el paradigma que sustenta ambos conceptos es el mismo, además se señala que la percepción de la calidad del servicio es un tipo de actitud relacionada pero no equivalente a la satisfacción.

Actualmente, el debate se centra en si la calidad es un antecedente de la satisfacción o viceversa. Algunos autores sugieren, a partir de sus trabajos empíricos, que la calidad percibida es un precursor de la satisfacción, mientras que otros mantienen que la satisfacción es un antecedente de la calidad. Una tercera aproximación considera que la calidad es un antecedente de la satisfacción, pero que la satisfacción también refuerza las evaluaciones de la calidad del cliente (Fuenzalida y Manzur, 2003). Adicionalmente se puede señalar que la satisfacción es uno de los parámetros considerados para medir la calidad.

## *CAPÍTULO I: Marco Teórico*

---

### **1.3. EL MARKETING EN SALUD Y LA CALIDAD DE SERVICIO AL USUARIO**

#### **1.3.1. MARKETING DE SERVICIO**

El Marketing, es una función organizativa y un conjunto de procesos para crear, comunicar y entregar valor a los clientes y para la gestión de las relaciones con los clientes en formas que beneficien a la organización y sus partes interesadas (American Marketing Association (AMA), 2008).

Según Kotler y Keller (2006), los servicios poseen cuatro características distintivas que influyen considerablemente en el diseño del Marketing, las cuales se describen a continuación:

**Intangibilidad:** Los servicios no se pueden experimentar a través de los sentidos antes de su adquisición. Para reducir la incertidumbre, los clientes buscan signos que demuestren la calidad: sacarán conclusiones del establecimiento, las personas, el equipamiento, el material del servicio, los símbolos y el precio. Por tanto, las empresas de servicios, deben administrar la evidencia y hacer más tangible lo intangible.

**Inseparabilidad:** Los servicios se producen y se consumen a la vez. Si el servicio lo presta una persona, ésta es parte del servicio. Como el cliente estará presente durante la prestación del servicio, la interacción entre cliente y proveedor es una de las características de él.

**Variabilidad:** Los servicios son muy variables, puesto que dependen de quien los presta, cuando y donde. Los clientes o consumidores de servicios son conscientes de esta variabilidad, por lo que generalmente se informan antes de contratar a un proveedor específico.



## *CAPÍTULO I: Marco Teórico*

---

**Caducidad:** Los servicios no se pueden almacenar. El carácter perecedero de los servicios no resulta problemático cuando la demanda es estable, pero cuando la demanda fluctúa, los proveedores enfrentan dificultades.

En base a lo señalado, en la actividad de los servicios, independiente de cual sea, hay que estar alerta, debido al impacto del consumidor (sea este el personal, los clientes, o bien de ambos a la vez) sobre el proceso de producción y distribución, aparece un aspecto muy relevante a considerar que es la “Variabilidad” (heterogeneidad) que caracteriza básicamente al proceso de suministro de los servicios y eso magnifica aún más la importancia de los elementos tangibles de que consta. Por tal motivo, claramente se puede señalar que “un servicio a un cliente no es exactamente lo mismo que el mismo servicio al siguiente cliente”. Si no hay nada más, la relación social entre las dos situaciones es diferente. Por ejemplo, el servicio que recibe un cliente al utilizar un cajero automático puede diferir del mismo servicio recibido por el siguiente cliente porque, la segunda persona tiene un problema de comprensión de las instrucciones de la pantalla. (Zeithaml y Bitner, 2002)

En el caso particular de este estudio, cuando el servicio está referido a una organización de salud se configura un escenario donde además cabe identificar tres componentes genuinamente específicos del servicio que se presta: el primero la empresa o institución propiamente tal (cuya calidad de proveedora a través de un sistema físico de infraestructura o equipamiento no es la misma en todos los casos debido a los diferentes recursos con que puede contar el sistema), el segundo es el personal que lo lleva a cabo (componente esencial del proceso productivo y constituido por diferentes especialidades según sea el proveedor) y el tercero son los pacientes (que, en cualquier caso, es en los que se concreta el resultado), estableciéndose entre los tres una serie de relaciones e interrelaciones individuales por medio de las cuales toma sentido el servicio prestado. (Corella, 1998).

**CAPÍTULO I: Marco Teórico**

---

En cuanto a las estrategias que debe tener un programa de marketing para servicios, dada las características de esta actividad, en el pasado las empresas o instituciones de servicios buscaban experiencias en pequeñas empresas de productos, ya que se pensaba que eran negocios que no requerían marketing o se enfrentaban a una gran demanda o a una competencia escasa, sin embargo en la actualidad es una importante área de desarrollo (Kotler y Keller, 2006). Estos mismos autores citan a Keaveney (1995), donde se identifican conductas críticas que provocaban cambios de proveedor. Estas conductas fueron clasificadas en ocho categorías, que se presentan en la siguiente tabla.

**TABLA N° 1 CATEGORIAS DE CONDUCTAS CRÍTICAS**

<p><b>Precio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demasiado alto.</li> <li>• Aumentos de precio.</li> <li>• Precio injusto.</li> <li>• Precio engañoso.</li> </ul>	<p><b>Respuesta a fallas en el servicio.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuesta negativa.</li> <li>• Sin respuesta.</li> <li>• Respuesta reacia.</li> </ul>
<p><b>Incomodidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ubicación / horario.</li> <li>• Tiempo de espera para hacer cita.</li> <li>• Tiempo de espera para la prestación de servicio.</li> </ul>	<p><b>Competencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descubrimiento de un mejor servicio.</li> </ul>
<p><b>Falla esencial del servicio.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Errores de servicio.</li> <li>• Errores de facturación.</li> <li>• Servicio caótico.</li> </ul>	<p><b>Problemas éticos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Engaños.</li> <li>• Barreras de venta.</li> <li>• Fallas de seguridad.</li> <li>• Conflicto de intereses.</li> </ul>

**CAPÍTULO I: Marco Teórico**

<p><b>Fallas de contacto con el personal que hace el servicio.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indiferencia.</li> <li>• Mala educación.</li> <li>• Poca receptividad.</li> <li>• Ineptitud.</li> </ul>	<p><b>Cambio involuntario.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traslado del cliente.</li> <li>• Cierre del proveedor.</li> </ul>
---	---

Fuente: Kotler y Keller (2006).

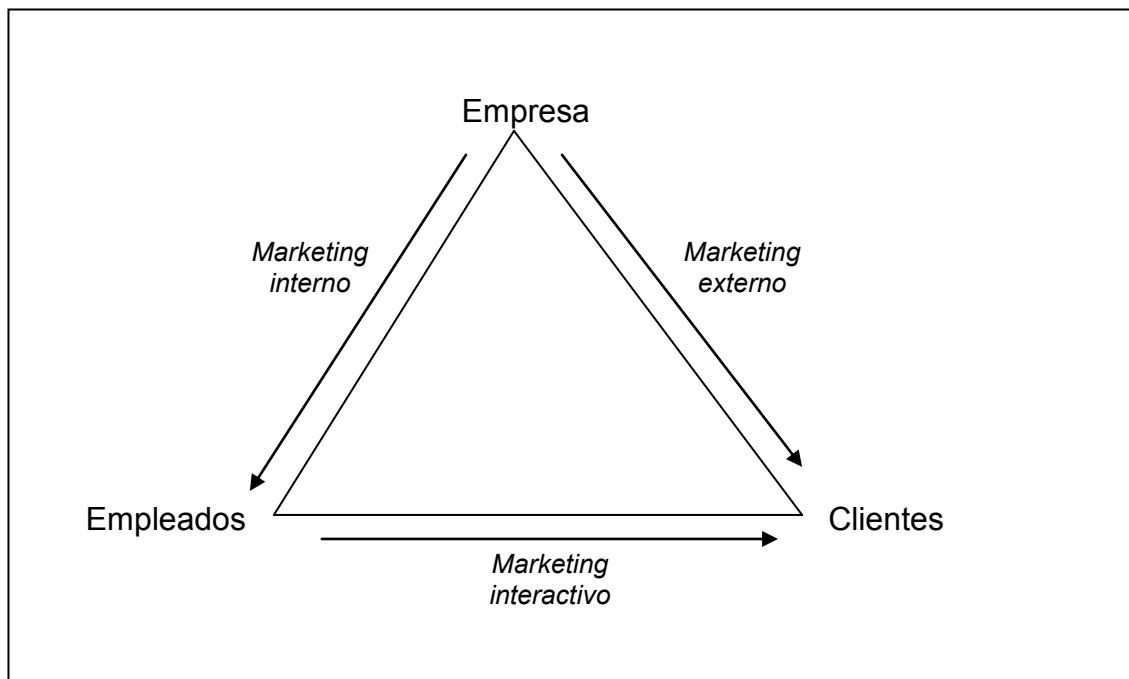
En base a las características de los servicios, Kotler y Keller, hacen mención del concepto del marketing holístico para servicios, dado que las interacciones con los servicios son complejas y se ven afectados por múltiples factores, entonces resulta crucial adoptar perspectivas de un marketing amplio o holístico.

En este concepto de marketing holístico de servicios se identifican un marketing externo, un marketing interno y un marketing interactivo. El marketing externo se entiende como el trabajo que hace la empresa o institución para preparar un servicio, fijar su precio, distribuirlo y proveerlo. El marketing interno se refiere al trabajo que hace la empresa en capacitar y motivar a sus empleados para que brinden la mayor satisfacción posible al cliente. En cambio, el marketing interactivo se señala como la destreza de los empleados en su trato con los usuarios (Kotler y Keller, 2006).

**CAPÍTULO I: Marco Teórico**

Gráficamente, el marketing holístico se representa en la siguiente figura.

**FIGURA N° 3 TRES TIPOS DE MARKETING EN INDUSTRIA DE SERVICIOS**



Fuente. Kotler y Keller (2006).

**1.3.2. MARKETING DE SERVICIOS DE SALUD**

Los servicios de salud son aquellos prestados por médicos, odontólogos, enfermeras y el resto del personal de salud de hospitales, consultorios y clínicas, con el propósito de conservar o restablecer la salud. Estos se dividen en dos categorías: los preventivos, destinados a mantener la salud del individuo, y los curativos y de rehabilitación, cuya finalidad es devolver la salud a los enfermos e incapacitados (Losada y Rodríguez, 2007). Vale decir, los servicios de salud no son sólo un “paquete de servicios”, sino que es una oferta integral e integrada de los mismos, es decir es un medio para resolver el problema surgido por la rotura del equilibrio entre el individuo y su entorno, como la provisión de aquellos

## *CAPÍTULO I: Marco Teórico*

---

beneficios que buscan o valoran los pacientes en el proceso con lo que se da satisfacción a sus necesidades (Corella, 1998).

Losada y Rodríguez (2007) señalan que la demanda de los servicios de salud tiene varias particularidades que deben ser observadas para comprender su esencia:

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

## *CAPÍTULO I: Marco Teórico*

---

- La calidad técnica de los servicios de salud es difícil de observar. Este hecho contribuye a la dificultad de medir su calidad; situación que se afianza dada las características de los servicios (intangibilidad, inseparabilidad, variabilidad y caducidad).

El marketing de servicios de salud, como área de trabajo del marketing, es una estrategia para orientar la organización de tales servicios hacia el mercado, donde la gestión debe practicarse en dicho sentido y los servicios son los productos que se suministran a los pacientes. (Corella, 1998). Riveros y Berné (2005), señalan que los antecedentes disponibles, tanto teóricos como empíricos, llevan a plantear que en las instituciones del sector salud, las acciones se orientan hacia el número de prestaciones (orientación al producto) más que a la satisfacción del usuario. Sin embargo, el marketing es una disciplina que tiene un amplio campo de aplicación en este sector (Riveros y Berné, 2005).

Para abordar estrategias de marketing en el área de salud, hay que tener en consideración que la satisfacción con los servicios de salud es un concepto complejo que está relacionado con una gran variedad de factores, como son el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas de futuro y los valores del individuo y de la sociedad. Desde la perspectiva del paciente, la tarea del médico se puede dividir en: la técnica (ciencia) y la relación interpersonal. A estas dos tareas habría que añadir las condiciones bajo las cuales se ofrece la atención, tales como el confort, aspectos relativos a la información o comunicación, la rapidez o la amabilidad. (Castillo y otros, 2007).

Un estudio realizado en el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile (establecimiento universitario privado), presenta que al explorar y establecer los predictores significativos del servicio prestado, que ejercen la mayor influencia en el nivel de satisfacción de los clientes (pacientes). Del análisis aplicado a los distintos aspectos de la atención y el servicio prestado por el hospital, los de carácter perceptivo aportan mayor peso relativo en la determinación de la

## *CAPÍTULO I: Marco Teórico*

---

satisfacción general con la atención, siendo la relación del personal de enfermería con el paciente y las condiciones para el descanso los más importantes, seguido por la orientación a las necesidades de información y atención recibida del médico, aspectos que el hospital debe potenciar para aumentar la satisfacción de los pacientes. El análisis de los factores plantea las siguientes conclusiones: A nivel de atención, la característica que proporciona una mayor influencia por sobre las condiciones de confort y alimentación en la satisfacción del paciente durante su hospitalización, es la relación interpersonal con el personal de enfermería, las condiciones que le permitan el descanso y los aspectos relacionados con la atención y comunicación del paciente con los médicos. (Castillo y otros, 2007).

En un estudio de aplicación del marketing desde la perspectiva de los funcionarios en un hospital público del sur de Chile, buscaba identificar los factores de aplicación del marketing y el peso relativo de cada uno, que permitirían una mayor orientación del hospital hacia la satisfacción de los usuarios, señalando que la aplicación del marketing en lo que se refiere a la conformación de una cultura organizacional orientada al usuario es lo primordial, le siguen, en un mismo orden la aplicación del marketing en las políticas de gestión de recursos humanos y en la calidad de atención al usuario, luego, en tercer y cuarto lugar de incidencia, la aplicación del marketing desde la perspectiva del Enfoque de Orientación al Mercado y la aplicación desde una perspectiva de Marketing de Relaciones. Todos los factores, anteriormente señalados, son importantes a considerar en el logro de aumentar la satisfacción de los usuarios de este tipo de centros de salud, desde la visión de sus recursos humanos. (Riveros y Berné, 2005).

De los antecedentes recopilados, y desde una perspectiva tanto teórica como empírica, se puede señalar que el enfoque de marketing no puede estar ausente en centros de servicios de salud (Corella, 1995; Lamata y otros, 1994), y desde esas perspectivas se reconoce la importancia de la percepción del paciente en la evaluación de la calidad del servicio en salud, sin embargo, se sugiere que no debe olvidarse la perspectiva médica y científica en la definición de estrategias de

## **CAPÍTULO I: Marco Teórico**

---

calidad para los proveedores de servicios de salud (Losada y Rodríguez, 2005; Riveros y Berné, 2005).

La revisión de la literatura sobre el tema, permite señalar que el enfoque de marketing, que vincula la perspectiva del consumidor en la definición y operacionalización de la calidad del servicio, es el de mayor aceptación entre los diversos autores. Esta importante premisa genera un desafío importante para los directivos o ejecutivos de las instituciones de salud, ya que si bien es cierto que la percepción del paciente es importante, no se debe excluir de cualquier definición y estrategia de calidad la perspectiva técnica, médica y científica, ya que la complementariedad de estos enfoques permitirá avances significativos en términos de calidad de los servicios de salud en el país.

### **1.3.3. MARKETING SANITARIO Y CALIDAD ASISTENCIAL**

El Marketing sanitario, lo podemos entender como aquel que utiliza conceptos y herramientas para promover programas de salud pública, enfocado principalmente a la comunicación de los programas y su adecuación a las necesidades de la población (Lamata y otros (1994).

La Mercadotecnia en Salud o Sanitaria, es entendida como la “orientación Administrativa que procura un proceso de intercambio entre clientes y profesionales, con el objeto de solventar necesidades, satisfacer deseos y expectativas en materia de salud” adquiere vital importancia para la mejor prestación de los servicios (Priego, 2001).

La preocupación por la calidad asistencial constituye hoy día un elemento común en todas las instituciones sanitarias. Sin embargo, no siempre es fácil de satisfacer, ya que las barreras a la calidad son muy diversas aunque suelen tener



## **CAPÍTULO I: Marco Teórico**

---

su origen en determinados desajustes estructurales y organizativos. Si bien no cabe duda de la mayor trascendencia de los aspectos de calidad técnica de la prestación sanitaria, cada día se hace más evidente que el paciente desempeña un papel destacado a la hora de valorar la calidad de la asistencia sanitaria, lo que conlleva sustanciales cambios en el modo de hacer de los profesionales. Lo más importante es reconocer que para conseguir mejorar la calidad es necesario conocer las necesidades y expectativas de los pacientes y saber convertirlas en requisitos y en objetivos asistenciales (Mira y otros, 2000).

### **1.3.4. MARKETING EN SALUD**

Las organizaciones que proporcionan salud, deben valorar el servicio como un todo, en donde convergen elementos tangibles como los procesos de la prestación del servicio, la cortesía, el buen trato recibido, el convencimiento de que el servicio prestado es eficaz, la capacidad de comunicación, rapidez, confianza, entre otros.

Al ser la calidad un elemento netamente objetivo, los pacientes pueden señalar encontrarse satisfecho o no; cuya satisfacción va estar dada por la percepción.

La idea central del marketing en Salud es lograr el equilibrio y bienestar para el usuario como para las personas prestadoras del servicio, lo que conlleva a la aplicación primero de un marketing interno, así lo señala José Maria Corella, (1998).

### **OBJETIVO DEL MARKETING SANITARIO**

Según Lamata y otros (1994), es el objetivo del marketing sanitario es definir cuál es el mejor método para proporcionar los cuidados que resulten satisfactorios para los pacientes.

## *CAPÍTULO I: Marco Teórico*

---

Para una idónea prestación de un determinado servicio deben coincidir:

- 1.- Un cliente potencial que busca un producto.
- 2.- Un producto apropiado para ese cliente.
- 3.- El momento oportuno para su consumo.
- 4.- Un lugar accesible donde adquirirlo o consumirlo.
- 5.- Que el cliente sepa cómo emplear adecuadamente dicho servicio.

El marketing es intercambio y comunicación, procesos necesarios para adecuar oferta y demanda en un servicio sanitario personalizado y de calidad. Y, para lograr todo esto satisfactoriamente, es imprescindible que la organización se oriente hacia el cliente en todos sus procesos. Es así como la función del marketing consiste en: captar, estimular, comprender y satisfacer las necesidades de los consumidores.

## *CAPÍTULO I: Marco Teórico*

---

### **1.4. MEDICIÓN DE CALIDAD DE SERVICIO**

#### **1.4.1. DEFINICIONES / CONCEPTO DE CALIDAD**

La Real Academia Española de la Lengua (2008) define “calidad” como: “Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”. El concepto de “calidad” proyecta una sensación de excelencia, superioridad, que ha adquirido hoy en día gran importancia, dado el nivel de exigencia requerida por el consumidor, además constituye un atributo particular en el cual cada persona tiene su propia concepción acerca del tema, dependiendo básicamente de sus intereses, costumbres, nivel de educación entre otros factores.

Antiguamente, el término calidad era considerado como una característica agregada al producto, sin embargo hoy no basta solo con ello, sino va mas allá de un proceso productivo, lo que hace necesario la creación de un sistema de gestión empresarial, donde converjan el usuario-consumidor hacia el logro de los objetivos en cuanto a la calidad, así lo señala García (2003).

En el ámbito técnico “calidad” representa más bien una forma de hacer las cosas, donde fundamentalmente predomina la preocupación por satisfacer al cliente y por mejorar día a día los procesos y resultados (Moya, 2004; Bellolio 1994).

Según Moya (2004) son varias las formas o definiciones que pueden describir este concepto, de las cuales se mencionan las siguientes:

- Medida en que una cosa o componente satisface una necesidad, resuelve un problema o agrega valor para alguien.
- Percepción positiva que el cliente tiene de un producto o servicio.

## CAPÍTULO I: Marco Teórico

---

- Fijación mental del consumidor que asume conformidad con un producto o servicio determinado, que sólo permanece hasta el punto de necesitar nuevas especificaciones.

La enciclopedia libre Wikipedia, define el término Calidad desde otros puntos de vistas:

**Desde el punto del Vista del Producto:** La calidad es diferenciarse cualitativa y cuantitativamente respecto de algún atributo requerido, esto incluye la cantidad de un atributo no cuantificable en forma monetaria que contiene cada unidad de un atributo.

**Desde el punto de Vista del Usuario:** La calidad implica la capacidad de satisfacer los deseos de las personas dentro de su estilo de vida, esto involucra un equilibrio entre lo objetivo/tangible y lo subjetivo/intangible, ofrecer características beneficiosas y saludables para las personas y su entorno. La calidad de un producto depende de cómo éste responda a las preferencias y a las necesidades de los clientes, por lo que se dice que la calidad es adecuación al uso de sí mismo en la actualización de los roles presentados a un consumidor. Por ello la calidad puede ser vista como un estilo o filosofía de vida en un mundo que está cambiando y evolucionando para desarrollar un lugar mejor donde vivir.

**Desde el punto de Vista de las tecnologías de la información o calidad de datos:** La calidad de datos implica que los datos capturados, procesados, almacenados y entregados son un fiel reflejo de la realidad que se desea tratar mediante sistemas informáticos. Esto supone que los datos no contengan errores, sean veraces y estén actualizados.

## **CAPÍTULO I: Marco Teórico**

---

**Desde el punto de Vista de la Producción:** La calidad puede definirse como la conformidad relativa con las especificaciones, al grado en que un producto cumple las especificaciones del diseño.

**Desde el punto de Vista del valor:** La calidad significa aportar valor al cliente, esto es, ofrecer condiciones de uso del producto o servicio superiores a las que el cliente espera recibir y a un precio accesible. También, la calidad se refiere a minimizar las pérdidas que un producto pueda causar a la sociedad humana, mostrando cierto interés por parte de la empresa a mantener la satisfacción del cliente.

Una visión actual del concepto de calidad indica que calidad es entregar al cliente no lo que quiere, sino lo que nunca se había imaginado que quería y que una vez que lo obtenga, se de cuenta que era lo que siempre había querido.

## CAPÍTULO I: Marco Teórico

---

### 1.4.2. ¿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 este 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 ha demostrado que gestionar la calidad del servicio es un elemento clave a la hora de garantizar el buen desempeño empresarial.

Fernández y Bajac (2004) definen la calidad como “La evaluación que el cliente realiza acerca de la excelencia del diseño y la consistencia en la producción de un servicio en relación con sus expectativas”.

De esta definición se desprenden tres elementos fundamentales de la calidad de servicio:

**Excelencia en el diseño:** La manera en que el servicio responde, alcanza o excede las expectativas del cliente.

**Consistencia en la Producción:** Dice relación con la homogeneidad de la producción del servicio a lo largo del tiempo.

**Relación con las expectativas de los clientes:** Relacionada con las expectativas a lo largo del tiempo, siendo este un elemento particular de cada cliente, claramente cada uno evalúa la calidad del servicio de acuerdo a su criterio.

Fernández y Bajac (2004) señalan “que en el ámbito empresarial las firmas aducen diferenciarse, teniendo en consideración que un servicio de alto nivel de

## **CAPÍTULO I: Marco Teórico**

---

calidad representa para la empresa un oportunidad de negocio, o por el contrario una baja calidad podría significar la desaparición de la empresa“.

Invertir en mejorar la calidad del servicio trae consigo elementos beneficiosos para la empresa, entre ellos cabe destacar mayores ingresos y menores costos. Los **mayores ingresos**, se ven reflejados en la retención del cliente, la persona al recibir un servicio de calidad se vuelve leal a la empresa, el poder profundizar la relación con los clientes también es un aspecto clave para el logro de ello, ya que hoy son muchas las personas que prefieren y pagan por un servicio de calidad. En cambio los **menores costos** se ven reflejados en el área de los recursos humanos de la empresa, ya que al estar presente el tema de calidad de servicio repercute en la calidad de trabajo de los empleados.

### **PERSPECTIVAS DE LA CALIDAD DE SERVICIO**

Lovelock y Wirtz (2009) en su libro “Marketing de Servicios, personal tecnologías y estrategia”, señalan que el término calidad tiene diferentes significados, dependiendo del contexto en donde se mire, Garvin (2005) identifica cinco perspectivas sobre la calidad:

**Perspectiva Trascendental de la calidad que es sinónimo de excelencia innata:** Las personas aprenden a reconocer la calidad solo por medio de la experiencia lograda a través de la exposición repetida, es decir tiene un concepto más bien visual, por lo cual es difícil distinguir la calidad al verla.

**Método Basado en el producto,** este ítem considera la calidad como una variable precisa y medible, abocado en que las diferencias en una calidad u otra se debe a la cantidad o ingrediente de un producto, siendo de carácter totalmente objetiva, no considera las discrepancias en los gustos, necesidades y preferencias de los clientes.

## CAPÍTULO I: Marco Teórico

---

**Definiciones basadas en el usuario:** la perspectiva de la calidad se basa en los ojos del observador, es decir, para el usuario la calidad es la satisfacción máxima, es una perspectiva de carácter subjetiva, que se orienta a la demanda en donde los clientes manifiestan sus diferentes deseos y necesidades.

**Método Basado en la Manufactura,** método basado en la oferta, se enfoca en el cumplimiento de especificaciones desarrolladas internamente normalmente son impulsados por metas de productividad y de contención de costos.

**Método basado en el valor,** la perspectiva enfoca la calidad totalmente en el término de valor y precio, definiendo la calidad como “excelencia costeable”.

### 1.4.3. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE SERVICIO

Como una manera de responder las interrogantes ¿Qué esperan los clientes de un servicio?, ¿Qué dimensiones son relevantes?, Zeithaml, Parasuraman y Berry (1992) elaboraron un modelo de investigación llamado SERVQUAL, en donde los clientes pueden evaluar la calidad de un servicio de una empresa al comparar las percepciones que tienen del servicio con sus propias expectativas. Este modelo es considerado como herramienta de medición genérica aplicable a una variada gama de industrias de servicio.

Según Schiffman y Lazar (2001), las dimensiones para medir la calidad de los servicios son:

**Confiabilidad:** Habilidad o capacidad para desarrollar el servicio prometido precisamente como se pactó, con exactitud y digna de confianza.



## **CAPÍTULO I: Marco Teórico**

---

**Responsabilidad:** La buena voluntad y disposición para ayudar a los clientes y brindar un servicio rápido y expedito.

**Seguridad:** El conocimiento de los empleados sobre lo que hacen, su cortesía y su capacidad de transmitir seguridad y confianza.

**Empatía:** La capacidad de brindar cuidado y atención personalizada a sus clientes.

**Bienes Tangibles:** Apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y material para comunicaciones.

El nivel de importancia que se le otorga a cada dimensión va a depender del tipo servicio que ofrece la compañía, basado en el valor que implica para cada cliente.

### **1.4.4. MEDICIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO**

La enciclopedia Wikipedia, define el término Medición como “la determinación de la proporción entre la dimensión o suceso de un objeto y una determinada unidad de medida. La dimensión del objeto y la unidad deben ser de la misma magnitud.”

Se hace necesario, poder lograr un proceso de interpretación a la hora de hablar de calidad de servicio, es así como diversas investigaciones de Marketing de Servicios han reconocido diferentes modelos válidos para medir la calidad de servicio.

En el área salud, representa un concepto que depende de las características de los pacientes, varía según la edad, el sexo, nivel educativo y también socioeconómico, entre otros factores, sin dejar de considerar que la actitud de los

## *CAPÍTULO I: Marco Teórico*

---

profesionales son también factores determinantes al evaluar la calidad del servicio, ya que repercute en el nivel de satisfacción usuaria.

Como una manera de comprender y conocer los niveles de percepción de los clientes hacia el servicio, es necesario medir la calidad del servicio.

### **1.4.5. CALIDAD DE SERVICIO AL USUARIO EN SALUD**

El término calidad es complejo y multidimensional. En él, fluyen multitud de palabras como efectividad, eficiencia, calidad científico-técnica, gestión, percepción, expectativas, comunicación, adecuación, coordinación, accesibilidad, disponibilidad, distribución, satisfacción, privacidad, credibilidad, competencia profesional, acreditación, apoyo estructural o seguridad. (March y Prieto, 2001). Sin embargo, los esfuerzos por definir la calidad del servicio se orientan en hacerlo de acuerdo con los criterios del cliente o usuario, con la consecuente adaptación a las especificaciones definidas por el proveedor. Prueba de esto, es que Losada y Rodríguez (2007) señalan que Levitt en 1972 propone aplicar a la producción de los servicios definiciones y técnicas de control de calidad similares a las de la manufactura. A este enfoque de la calidad se le conoce como calidad objetiva, que se refiere a la superioridad medible y verificable del servicio frente a un ideal estándar (Losada y Rodríguez, 2007).

Un cambio en la visión de la calidad del servicio lo señala Grönroos (1994), quien manifiesta que dada su intangibilidad, los servicios requieren una activa interacción entre el usuario y el proveedor. Esta relación genera un concepto de calidad del servicio percibida, que implica un juicio subjetivo del cliente sobre el servicio que recibe. Zeithaml y Bitner (2002) definen 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. Este concepto es diferente de la calidad objetiva, ya que

## *CAPÍTULO I: Marco Teórico*

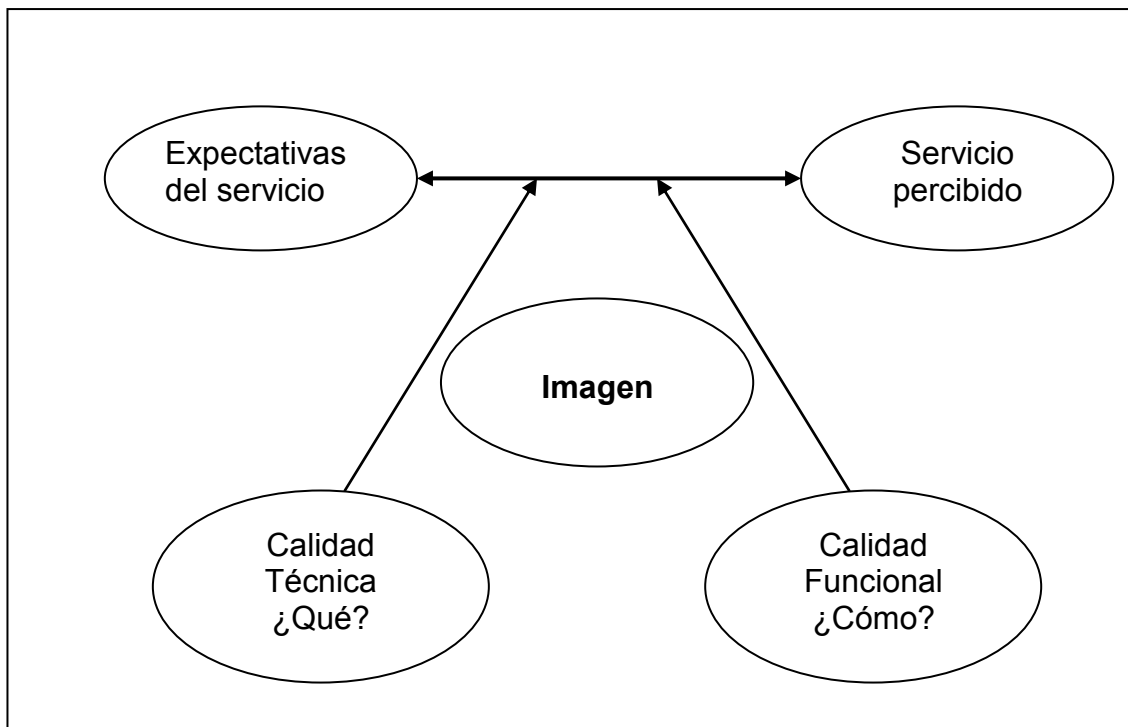
---

vincula la perspectiva del consumidor/comprador; hace referencia a un nivel superior, más que a un atributo específico del producto o servicio; es una evaluación global, relacionada pero no equivalente a la satisfacción, y corresponde a un juicio hecho usualmente por el consumidor. Desde un punto de vista del Marketing, se señala que existe consenso entre los investigadores acerca de que la concepción de la calidad del servicio debe ser personal y subjetiva, es decir, debe considerar la percepción del cliente (Grönroos, 1994, Losada y Rodríguez, 2007).

Losada y Rodríguez (2007), señalan que la conceptualización y medición de la calidad del servicio en salud se ha abordado desde, por lo menos, dos enfoques: el primero nace con los trabajos de Donabedian, quien define la calidad en servicios de salud como la habilidad de alcanzar objetivos deseables haciendo uso de medios legítimos, donde esta definición tiene una perspectiva técnica, y en ella los objetivos deseables se refieren a un apropiado estado de salud, y relega a un plano inferior la perspectiva de los pacientes en cuanto al servicio que se les presta. En cambio señalan que el segundo enfoque sostiene que la percepción de un paciente sobre la prestación del servicio determina, en forma definitiva, su nivel de calidad.

La segunda definición o segundo enfoque es consecuente con la reportada en la literatura sobre calidad del servicio y vincula una visión personal y subjetiva de ella (Grönroos, 1984; Montero y otros, 2007). Losada y Rodríguez (2007) señalan que Grönroos desarrolla un modelo nórdico (Figura 4), 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 percibe la institución a través del servicio que presta. Los niveles de calidad aceptables se alcanzan cuando la calidad percibida satisface las expectativas del cliente.

**FIGURA N° 4 MODELO NÓRDICO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO**



Fuente: Losada y Rodríguez (2007)

Calidad del servicio en los servicios de salud en Chile, lo establece el gobierno a través del Ministerio de Salud, donde a través del documento “Guía de acreditación para la implementación”, desarrollado por el Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, informa, orienta y entrega los elementos prácticos a las instituciones prestadoras de salud, con el fin de que implementen un modelo de gestión centrado en la calidad y seguridad de los pacientes, que por un lado los lleve a ingresar al proceso de acreditación con éxito y por otro que puedan alcanzar los beneficios que esta estrategia de mejoramiento continuo de la calidad les brinda. Se señala que este proceso de acreditación es el primer peldaño en la gestión de la calidad, cuya instalación debe ser gradual y permanente en el tiempo. (Ministerio de Salud, 2008)

El Ministerio de Salud de Chile, señala que la gestión a la cual apunta debe tener en cuenta algunos factores críticos:

## *CAPÍTULO I: Marco Teórico*

---

- Instalación de una política de calidad institucional, que sea una definición explícita de los lineamientos medulares de la institución, incorporados a su Misión y Visión, la cual en consecuencia lleve a un cambio cultural.
- Priorización de los temas de calidad sobre otros, de manera de reorganizar las estructuras institucionales, derivando recursos humanos y económicos para el desarrollo del plan a ejecutar.
- La Dirección de la institución debe liderar la instalación de una cultura de calidad basada en el mejoramiento de los procesos.
- Involucrar a todos los funcionarios del establecimiento, donde la calidad no es responsabilidad de los jefes, sino de todos.
- Formación de una estructura de calidad formal con resolución de horas y funciones.

De igual forma, el sistema incorpora incentivos de prestigio que generan competencia entre las entidades para ofrecer mejores servicios, lo cual redundará directamente en beneficio de los usuarios, quienes se manifestarán más satisfechos en aquellas instituciones que presenten más altos estándares de calidad. Institucionalmente cuando una entidad desarrolla procesos de mejoramiento que apuntan a lograr el cumplimiento de los estándares de acreditación obtienen un incremento de la probabilidad de que el paciente/cliente sea atendido con el pleno cumplimiento de sus derechos (Ministerio de Salud, 2008)

En base a lo señalado se puede concluir que la salud pública y privada tiene que contribuir al desarrollo de un sistema de salud teniendo en cuenta los elementos de percepción de la misma por parte de gestores, políticos, profesionales, ciudadanos, asociaciones de consumidores. Vale decir este sistema de salud

## **CAPÍTULO I: Marco Teórico**

---

basado en la calidad implica tener en cuenta las desigualdades en el acceso a actividades preventivas por parte de los ciudadanos. Además, este sistema de salud pública conlleva tener en cuenta la ética como principio valedor de las actuaciones profesionales. El respeto a la voluntad de los pacientes, la no discriminación de las personas y el utilizar modelos motivacionales frente a los coercitivos o los meramente informativos son cuestiones fundamentales a tener en cuenta. Por último, el énfasis en la salud tiene que ir ligado además a una actuación orientada hacia los usuarios, intentando incorporar una mayor sensibilidad en la atención a sus posibles consumidores, teniendo en cuenta la importancia de los profesionales que les atienden. Es importante poseer servicios más sensibles, empezando por mejorar las áreas de recepción, disminuir los trámites y formularios, aumentar la coordinación entre servicios y niveles, mejorar la naturaleza y la calidad de la información, conocer las opiniones de las personas afectadas por los servicios ofrecidos, desarrollar medidas y acciones en función de las demandas de la población, tener en cuenta los reclamos y desarrollar medidas preventivas en función de las mismas. Todas estas medidas tienen que estar complementadas con dotar de mayor autonomía y responsabilidad a las personas que están en contacto con los ciudadanos a los que se les ofrecen esos servicios de salud.

### **1.4.6. EVALUACIÓN Y MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD**

Definir la calidad de los servicios en el área de salud como buena, es difícil, ya que constituye una perspectiva basada en el usuario, es decir tiene carácter subjetivo, ya que cada persona recibirá el servicios de manera particular, basado en los diferentes necesidades y particular de cada paciente.

Cabe destacar además que desde el punto de vista de los administradores de la atención medica, la calidad que brinda un servicio de salud no puede ser separada de la eficiencia, además los servicios de salud se conceptualizan bajo consideración de aspectos internos de cada organización, agregando que ésta

## *CAPÍTULO I: Marco Teórico*

---

se constituye entre otros factores por la actitud, la conducta y la experiencia - conocimiento del personal de servicio. Entre los factores destacan las condiciones ambientales, el diseño, los factores sociales, el tiempo de espera, los elementos tangibles y el valor del servicio, característica en que el cliente percibe si la atención recibida fue buena o mala (eficiente - deficiente)

Según el artículo de la Revista Cubana de Salud Pública, (Jiménez, 2004) la evaluación de la calidad del servicio en salud debe ser realizada bajo criterios de carácter subjetivos. Lo importante en la evaluación no es considerar si el cliente está en lo correcto o equivocado en su evaluación, sino como se siente y percibe la experiencia del servicio, considerando que su juicio sobre la calidad es lo relevante.

Los elementos claves para la realización de la evaluación de la calidad de los servicios de salud son: Quien evalúa la calidad y bajo que criterios se realiza el proceso. Aun cuando cada experiencia y percepción del servicio es particular, de igual forma se pueden determinar niveles generales de satisfacción mediante la recolección de información acerca de las necesidades de los clientes, la evaluación que hacen respecto a diferentes aspectos del servicio brindado y la intención de volver a contratar el mismo servicio.

Una vez consolidada la información se pueden identificar tendencias que indiquen posibles oportunidades que permitan mejoras en el servicio, y visto desde otro ámbito, el impacto que puede generar en la rentabilidad de la organización. Este proceso es complejo, por lo que se requieren herramientas especiales que permitan hacer de las mediciones indicadores lo más cercanos a la realidad, considerando además que los servicios de salud juegan un rol preponderante en la atención sanitaria, el nivel social que implica el área salud es alto, debido a que estamos hablando de hospitales u otros, que entre otras cosas albergan a personas con problemas de salud serios, además estos centros

## **CAPÍTULO I: Marco Teórico**

---

son de alto costo de mantención, debido a su atención especializada y tecnológicamente avanzada.

En nuestro país, como una manera de mejorar la calidad de la atención en los Sistemas de Salud Pública, el Gobierno de Chile puso en marcha la Reforma de la Salud, cuyo objetivo principal es asegurar la calidad de las prestaciones de Salud (Gobierno de Chile, 2002).

Medir la calidad del servicio en el sector salud resulta difícil, ya que se basa en un conjunto de factores, entre los factores determinantes están el talento humano, recursos físicos y financieros, políticas y programas, tecnologías, procesos médicos y administrativos, desempeño y eficacia en el servicio, e interacción con el sistema general de seguridad social en salud (Fuenzalida y Manzur, 2003).

### **1.5. MODELO SERVPERF**

Es un modelo de medición de la calidad del servicio de los autores J. Joseph Cronin y Steven A. Taylor (1992; 1994), basado en el desempeño, este modelo se centra únicamente en la medición de la calidad percibida de los servicios por parte de los consumidores, a través de la satisfacción del cliente, consideran que la calidad de servicio debe conceptualizarse solo a partir de las percepciones de los clientes. Según estos autores, concebir la calidad del servicio como discrepancia entre las expectativas y las percepciones, crea ambigüedad porque se confunde con las definiciones clásicas de satisfacción.

El modelo SERVPERF (Service Performance), nace a raíz de las críticas del modelo SERVQUAL, intentando superar las limitaciones de utilizar las expectativas en la medición de la calidad percibida, sin definir de manera concreta el tipo y el nivel de expectativas a utilizar. Duque (2005), señala que en conclusión



## **CAPÍTULO I: Marco Teórico**

---

es la misma escala que en modelo SERVQUAL, lo único que cambia es el enfoque de evaluación y la cantidad de afirmaciones consultadas en el instrumento, en donde emplea veintidós puntos en la medición de las percepciones. La escala del modelo SERVPERF arroja como resultado un puntaje o calificación acumulada en la calidad general del servicio, lo cual puede ser representada en un grafica relativa y también en subgrupos específicos de consumidores (Ej. segmento demográfico).

### **1.6. COMPARACIÓN ENTRE MODELOS SERVPERF Y SERVQUAL**

Podemos señalar que existente varios modelos que miden la calidad del servicio, como son los modelos SERVPERF y SERVQUAL, este último señala que la calidad del servicio se basa principalmente en las discrepancias entre el servicio deseado y el servicio recibido. Es así como Parasuraman, Zeithaml y Berry (1992) consideraron que la calidad de servicio consistía en la discrepancia entre los deseos de los usuarios acerca del servicio y la percepción del servicio recibido, en cambio los autores J. Joseph Cronin y Steven A. Taylor (1992) propusieron una definición de calidad de servicio basada exclusivamente en las percepciones de los atributos de calidad.

#### **ANTECEDENTES MODELO SERVQUAL**

La Escala Multidimensional SERVQUAL (Service Quality), de los autores Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985-1988); fue desarrollado como resultado de una investigación hecha en diferentes tipos de servicios. El modelo define la calidad de servicio como un desajuste entre las expectativas previas al consumo del servicio y la percepción del servicio prestado, y que puede ser medida a partir

## **CAPÍTULO I: Marco Teórico**

---

de la diferencia producida entre ambos conceptos, cuanto mayor sea la diferencia entre la percepción del servicio y las expectativas, mayor será la calidad.

La primera publicación del modelo fue en el año 1988, desde esa fecha ha pasado por innumerables revisiones y mejoras. La escala basada en 5 dimensiones de Calidad como la Confianza, Responsabilidad, Seguridad, Empatía y Bienes Tangibles. (Zeithaml y Bitner, 2002), son medidas en una escala que consta de dos secciones: una de veintidós puntos que registra las expectativas de los clientes de empresas excelentes en la industria de los servicios, y la otra, también de veintidós puntos que mide las percepciones de los consumidores de una empresa dada. Luego, estos resultados son comparados para determinar las calificaciones de las brechas o “Gaps” de cada una de las dimensiones de Calidad.

El modelo SERVQUAL es considerado como uno de las mayores contribuciones a la medición de la calidad funcional para un rango amplio de servicios, entre los cuales destaca la salud.

### **LIMITACIONES DEL MODELO SERVQUAL**

Lovelock y Wirtz (2009), señalan que se han presentado dudas referente a los fundamentos conceptuales y de sus limitaciones metodológicas, señalando además que la mayoría de los investigadores que utilizan este método han omitido, añadido o alterado la lista de afirmaciones, pretendiendo medir la calidad del servicio, por lo cual señalan que en la realidad el modelo sólo logra medir dos dimensiones: La calidad intrínseca del servicio y la calidad extrínseca del servicio (referida a los aspectos tangibles de la prestación del servicio ).

## **DIFERENCIAS ENTRE EL MODELO SERVPERF Y SERVQUAL**

- El modelo SERVPERF se trata de una escala centrada en la medición de la calidad percibida de los servicios, a través de la satisfacción del cliente, es decir emplea únicamente las percepciones.
- El modelo SERVQUAL se trata de una escala desarrollada con la intención de medir tanto la calidad percibida como la esperada de los servicios, a través de la satisfacción del cliente, es decir, emplea tanto las percepciones como las expectativas.
- El Modelo SERVQUAL está conformado por veintidós declaraciones agrupadas en cinco dimensiones, tanto para la evaluación de las expectativas como para la evaluación de las percepciones.
- En el modelo SERVQUAL las expectativas han sido motivo de una serie de controversias, entre las que se destacan: Problemas de interpretación por parte de los encuestados y la redundancia que se produce, al estar las percepciones influidas por las expectativas.
- En cambio el modelo SERVPERF se basa únicamente en las percepciones, empleando las veintidós afirmaciones referentes a las percepciones de los clientes, sobre el desempeño recibido. Afirmaciones que se utilizan en el modelo SERVQUAL.
- El modelo SERVPERF se aplica de manera más rápida, ya que se pregunta sólo un ítem al entrevistado, en cambio en el modelo SERVQUAL son dos.
- El trabajo analítico y de interpretaciones es más sencillo en el modelo SERVPERF que en el modelo SERVQUAL.

## CAPÍTULO I: Marco Teórico

---

### 1.7. TIPOS DE MODELOS

*Definiciones según artículo de Google Académico, Oscar A. Colmenares (2007)*

- **Modelo de Calidad De Servicio de Grönroos:** Este modelo plantea que la calidad de servicio es el resultado de integrar la calidad total en tres tipos de dimensiones: Calidad técnica, calidad funcional e imagen corporativa. Los atributos que puedan influir o condicionar la percepción que un sujeto tiene de un objeto (producto o servicio) quedarán incluidos; la imagen en este caso es un elemento clave para la medición de la calidad percibida.
- **Modelo de los Tres Componentes:** Modelo que fundamenta lo planteado por Grönroos, se compone de tres elementos: el servicio y sus características; el proceso de envío del servicio o entrega y el ambiente que rodea el servicio.
- **Modelo de Servucción:** El modelo distingue cuatro elementos básicos en el sistema: el cliente, el soporte físico, el personal de contacto y el servicio. La finalidad de los autores fue poseer un proceso planificado, controlado y cuantificado para la prestación de servicios (Eiglier y Langeard, 1989).
- **Modelo de Desempeño de Teas 1993:** Explica el concepto de las expectativas como puntos ideales en los modelos actitudinales, quien bajo este planteamiento sugiere el modelo de desempeño evaluado.
- **Modelo P-C-P:** Los autores de este modelo Philip y Hazlett (1997), formulan un modelo teórico, estructurado en tres niveles jerárquicos, el cual pretende otorgar un marco de trabajo mas global que el ofrecido por el modelo SERVQUAL, que contemple todo tipo de actividades de servicios.

*CAPÍTULO I: Marco Teórico*

**TABLA Nº 2 RESUMEN CRONOLÓGICO DE LOS MÁS RELEVANTES APORTES  
SOBRE LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO**

<b>Año</b>	<b>Autores</b>	<b>Aportes</b>
1980	Oliver	Paradigma Desconfirmatorio
1984	Grönroos	Modelo de Calidad de Servicio
1985, 1988	Parasuraman, Zeithaml y Berry	Modelo SERVQUAL
1989	Eiglier y Langeard	Modelo de Servucción
1992	Cronin y Taylor	Modelo SERVPERF
1993, 1994	Teas	Modelo de Desempeño Evaluado
1994	Rust y Oliver	Modelo de los Tres Componentes
1996	Dabholkar, Thorpe y Rentz	Escala Multinivel de Calidad del Servicio
1997	Philip y Hazlett	Modelo P-C- P
2001	Brady y Cronin	Modelo Jerárquico Multidimensional
2006	Akbaba	Técnica del Factor Incidente Crítico

Fuente: Colmenares y Saavedra (2007)

## **1.8. EL USO DE LA TECNOLOGÍA EN EL SERVICIO**

Una de las características del servicio que lo distingue de los bienes es su heterogeneidad, principalmente por el componente humano que incide en su producción. Es así, que al momento de ofrecer servicios se presenta como un desafío conseguir sean lo más consistente posible, indistintamente de quién y cuándo sea provisto, considerando además, que la principal causa de queja de los clientes son los errores originados por la forma en que éstos se entregan (Fernández y Bajac, 2004).

En este sentido, una de las soluciones adoptadas por las empresas de servicios es la automatización de sus procesos, de manera de conseguir servicios más homogéneos, por la disminución del factor humano. Evidencia de ello es la tendencia que existe en las empresas hacia la incorporación de tecnología, lo que además les permite una disminución en sus costos (Fernández y Bajac, 2004).

Si bien esta solución presenta aspectos positivos, no es menos cierto que se debe abordar de manera tal que facilite la incorporación del usuario (cliente), a fin de que no represente un efecto negativo para ellos y sea percibido como una despersonalización del servicio.

Por otro lado se encuentra la incorporación de tecnología para potenciar el factor humano, como es la informatización, que implica poner a disposición mayor información del cliente en el momento que se está prestando la atención, contribuyendo así a no perder tiempo en la búsqueda de sus datos. Si bien, hace un tiempo atrás resultaría impensable manejar la gran cantidad de información de los clientes y consumidores obtenida en cada transacción realizada por ellos, la disponibilidad de nuevas tecnologías facilita su utilización y almacenamiento, mediante la concentración en bases de datos de gran envergadura, sustentadas por toda la información generada en transacciones realizadas en diversos medios como: cajeros automáticos, centros de llamados, Internet, archivos de reclamos,

## *CAPÍTULO I: Marco Teórico*

---

entre otros. Además, con la existencia de softwares especializados es posible identificar las complejas relaciones entre los diversos tipos de información, llegando incluso a construir modelos que permitan predecir ciertos comportamientos de los clientes. Con esta actividad, conocida como minería de datos, se puede detectar incluso la predisposición a abandonar una suscripción, dado al análisis de las características de quienes ya han desertado. Por consiguiente, las bondades de la nueva tecnología permitirán que la personalización del servicio entregada por una gran empresa, sea la misma que una empresa pequeña (Fernández y Bajac, 2004).

En base a lo descrito anteriormente, destaca lo valioso que las empresas dejen de pensar en términos de interacciones con sus clientes y pasen a generar relaciones, donde la información de cada interacción es utilizada para personalizar el servicio ofrecido, identificando a cada cliente no sólo como un segmento de mercado, si no más bien con características propias, cambiantes en el tiempo y con patrones de conducta que permitirá ofrecer una mayor cantidad de productos - servicios. Reconociendo además, que es más rentable mantener a largo plazo un cliente existente que obtener uno nuevo. (Fernández y Bajac, 2004).

Los actuales sistemas de información del cliente, supera cualquiera de los sistemas de información tradicionales, tanto por la escala (miles de bites de información sobre decenas de millones de clientes), por la amplia información que puede ser capturada sobre cada persona o familia y por la forma en que puede ser utilizada dicha información, que en muchos casos hace posible adaptar los servicios de una organización a nivel individual, lo que antes habrían sido servicios indiferenciados (Zeithaml, V. y Bitner, M.J., 2002).

El diseño y supervisión de las relaciones con el cliente en el tiempo, conocido como Marketing Relacional, se sostiene, principalmente, mediante la utilización de tecnologías de la información. Propicia una adecuada relación con el cliente,

## CAPÍTULO I: Marco Teórico

---

entregando una oferta correcta, por medio del canal apropiado, en el momento oportuno y a un precio conveniente (Fernández y Bajac, 2004).

Delinear la relación con el cliente, implica abordar distintos aspectos que permitan un mayor conocimiento del comportamiento de éste, tales como:

- Identificación de clientes potenciales.
- Captura de información del cliente en cada transacción.
- Estimación de la rentabilidad potencial de cada cliente en su ciclo de vida.
- Manejo de la relación con el cliente durante su ciclo de vida.
- Aumento de la rentabilidad del cliente mediante la profundización y/o ampliación de la relación.
- Adaptación de la oferta (producto-servicio) a las necesidades personales del cliente.
- Personalización del contacto.
- Estudio del comportamiento de los clientes en el punto de venta y preferencias en la utilización de canales.
- Comunicación con los clientes a través de los canales preferidos y en el momento relevante.
- Adaptación del mensaje a las preferencias del cliente.

Un programa de marketing relacional, aporta variados beneficios a las empresas, principalmente por la fidelización del cliente lo que contribuye a mantener niveles estables de negocios, evitando las gestiones para atraer nuevos usuarios que reemplacen a los que abandonan. En definitiva, se manifestará en una mayor rentabilidad para las empresas, influenciada por la disminución de costos en captar nuevos consumidores y vender a los clientes existentes, dado el grado de conocimiento profundo de sus motivaciones y hábitos de consumo.

Para lo anterior, se requiere un proceso que se prolongue en el tiempo, que involucre un aprendizaje continuo de las motivaciones del consumidor y a su vez



## *CAPÍTULO I: Marco Teórico*

---

del impacto que toda actividad promocional tenga en su comportamiento, lo que sin duda exigirá ajustes permanentes.

Sin embargo, en este ámbito, también el papel de la tecnología de la información hace su contribución, ya que facilita la medida del desempeño del servicio prestado, de acuerdo a los estándares definidos por el cliente, esto en gran medida por la mejoría importante en hardware y software de computación. En algunos casos es posible realizar un rastreo de información y procesar datos en tiempo real en un periodo mínimo. Se encuentran en este tipo de sistemas aquellos dirigidos a los empleados de servicios que permiten realizar una vigilancia y control del desempeño del servicio. No obstante, el efecto de los sistemas depende de la forma en que estén diseñados y sean usados dentro de las empresas de servicios, por tanto la creación de un equilibrio entre los factores de diseño – los aspectos medibles del comportamiento, la frecuencia de la medida, los receptores de los datos y las tareas vigiladas por el sistema – pueden mejorar la receptividad de los empleados (Zeithaml, V. y Bitner, M.J., 2002).

Contar con toda esta tecnología para las empresas de servicios, donde hoy pueden acceder a un software empresarial que vincula sus bases de datos internas, propiciando una estructura general para reunir datos sobre diversas partes de una empresa como costos, ingresos, utilidades, atributos del servicio al cliente, ventas, entre otros, significa un aporte muy importante para la toma de decisiones estratégicas (Zeithaml, V. y Bitner, M.J., 2002).

## CAPÍTULO I: Marco Teórico

---

### 1.8.1 TENDENCIAS EN LAS EMPRESAS DE SERVICIO

La evolución observada en los servicios, tanto en aspectos operativos, de comercialización y del entorno al que se destinan, propician oportunidades para aquellas empresas que perciben los cambios y se adelantan a ellos y a sus competidores. Por consiguiente, representará una amenaza para aquellas que no lo dimensionan (Fernández y Bajac, 2004).

En base a estos cambios, es factible describir tres megatendencias relevantes a considerar por las empresas de servicios (Fernández y Bajac, 2004):

#### ↪ **Tendencia al ahorro de tiempo:**

En la actualidad, muchos son los factores que inciden en la escasez de tiempo, entre ellos los cambios demográficos y económicos que han caracterizado la vida desde la segunda mitad del Siglo XX. Así, es posible destacar el aumento de las horas diarias de trabajo en las personas, opuestamente a lo que se pensaba en la década de 1960 con el desarrollo de la tecnología. Sin embargo, un factor preponderante es la incorporación masiva de la mujer al ámbito laboral, lo que ha incidido en la distribución del tiempo en el hogar y en el tiempo libre disponible en las familias.

Este éxodo ha implicado que la mayoría de los bienes y/o servicios domésticos producidos por la mujer, ahora deben ser comprados, generando su impacto en el creciente desarrollo de las comidas congeladas, lavaderos, entrega de productos a domicilio, entre otros.

Por lo tanto, quienes venden estos bienes o servicios, no están vendiendo exclusivamente su producto, sino además están vendiendo tiempo libre.

Será entonces que las familias cada vez más preferirán aquellos servicios que les ahorre tiempo, como por ejemplo: la entrega a domicilio; servicios a distancia (telefónicamente o vía Internet) como las operaciones bancarias; horarios extendidos; entre otros.

## CAPÍTULO I: Marco Teórico

---

### ↪ **Tendencia a la tecnificación:**

Si bien el desarrollo tecnológico hasta mediados del Siglo XX, estuvo asociado a la actividad industrial, alcanzó algunos servicios como el transporte y la medicina. Pero su mayor impacto en el servicio, surgió con la incorporación de las tecnologías de la información, ya que no sólo permite mejorar la producción de ellos, sino además su gestión, la relación con los clientes y su forma de distribución. Como es la automatización y la informatización (bases de datos e Internet).

### ↪ **Tendencia a la relación:**

Puesto que las relaciones se fomentan en el tiempo, resulta imprescindible contar con clientes satisfechos, que valoren la calidad de servicio. Así, cada vez más las empresas no sólo deberán concebir la calidad como un principio casi místico que deben seguir porque las recompensas llegarán tarde o temprano, sino más bien entenderla como parte del negocio.

Sería entonces en la década de 1980 que se descubrió que resulta significativamente más barato retener a un cliente actual que concentrarse en captar nuevos cliente.

## CAPÍTULO I: Marco Teórico

---

### 1.8.2 DISTRIBUCIÓN DE SERVICIOS POR MEDIOS ELECTRÓNICOS:

Un aspecto importante del modelo de servicios, se considera la distribución de los servicios básicos y complementarios, a través de los canales físicos y/o electrónicos, lo que involucra por tanto decisiones sobre dónde, cuándo y cómo entregar un servicio a los clientes (Lovelock y Wirtz, 2008). Si se considera además una antigua problemática existente en los servicios, como la dificultad generada por la simultaneidad de la distribución y el consumo, surgen como una respuesta moderna los canales electrónicos, presentes en diversos servicios que los utilizan, como: sitios de Internet, centros de llamados, cajeros automáticos, entre otros. Siendo posible además, diferenciarlos en dos tipos: especializados y generales (Fernández y Bajac, 2004).

A diferencia de los canales tradicionales, Internet tiene mayor capacidad para recopilar datos sobre comportamiento y la búsqueda de información de clientes, lo que facilita una retroalimentación con rapidez y a su vez la creación de comunidades en línea que sirva para comercializar bienes y servicios, dado a que facilita cinco categorías de flujo: información, negociación, servicio, transacciones y promoción (Lovelock y Wirtz, 2008).

Algunos efectos comunes que las empresas de servicios y sus clientes tendrán por la utilización de estos canales de distribución electrónicos, se precisan a continuación (Fernández y Bajac, 2004):

↳ **Menor heterogeneidad:** por la incorporación de automatización en la distribución de los servicios, donde se disminuye el componente humano, llegando incluso a la sustitución en algunos casos como los cajeros automáticos por ejemplo.

## CAPÍTULO I: Marco Teórico

---

- ↪ **Disponibilidad de atención las 24 horas, los 7 días de la semana:** otorga una mayor facilidad de acceso al cliente, principalmente a los que tiene restricciones de tiempo. Difícilmente con los medios tradicionales de distribución se podría otorgar esta disponibilidad.
  
- ↪ **Fin de la coincidencia física y temporal:** referido a que la facilidad de acceso y una disponibilidad de 24 horas en la atención, permite al cliente disponer del servicio en cualquier momento y desde cualquier lugar, lo que reemplaza el tradicional encuentro personal entre productor y consumidor del servicio, sea por el uso de teléfono, Internet, mecanismos inalámbricos, etc.
  
- ↪ **Menor costo:** la prestación de servicios mediante el uso de canales de distribución electrónicos, ha contribuido a la disminución de costos para las empresas de servicios, en comparación con los mecanismos tradicionales de distribución.
  
- ↪ **Mayor comodidad y conveniencia:** otorgada a los clientes al acceder a los servicios de una forma innovadora, al alcance desde cualquier lugar, tanto por Internet, teléfono, entre otros. Además, considera lo conveniente que resulta para los clientes acceder a algunos servicios automatizados como por ejemplo, recibir combustible a un menor costo en un surtidor automático.
  
- ↪ **Carácter transaccional:** dado a que el mayor realce de la automatización está en las tareas repetitivas y de menor valor agregado, donde en términos de costos por operación, resultan más eficientes que la atención personal. Es preciso señalar, que en la medida que se requiere propiciar una relación, infundir confianza o un asesoramiento a la medida, aún la presencia humana es irremplazable.

## *CAPÍTULO I: Marco Teórico*

---

- ↪ **Aparición de canales compartidos:** en este sentido, se destaca el uso de canales de distribución electrónica compartido entre varias empresas, que indudablemente contribuye al ahorro de costos.
  
- ↪ **El cliente elige la forma de acceso, según la transacción:** en el entendido que las empresas de servicios se comienzan a concebir con distintos canales de distribución, donde el cliente será el que opte por uno de ellos, de acuerdo a su comodidad. Es así, que cada vez más las expectativas de los clientes será hacia un acceso multimodal.

No obstante, los múltiples beneficios que los medios electrónicos ofrecen al cliente, no es menos cierto que no a todas las personas les gusta usar equipos de autoservicio, sea por sus características personales como la edad, educación u otros. Será en este sentido que la migración de los clientes a los nuevos canales electrónicos requiera, lo más probable, de distintas estrategias para diferentes segmentos, reconociendo también que algunos de ellos nunca dejarán voluntariamente su entorno preferido de entrega, de alto contacto (Lovelock y Wirtz, 2008).

## CAPÍTULO I: Marco Teórico

### **1.8.3 LOS ELEMENTOS DE AUTO-ATENCIÓN, EN LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE:**

La utilización de medios electrónicos en la prestación de servicios, ha sido reciente en las empresas, lo que ha implicado contar con pocos estudios que permitan conocer los efectos que han tenido en la satisfacción del cliente. De acuerdo a la investigación de los autores Meuter et al., 2000, citados por Fernández y Bajac (2004), es posible precisar algunos aspectos que generan satisfacción e insatisfacción al cliente, mediante el análisis de algunos incidentes críticos.

↪ **Aspectos positivos de los elementos de auto-atención en la satisfacción del cliente** (Meuter et al., 2000):

- **Es mejor que las otras alternativas de atención (un 68% de las respuestas);** basado en las siguientes respuestas:
  - Ahorra tiempo (30%)
  - Es fácil de usar (16%)
  - Está cuando se desea (8%)
  - Ahorra dinero (6%)
  - Está donde se desea (5%)
  - Evita el contacto con el personal (3%)
  
- **Ha funcionado (un 21% de las respuestas);** el resultado del uso de esta tecnología, ha generado atracción a un gran número de clientes. Como ejemplo de ello se puede mencionar aquellos clientes que realizan una solicitud de crédito por Internet y al día siguiente dispone del dinero en su cuenta.
  
- **Resuelve una necesidad intensificada (un 11% de las respuestas);** valorada en aquellos momentos en que un servicio tradicional no funciona,

*CAPÍTULO I: Marco Teórico*

---

por ejemplo cuando el Banco está cerrado y la necesidad de dinero urgente se resuelve a través de un cajero automático.

↪ **Aspectos negativos de los elementos de auto-atención en la satisfacción del cliente** (Meuter et al., 2000):

- **Fallas de tecnología (43% de las respuestas)**, aspecto considerado como la principal fuente de insatisfacción del cliente, dado por las fallas que surgen en el funcionamiento de las tecnologías utilizadas. Ejemplo: cuando se utiliza el cajero automático y no devuelve la tarjeta.
- **Fallas en el proceso (17% de las respuestas)**, en aquellos servicios que a pesar de haber hecho uso de la tecnología, no se consigue el servicio esperado por los problemas en el proceso. Ejemplo: Realizar reservas de hotel por mail y al momento de llegar no hay disponibilidad de habitaciones.
- **Pobreza de diseño (36% de las respuestas)**, sea en la tecnología (diseño poco amigable que resulta difícil su uso), como además en el diseño de servicio (no atribuibles a la tecnología, pero si a ciertas restricciones en el servicio).
- **Fallas originadas por el cliente (4% de las respuestas)**, si bien estas fallas representan el menor aspecto de insatisfacción, investigadores en esta materia, señalan que en general los clientes se atribuyen los resultados positivos de la interacción con este tipo de tecnología y aquellas malas experiencias la relacionan a terceros (Meuter et al., 2000).



## *CAPÍTULO I: Marco Teórico*

---

### **1.9 TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN EL GOBIERNO DE CHILE:**

Bajo el contexto que el Estado de Chile es un órgano esencialmente de servicios, se puede apreciar que no ha quedado excluido de la evolución que han experimentado los servicios, ni de la innovación tecnológica. Es así, que dentro del énfasis de la modernización del estado, han surgido varias iniciativas al respecto.

Si bien esta necesidad de modernizar el Estado se encuentra presente desde varios siglos pasados, desde la época de configuración de las Repúblicas como los casos de Francia, Estados Unidos e incluso en Chile, su origen se relacionaba a necesidad de conformación de grupos sociales asociados a la independencia de esos países. Sin embargo, en la época de la segunda guerra mundial sus motivaciones eran de orden político (Tomassini, 1994).

Desde fines del siglo XX las sociedades han demostrado que han cambiado respecto a épocas pasadas, originándose nuevos subgrupos con cultura, raíces y diferentes legados. Esta nueva generación de personas está exigiendo una mayor eficiencia y calidad en los servicios, tanto privados como públicos, donde han tomado conciencia que recibir una atención o respuesta oportuna es un derecho que todo ciudadano tiene, esperando además que la calidad por parte del sector público sea mayor que la privada (Osborne y Gaebler, 1994).

Por lo tanto, la modernización del Estado Chileno responde a una sentida demanda de los ciudadanos, quienes esperan recibir prestaciones de calidad, más eficientes y eficaces, alejadas del tradicional modelo burocrático (Comisión Modernizadora de la Gestión del Estado, 2002). Este esfuerzo modernizador, privilegia la superación de limitaciones en la producción y distribución de bienes y servicios públicos, generando diversas iniciativas para enfrentar las ineficiencias de la organización burocrática. (Ministerio del Interior, Subsecretaria de Desarrollo Regional y Administrativo, 2001).

## *CAPÍTULO I: Marco Teórico*

---

De acuerdo a lo señalado anteriormente, en el ámbito de las tecnologías de la información han surgido algunas iniciativas en el Estado de Chile que se señalan a continuación (Secretaría Ejecutiva de la Estrategia Digital del Gobierno de Chile, 2008):

↳ **Estrategia Digital;** Es una política pública definida para el periodo 2007-2012, que viene a potenciar el desarrollo de las tecnologías de información como un eje impulsor del progreso de Chile.

A fin de alcanzar este desarrollo, se han planteado algunas metas con miras al año 2012, que se describen a continuación:

- Duplicar las conexiones de banda ancha, abarcando todo el territorio nacional.
- Duplicar la tasa actual de inversión de TIC en empresas e instituciones.
- Fortalecer el desarrollo de una institucionalidad digital, con participación activa del mundo social, privado y público.
- Fortalecer el rol del Estado, en la adquisición de TIC, de modo de mejorar la oferta de servicios, promover el desarrollo de la industria TIC, y mejorar el gobierno electrónico.
- Actualizar la normativa de propiedad intelectual, datos personales, derechos del consumidor en Internet y delito informático, entre otros, que permitan el desarrollo sustentable y equilibrado del país.
- Desarrollar nuevas áreas de servicios en línea fundamentales para la relación de las empresas y ciudadanos con el Estado.
- Promover el desarrollo y uso de TIC en aquellas industrias estrellas, tales como minería, acuicultura, forestal y turismo.
- Lograr el posicionamiento de Chile como la principal plaza para desarrollar servicios tecnológicos remotos de América Latina.
- Contribuir a mejorar la posición de Chile en los indicadores de transparencia pública y privada, y desarrollo de gobierno electrónico.

## CAPÍTULO I: Marco Teórico

---

- Mejorar la inclusión de la mujer al mundo laboral utilizando TIC como oportunidad para mejorar su desarrollo y plena integración.
  - Incrementar los fondos para la investigación y desarrollo de TIC en universidades y centros de estudio en general.
- ↪ **ChileClic, la Guía de Servicios del Estado** es una iniciativa de la Estrategia Digital del Gobierno de Chile, que mediante un Portal Web ofrece a las personas y empresas una alternativa de fácil y cómodo acceso a la oferta de servicios disponibles en el sector público. ChileClic reúne más de 1.500 fichas con información y orientación sobre beneficios, programas y trámites, entre los que destacan más de 400 servicios que se pueden realizar a través de Internet. Es una nueva versión del portal “Trámite Fácil”.
- ↪ **Sistema de Gobierno Electrónico:** El desarrollo del Gobierno Electrónico es un componente clave en el proceso de modernización del Estado, en este contexto incentiva y guía su aplicación en la Administración Pública, teniendo como objetivo contribuir al uso de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) para mejorar los servicios e información ofrecida a los ciudadanos y organizaciones, mejorar y simplificar los procesos de soporte institucional y facilitar la creación de canales que permitan aumentar la transparencia y la participación ciudadana (Secretaría Ejecutiva de la Estrategia Digital - Ministerio de Economía – Gobierno de Chile) .

Como se puede apreciar, el Estado de Chile ha realizado varias acciones tendientes a potenciar y desarrollar las Tecnologías de Información y Comunicación - TIC, contribuyendo por una parte a la atención ciudadana, donde un número mayor de trámites se pueden realizar vía Internet, además de conferir más agilidad y transparencia en la relación de los organismos públicos con el sector privado.

*CAPÍTULO I: Marco Teórico*

---

## **1.10 TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC) EN EL SECTOR SALUD EN CHILE**

Como se ha descrito en puntos anteriores, una de las herramientas indispensables para facilitar el acceso, manejo e interpretación de datos, son las tecnologías de la información y comunicación. Éstas, inciden además en la productividad de las organizaciones y se consideran como un medio que favorece las capacidades de gestión. Así, para toda organización será necesario y esperable contar con las ventajas que aportan las TIC.

Para el sector salud acceder a estas tecnologías, es muy importante ya que su quehacer involucra personas en un entorno complejo y alta interacción entre profesionales, técnicos y usuarios. Su contribución cobra aún más sentido, al estar puesta al servicio de las personas, con el sólo propósito de construir un Sistema de Salud cada vez más equitativo, acogedor y centrado en el fortalecimiento creciente de redes continuas de apoyo y servicios a grupos cada vez más focalizados de la población (Ministerio de Salud, 2007).

En este sentido, la gestión de los servicios debe orientar a la organización hacia el usuario (paciente), para lo cual han de conceptuarse los servicios como productos que se suministran a los pacientes, tomando en cuenta la perspectiva de ellos (Corella, J.M., 1998).

En Chile, el sector salud ha logrado una apertura e incorporación de estas tecnologías, materializadas en diversas iniciativas que mejoran la gestión, el flujo de información, el control de los stock y otros aspectos que implica una mejor calidad del sistema de salud pública, como se señalan a continuación (Ministerio de Salud, 2007):

↳ **Red Minsal:** Red conformada por los siguientes componentes:

## CAPÍTULO I: Marco Teórico

---

- **Intranet Sectorial (Salunet):** Espacio virtual de trabajo accesible a todos los organismos y establecimientos integrados en la Red Minsal, que permite la difusión de información relevante para el desempeño del sector, intercambiar documentación, establecer grupos de trabajo colaborativo en torno a temas específicos, y desarrollar programas de capacitación a distancia, entre otros aspectos relevantes.
  
- **Portal Web Institucional:** Se trata de un espacio virtual donde puede acceder la comunidad externa, facilitando la difusión de información relevante para la población beneficiaria, instituciones vinculadas a la salud y universidades, entre otros.
  
- **Red de Videoconferencias:** Contempla proveer salas de videoconferencias con el objeto de apoyar las actividades de gestión directiva de las Direcciones de los 28 Servicios de Salud, a los 15 Seremis de Salud, al Fonasa, ISP, Cenabast y al nivel central del Minsal.
  
- ↪ **Visita virtual:** Modelo y herramienta que posibilita una visita virtual, a través de Tecnologías Digitales, entre el paciente, familiares y equipos de salud. Consta de un sistema de videoconferencia montado en un "carro tecnológico", el cual está equipado con un PC, una WebCam instalada en una pantalla plana, fijada a un brazo mecánico, auriculares con micrófono y un Acces Point. Por otra parte, los familiares pueden acceder a la visita virtual desde distintos puntos de acceso universal a las TIC (Telecentros, Infocentros, Escuelas y Bibliotecas).
  
- ↪ **Trámite en Línea:** Este sistema permite a personas naturales y empresas, inicialmente de la Región Metropolitana, realicen trámites sanitarios relevantes vía Internet, lo que fomenta la productividad, competitividad y oportunidades en las empresas. El proyecto se piensa como solución a nivel país, que gradualmente se irá expandiendo a las demás regiones del país.

## CAPÍTULO I: Marco Teórico

---

- ↪ **Registro Clínico Electrónico para la Atención Primaria de Salud (APS):** La Historia Clínica Electrónica es el conjunto de registros que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación de salud y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial, en formato digital, independiente de dónde y cuándo haya sido generada.
  
- ↪ **Sistema de Vigilancia de Enfermedades de las Personas (SIVEP):** Este sistema contribuye a mejorar la calidad de los actuales Sistemas de Vigilancia de Enfermedades de las Personas, mediante la incorporación Tecnología de Información y Comunicación (TIC), que inicialmente contempla las Enfermedades Transmisibles en su Subsistema de Vigilancia de Morbilidad, las Intoxicaciones Agudas por Plaguicidas y las Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII).
  
- ↪ **Sistema ICARO:** Este Sistema de Información de Atención Prehospitalaria, se le conoce como SAMU 133, el que integra diferentes componentes tecnológicos que concurren en el centro regulador del sistema, tales como: telefonía, radio, GPS y datos.
  
- ↪ **Sistema de Información para la Red Asistencial (SIRA):** Este sistema de información -desde una perspectiva tecnológica- se ha definido como un ecosistema de aplicaciones, con alcance nacional, flexible y adaptable a la operación de las redes asistenciales y a sus procesos de atención; con estándares de información y tecnología definidos previamente.
  
- ↪ **Sistema de Digitalización de Imágenes:** Este sistema, propone optimizar la atención al paciente que accede a exámenes de imagenología, mediante la incorporación de tecnología de procesos digitales e informáticos.

## CAPÍTULO I: Marco Teórico

---

- ↪ **Salud Responde:** Es un sistema de apoyo y acompañamiento permanente, mediante un servicio de atención telefónica las 24 horas durante todos los días del año.
  
- ↪ **Sistema de Indicadores de Calidad de Atención y Resultados Sanitarios (SICARS):** Consiste en un sistema que contribuye al mejoramiento de la calidad en los actuales Sistemas de Vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias, que mediante la tecnología permite incluir las Infecciones Intrahospitalarias, Reacciones Adversas, Indicadores de Resultado y Calidad de Información del Sistema de Vigilancia y Salud del Personal.
  
- ↪ **Balance Score Card Superintendencia de Salud:** Sistema implementado en la Superintendencia de Salud. Permite disponer de un Cuadro de Mando Integral que, a través de diversos indicadores, es posible medir el cumplimiento de las metas y desempeño de la institución, contribuyendo así a la transparencia del funcionamiento institucional.
  
- ↪ **Fonasa Digital:** Iniciativa cuyo propósito es facilitar los procesos que realiza Fonasa y/o sus beneficiarios, mediante información rápida y eficaz. Destaca en este sentido la Oficina Virtual incluida en su portal Web.
  
- ↪ **Modelo de Administración de Proyectos Tecnológicos - PMO (Project Management Office):** Corresponde a una metodología de monitoreo de proyectos y actividades.
  
- ↪ **Plataforma de Integración:** Consiste en una pieza de software que contribuye a simplificar la creación y gestión de interfaces entre aplicaciones y sistemas, sobre la cual descansan otros proyectos del sector salud.
  
- ↪ **Renovación de Equipamiento Computacional:** Se apoya en una modalidad de arriendo de equipos, licenciamiento y soporte técnico, incluida mesa de

## *CAPÍTULO I: Marco Teórico*

---

ayuda y respuesta en tiempo breve, permitiendo para el año 2009 cerrar la brecha en equipamiento, lo que involucra unos 20.000 equipos.

- ↪ **SinetSur:** Es una solución base de tecnología de la información, creada en ambiente Web y que cuenta con aplicaciones para apoyar: Agenda, Farmacia, Urgencia, Abastecimiento, Cardiovascular, Inscrito III y la Interfaz con el Sistema de Gestión de las Garantías Explícitas de Salud.
  
- ↪ **Modelo de Trazabilidad de Medicamentos del Instituto del Cáncer:** Modelo que aplica la informatización a la cadena logística de medicamentos, desde el momento que el producto es enviado desde la Central Nacional de Abastecimientos (Cenabast), u otro proveedor, hasta el despacho a los diferentes servicios para su aplicación y/o entrega a pacientes.

Variados son los esfuerzos que han surgido en este sector y que dan cuenta que existe una preocupación de parte de la autoridades ministeriales por acortar las brechas existentes en el ámbito de las tecnologías de la información y comunicación, lo que ha implicado una cuantiosa inversión para dotar al sistema de equipamiento, nuevas capacidades de interacción y capacitación a los profesionales del área de la salud en informática aplicada a la medicina, incluyendo educación en modalidad e-learning.



# **CAPÍTULO II**

## **CAPÍTULO II: ANTECEDENTES HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN (HCHM)**

### **2.1. BREVE RESEÑA**

Gracias a la grandeza y solidaridad de Doña Herminda Martín, de origen Español, este establecimiento inicia su construcción en la ciudad de Chillán en el año 1941, para ser inaugurado en el año 1945 y en cuyo honor este Hospital lleva su nombre. A principio de los años 1970 se amplía su construcción con la edificación del Consultorio Adosado, destinado a la atención general y de especialidades. En el período 1991 – 2004 se construyen la actual Torre Quirúrgica, el Consultorio Violeta Parra, y otras unidades de apoyo, llegando a constituir un complejo hospitalario de 30.000 m<sup>2</sup> aproximadamente.

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 como 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 apoyados por la Dirección del Servicio de Salud Ñuble.

### **2.2. SU REALIDAD ACTUAL**

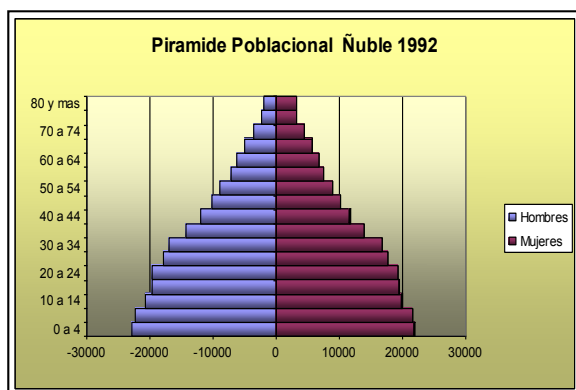
El HCHM, es un establecimiento de salud que depende del Servicio de Salud Ñuble y forma parte de la red de hospitales y consultorios públicos que conforman la Red Asistencial de Ñuble, pertenece a la categoría de Hospital Tipo 1 de “Alta Complejidad” y en la provincia es base de referencia para los demás centros asistenciales del Servicio de Salud Ñuble (SSÑ), así como para los consultorios de comunas sin hospitales cercanos. Ocasionalmente recibe pacientes de hospitales

**CAPITULO II: Antecedentes Hospital Clínico Herminda Martín**

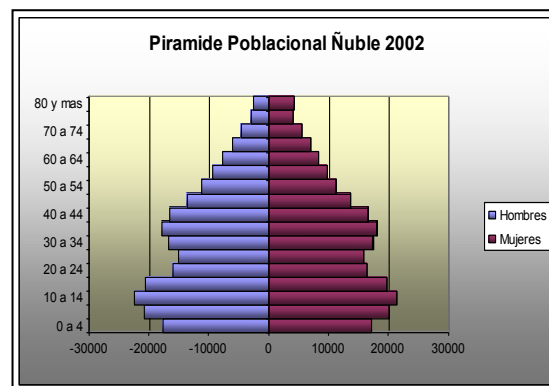
de otras provincias y a su vez deriva pacientes al Hospital Regional de Concepción y/o Santiago, en patologías y exámenes complejos (trasplantes, oncología, cardiocirugía, otros), ubicándolo como el establecimiento de mayor importancia de la Provincia de Ñuble, en donde el área de influencia alcanza 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. Ejemplo de esta evolución, lo muestra la comparación de la pirámide poblacional de la Provincia de Ñuble del Censo 1992 y 2002.

**FIGURA N° 5: PIRÁMIDE POBLACIONAL CENSO 1992 - 2002**



Fuente: INE



Fuente: INE

Al observar ambas Pirámides, se aprecia una disminución en los rangos de edades menores, lo que da cuenta de la importante disminución de la natalidad, así como de un aumento de la población, justificada por el aumento de la expectativa de vida al nacer. Desde los 40 años de edad en adelante, el ensanchamiento de la cúspide demuestra un envejecimiento de la población de la provincia, envejecimiento que es más acentuado en las mujeres (Diagnóstico Modelo de Gestión y Atención – PRONCAE, 2008).

## CAPITULO II: Antecedentes Hospital Clínico Herminda Martín

Al concentrarse en una población de mayor edad, se asocia a una salud afectada por la realidad epidemiológica de la región, como así también por las patologías crónicas asociadas a este segmento de la población, lo que se traduce en 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 (Diagnóstico Modelo de Gestión y Atención – PRONCAE, 2008).

El Hospital Clínico Herminda Martín, preocupado de un constante desarrollo para entregar una atención en salud, aunando todos sus esfuerzos por conseguirlo, ha delineado su quehacer con una planificación estratégica, herramienta para mejorar la gestión del Hospital y destinada a involucrar a todo el personal en torno a los objetivos que comparten. Es así como en el año 2002 genera su primer Plan Estratégico, efectuando más tarde, 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).

A continuación, se describen sus principales lineamientos como organización:

### **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”.*

### **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”.*

## CAPITULO II: Antecedentes Hospital Clínico Herminda Martín

---

### **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.

### **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.

## *CAPITULO II: Antecedentes Hospital Clínico Herminda Martín*

---

### **2.2.1. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**

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.

A partir del año 2005, se dio inicio a un proceso formal de cambio en la gestión interna del establecimiento, reorganizando los Servicios Clínicos en Centros de Responsabilidad, con un soporte técnico, tanto desde el punto de vista de la información como de la red de apoyo para los responsables de aquellos. Más tarde se implementa un Centro de Control de Gestión, el cual vela por el buen funcionamiento de los centros de responsabilidad en una amplia gama de sus funciones (Diagnóstico Modelo de Gestión y Atención – PRONCAE, 2008).

**(Ver Anexo N°1 Organigrama HCHM)**

*CAPITULO II: Antecedentes Hospital Clínico Herminda Martín*

**2.2.2. RECURSOS HUMANOS**

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 velar por todo 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.

A continuación se describe el recurso humano perteneciente a las Unidades objeto de este estudio, distribuido de la siguiente manera:

**TABLA N°3 RECURSOS HUMANOS UNIDADES AMBULATORIAS**

PLANTA	N° DE CARGOS	% DEL TOTAL DE CARGOS
DIRECTIVOS	4	1,22%
LEY 15076	24	7,32%
LEY 19664	129	39,33%
PROFESIONALES	50	15,24%
TÉCNICOS	76	23,17%
ADMINISTRATIVOS	39	11,89%
AUXILIARES	6	1,83%
<b>TOTAL</b>	<b>328</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Diagnóstico y Oferta de RRHH, Proyecto PRONCAE*

Entendiendo que lo referido a Ley 15.076 y 19.664, incluye a médicos, odontólogos y químicos farmacéuticos pertenecientes a estas unidades.

## *CAPITULO II: Antecedentes Hospital Clínico Herminda Martín*

---

### **2.2.3. OTROS RECURSOS**

Para otorgar los servicios y prestaciones médicas a los diferentes usuarios, cuenta, entre otros, con los siguientes recursos:

Camas de hospitalización	: 515 camas con un promedio de 85% de ocupación.
Unidad de Emergencia	: Infantil, Adulto, Obstétrica y Odontológica.
Unidades Cuidados Intensivos	: Neonatal, Pediatría y Adulto
Unidad Quirúrgica	: Seis pabellones quirúrgicos.
C.A.E.	: Consultorio Adosado de Especialidades médicas y dentales.
SAMU	: Servicio Atención Médica de Urgencia.

La planta física que dispone para la atención de la población de Ñuble, presenta serias deficiencias en la mantención de red eléctrica, de agua y ascensores en el área de su edificio antiguo. Además, existe la necesidad de ajustar algunas unidades a los requerimientos actuales de complejidad específica y satisfacción usuaria. Agregándole a ello que gran parte del equipamiento médico en uso está cumpliendo su vida útil (Diagnóstico Modelo de Gestión y Atención – PRONCAE, 2008).



## *CAPITULO II: Antecedentes Hospital Clínico Herminda Martín*

---

### **2.2.4. SUS RECURSOS EN TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

El Hospital Clínico Herminda Martín, en la búsqueda de soluciones tecnológicas que apoyen la labor asistencial, posee una Oficina de Ingeniería de Sistemas la que está encargada de la planificación, ejecución y control de diversos sistemas y programas que se requieren a nivel institucional como a nivel de centros de responsabilidad.

En la actualidad, son ocho los proyectos en desarrollo, los que responden a los grandes lineamientos en tecnologías de la información y comunicación propuestos, como: la contribución al manejo de información confiable, que facilite el desarrollo en el ámbito operacional y de gestión directiva y provean una visión integrada de los sistemas (Diagnóstico Modelo de Gestión y Atención – PRONCAE, 2008).

- 1. Plataforma Uso de Códigos de Barra:** Permite la utilización de códigos de barra en los bienes del hospital, a fin de contar con información electrónica oportuna y confiable.
- 2. Página Web Corporativa.** ([www.hospitaldechillan.cl](http://www.hospitaldechillan.cl)): Herramienta que permite mostrar información corporativa, de comunicación y gestión de información, tanto para usuarios externos como internos.
- 3. Sistema IBM “Anita”:** Tiene por finalidad la obtención de información de producción de cada centro de responsabilidad, para la generación de informes de gestión y estadísticos.
- 4. Sistemas de Apoyo al Diagnóstico:** Sistemas orientados a la generación de información de cada examen de apoyo diagnóstico que requiere la atención del paciente (Radiología, Laboratorio Central, Anatomía Patológica).

## *CAPITULO II: Antecedentes Hospital Clínico Herminda Martín*

---

- 5. Administración Quirúrgica:** Sistema para mejorar la gestión, el control y registro estadístico de los eventos quirúrgicos de un paciente, a través de la generación de tabla operatorio en línea por cada servicio quirúrgico, facilitando la administración electrónica de los pabellones y que además permita el registro de los insumos utilizados en cada intervención, a fin de definir sus costos asociados.
  
- 6. Ficha Electrónica:** En una fase de desarrollo incipiente, que dada la envergadura de la información requerida, se manejará en una serie de etapas, que permita en forma gradual ir anexando información unificada e histórica de los eventos que se registran de un paciente, desde el ingreso a nuestro centro asistencial hasta su egreso hospitalario. Requiere la conectividad con los otros sistemas (imagenología, anatomía patológica, unidad quirúrgica, etc.) Su funcionamiento, favorecerá una atención eficiente y oportuna.
  
- 7. Gestión de la Información:** Este sistema pretende rescatar, en forma resumida y dinámica, la información de los repositorios de los sistemas operacionales; con herramientas informáticas orientadas a la gestión. Dirigido actualmente a:
  - a) Sistema de Gestión Farmacéutica:** apoyo en la obtención de información.
  
  - b) Libro Virtual:** sistema que reemplaza al libro de control de psicotrópicos de apoyo a los farmacéuticos.
  
  - c) Sistema de Gestión Estadístico:** orientado a la obtención de informes consolidados estadísticos y de producción.
  
  - d) Sistema de Gestión Paquetes de Consultas:** apoyando la obtención de información y que evite la generación de múltiples reportes.

## *CAPITULO II: Antecedentes Hospital Clínico Herminda Martín*

---

### **8. Business Intelligence System Data Warehousing “Herminda”**

Sistema de información que gradualmente permitirá la integración de los sistemas operacionales que cuentan con información consolidada y con la información obtenida en relación a costos, contribuya además a la toma de decisiones a cada centro de responsabilidad, en el marco del hospital de autogestión en red.

Por otra parte, el establecimiento cuenta con soluciones informáticas que a nivel Ministerial se han impulsado, tales como:

- **Sistema Integrado de Recursos Humanos (SIRH):** Sistema que facilita la gestión del recurso humano de los Servicios de Salud.
- **Sistema de Información para Gestión de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES):** Sistema de información destinado a la gestión de las patologías AUGE, apoya el monitoreo que cada centro asistencial de la red debe realizar para dar cumplimiento a las garantías de oportunidad de cada una de las 56 patologías existentes en la actualidad
- **Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE):** Sistema de información único, integral y uniforme, de carácter dinámico, que busca constituirse en una herramienta de apoyo efectivo para mejorar y dar mayor transparencia a la gestión financiera en el sector público.

## *CAPITULO II: Antecedentes Hospital Clínico Herminda Martín*

---

### **2.3. ATENCIÓN AMBULATORIA**

Entendida como la atención que reciben los usuarios en los establecimientos de salud, consistente en consultas médicas, exámenes o pruebas especiales, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, realizadas por el equipo multidisciplinario de salud y que no demanda hospitalización. Se le conoce además, como atención abierta.

Si bien los modelos tradicionales de atención, reflejan que los mayores esfuerzos se orientan a la atención cerrada (aquella que requiere hospitalización), en el entendido que es la función primordial en los hospitales; la tendencia que se está implantando es hacia la ambulatorización.

Históricamente, el Hospital Clínico Herminda Martín, ha trabajado para satisfacer la alta tasa de patologías que requieren atención especializada, con un modelo de atención hospitalocéntrico enfocado en la atención cerrada, con niveles de resolutivez ambulatoria insatisfactorios -reflejado cuantitativamente en extensas listas de espera-, tanto del área odontológica, como médica quirúrgica y no quirúrgica, que ha diciembre de 2006, ascendía a 33.451 pacientes en espera de una hora de atención (Modelo de Gestión y Atención – PRONCAE, 2008).

La realidad del Hospital Clínico Herminda Martín, al igual que muchos otros, es que su trabajo está orientado a un modelo centrado en el acceso a prestaciones médicas y medicina hospitalaria; para avanzar es imperante comenzar a mirar hacia la atención abierta (ambulatoria), haciendo énfasis en actividades de promoción y prevención en salud, optimizando las intervenciones en salud, mejorando su eficacia y eficiencia en el uso de recursos. (Modelo de Gestión y Atención – PRONCAE, 2008).

*CAPITULO II: Antecedentes Hospital Clínico Herminda Martín*

---

**2.4. ANTECEDENTES PRONCAE (Proyecto de Normalización del Consultorio Adosado de Especialidades)**

Como se ha descrito en puntos anteriores, la atención ambulatoria del Hospital Clínico Herminda Martín, ha presentado algunas dificultades para dar respuestas a la demanda de atención de especialidad del área médica no quirúrgica, quirúrgica y odontológica, generada por los establecimientos pertenecientes a la red asistencial de Ñuble. El tiempo de espera para obtener una hora de atención, es mayor a 60 días en un 47%, lo que origina por consiguiente, una alta insatisfacción en los usuarios por esta misma razón (Diagnóstico Modelo de Gestión y Atención – PRONCAE, 2008).

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. Por una parte dispone de un modelo de gestión y atención que no favorece la solución del problema planteado, además de una antigua y adaptada infraestructura que data del año 1970 (Diagnóstico Modelo de Gestión y Atención – PRONCAE, 2008).

Sin embargo, las iniciativas de inversión en salud dispuesta por el estado en los últimos años, teniendo como respaldo la reforma de la salud, los progresos en los programas de salud, así como los adelantos tecnológicos en la medicina, permiten vislumbrar que es posible revertir esa tendencia hasta alcanzar al menos la equidad.

En vista de estos antecedentes, las autoridades locales impulsan el proyecto PRONCAE, como una propuesta de normalización del Consultorio Adosado de Especialidades, lo que involucra la definición de un renovado modelo de gestión

## CAPITULO II: Antecedentes Hospital Clínico Herminda Martín

y atención, de una nueva infraestructura con una funcionalidad adecuada que permita hacer un uso más eficiente de los recursos (humanos, físicos y financieros), mejorando con ello la gestión actual y futura de todo complejo hospitalario.

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.

Las Unidades incorporadas al PRONCAE son las siguientes:

1. Centro de Responsabilidad Consultorio Adosado de Especialidades (C. A. E.), que incluye todas las especialidades médicas que dispone el establecimiento.
2. Centro de Responsabilidad Anatomía Patológica.
3. Centro de Responsabilidad Diálisis.
4. Centro de Responsabilidad Esterilización.
5. Centro de Responsabilidad Farmacia - Unidad de Apoyo Farmacia CAE.
6. Centro de Responsabilidad Imagenología (Rayos).
7. Centro de Responsabilidad Kinesiterapia.
8. Centro de Responsabilidad Laboratorio.
9. Sala Toma de Muestra del Centro de Responsabilidad Laboratorio.
10. Centro de Responsabilidad Lavandería.
11. Centro de Responsabilidad Odontología de Especialidades (S. O. E.).
12. Centro de Responsabilidad SOME (Apoyo Administrativo).

El desarrollo de este proyecto, consideró un análisis de Diagnóstico y Oferta, que muestra la realidad actual de cada una de las Unidades, para luego realizar una proyección de la demanda hacia el año 2021.

## *CAPITULO II: Antecedentes Hospital Clínico Herminda Martín*

---

El estudio se divide en los siguientes módulos:

- Modelo de Gestión y Atención.
- Módulo de Producción.
- Módulo de Recursos Humanos.
- Módulo de Infraestructura.
- Módulo de Equipamiento.
- Módulo de Sustentabilidad Financiera.
- Módulo Tecnologías de la Información y Comunicación.

Es así, que se ha generado un nuevo Modelo de Gestión y Atención para el complejo hospitalario, en respuesta a las nuevas exigencias que impone al sector, la reforma de salud y los desafíos emergentes, el que involucra una nueva forma de hacer las cosas. Donde algunas áreas de desarrollo que se impulsan están orientadas a potenciar las Cirugía Mayor Ambulatoria – CMA, creación de una Unidad Medicina Física y Rehabilitación e implementación de Quimioterapia, entre otras.

Un soporte fundamental para este desarrollo, radica en la Incorporación de TIC para contar con Historia Clínica Electrónica única por paciente en la Red, además de otros soportes.

Desde otro ámbito, y en consideración a la crisis energética que enfrenta nuestro país y el mundo, el PRONCAE ha incorporado el uso de energías limpias para su propuesta, donde se contemple una infraestructura con eficiencia energética, uso de energía solar, geotermia, entre otras, que permitan contar con un edificio sustentable energéticamente.

## *CAPITULO II: Antecedentes Hospital Clínico Herminda Martín*

---

### **2.4.1. EL USO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN AMBULATORIA PRONCAE**

Muy diversas y variadas son las nuevas tecnologías de la información y comunicación existentes en el mercado que permiten entregar un servicio de calidad. Algunas ya han sido incorporadas en el sector público, amparadas por la apertura del Gobierno de Chile para su inclusión en la gestión y atención.

Es así, que la concepción de un nuevo Modelo de Gestión y Atención para el complejo hospitalario, requiere como un soporte fundamental la incorporación de tecnologías de información y comunicación, centrada en el paciente que se atiende en cualquier punto de la Red Asistencial de Ñuble.

Las innovaciones en este sentido, se detallan a continuación:

- **Historia Clínica Electrónica única por paciente:** con acceso en toda la red asistencial, permitiendo al médico que atiende al paciente en el box, registrar el diagnóstico, pertinencia, altas, directamente en el sistema informático que tendrá disponible en su box, acceder a resultados de exámenes, generar Informes de Procesos Diagnósticos AUGE (IPD), entregarlos directamente al paciente, completar en el sistema solicitudes de nuevos exámenes, procedimientos y/o consultas de especialistas etc.

Como un aspecto muy valorable, está la continuidad de la atención entre los distintos niveles de atención, permitiendo ahorrar tiempo y desplazamientos innecesarios a los pacientes, además fomentará la resolutivez de la atención primaria.

En resumen, la atención del médico en el box, será el motor fundamental de los procesos de optimización de flujo del usuario, incluyendo la información estadística inherente, generada en la Historia Clínica Electrónica de la cual se obtendrán en línea datos de morbilidad y producción que permita obtener



## CAPITULO II: Antecedentes Hospital Clínico Herminda Martín

información oportuna para la toma de decisiones tanto del Hospital como del Servicio de Salud, Ministerio y cualquier entidad que lo requiera.

- **Digitalización de imágenes** en la Unidad de Imagenología, lo que permitirá su incorporación a la Historia única electrónica.
- **Laboratorio**, resultados de exámenes a disposición de la red en 24 horas (en Historia Clínica), gracias a sistemas informáticos y renovación de equipamiento.
- **Anatomía patológica**, resultados de biopsias a disposición de la red en 24 horas (en Historia Clínica), gracias a sistemas informáticos y renovación de equipamiento.
- Incorporar **Telemedicina y la Tele asistencia**, permitiendo el apoyo entre especialistas y una alternativa al déficit de profesionales.
- Potenciar la **orientación del actual SOME**, hacia: Coordinación de la Red, Trato Amable al usuario y a la Informatización de los procesos.
- **Dispensación de medicamentos en Farmacia**, a través de emisión de recetas en línea por el médico que presta la atención.
- **Mensajería de texto**, contar con sistemas que faciliten la utilización de mensajería de texto para recordatorio de horas a los pacientes, considerando que en la actualidad en Ñuble existe entre un 10% y 12% de pacientes que no se presentan (NSP) a la consulta de especialidad, lo que significa 1.200 a 1.500 horas mensuales que se pierden.
- **Actualización de datos personales vía Internet**, permitirá a los pacientes el ingreso con clave secreta otorgada, herramienta que contribuiría además a disminuir los actuales índices de NSP y mantener contacto oportuno cuando se requiera.

*CAPITULO II: Antecedentes Hospital Clínico Herminda Martín*

**2.5. INDICADORES SOBRE SATISFACCIÓN USUARIA EXISTENTES EN LA INSTITUCIÓN**

La Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS), es el primer punto de contacto de los usuarios con la red asistencial y la primera oportunidad de ejercicio ciudadano para la población, permitiendo recoger sistemáticamente la opinión de los usuarios sobre la calidad de los servicios y establecer áreas críticas en torno a las cuales definir estrategias y planes de mejora para la gestión.

Tiene a su cargo el Mesón de Informaciones y el comité de Gestión de Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones. Este último tiene como finalidad analizar las opiniones manifestadas por los usuarios con respecto a calidad de las prestaciones, detectando áreas críticas en torno a las cuales se puedan definir estrategias y planes de mejora de la gestión.

Durante el año 2007, registró 307.161 atenciones telefónicas y 991 Solicitudes Ciudadanas (565 Reclamos, 352 Felicitaciones y 74 otras solicitudes) (Cuenta Pública HCHM, 2008).

A continuación se muestra una relación de las Solicitudes Ciudadanas, entre el periodo 2005-2007, correspondiente al Hospital:

**GRÁFICO N° 1**



*Fuente: Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias HCHM*

**CAPITULO II: Antecedentes Hospital Clínico Herminda Martín**

**2.6. RESULTADO DE ENCUESTAS SOBRE TRATO USUARIO Y OTRAS**

Durante el periodo 2005-2007, se han realizado 4.907 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.

Los resultados de encuestas aplicadas por la OIRS, se puede decir que un 40% de los encuestados respondió como Muy Bueno; un 48% como Bueno; mientras que el 9% señaló que el trato fue regular, llegando al 1% como malo, como se muestra a continuación:

**GRÁFICO N° 2**



**Fuente:** Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias HCHM

Respecto a la satisfacción por la atención, un 33% de los encuestados respondió Muy Satisfecho; un 54% como Satisfecho; un 11% como Insatisfecho, según el siguiente gráfico:

**GRÁFICO N° 3**



**Fuente:** Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias HCHM

**CAPITULO II: Antecedentes Hospital Clínico Herminda Martín**

A continuación se muestran algunos resultados del año 2007, obtenidos en una medición realizada por la OIRS, a los usuarios del Consultorio Adosado de Especialidades, de la cual se pueden destacar los siguientes:

**TABLA N° 4 RESULTADO MEDICIÓN O.I.R.S. SALA DE ESPERA**

<b>SALA DE ESPERA</b>	
Poco acogedora	66%
Acogedora	32%
No responde	2%

*Fuente: Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias HCHM*

**TABLA N° 5 RESULTADO MEDICIÓN O.I.R.S. ASEO SALA DE ESPERA**

<b>ASEO DE LA SALA DE ESPERA</b>	
Bueno	50%
Regular	31%
Malo	11%
Muy Bueno	6%
No responde	2%

*Fuente: Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias HCHM*

En este sentido, deja de manifiesto que se cuenta con una infraestructura poco acogedora y deficiente para una atención que cumpla con la normativa vigente en esta materia.

**CAPITULO II: Antecedentes Hospital Clínico Herminda Martín**

**TABLA N° 6 RESULTADO MEDICIÓN O.I.R.S. TIEMPO DE ESPERA**

<b>TIEMPO DE ESPERA EN LA ATENCIÓN</b>	
60 Min. y más	55%
Entre 15 y 30 Min.	18%
Entre 30 y 60 Min.	17%
Menos de 15 Min.	9%
No responde	1%

*Fuente: Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias HCHM*

El 55% de los usuarios encuestados, respondió que para recibir la atención médica en este consultorio, deben esperar más de 60 minutos.

**TABLA N° 7 RESULTADO MEDICIÓN O.I.R.S. TRATO DEL MEDICO**

<b>TRATO DEL MÉDICO</b>	
Bueno	51%
Muy Bueno	34%
Regular	10%
No responde	3%
Malo	2%

*Fuente: Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias HCHM*

**TABLA N° 8 RESULTADO MEDICIÓN O.I.R.S. INDICACIONES DEL MEDICO**

<b>INDICACIONES DEL MÉDICO</b>	
Claros	64%
Muy Claras	24%
Poco Claras	8%
No entendió	2%
No responde	2%

*Fuente: Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias HCHM*

Las respuestas en este sentido, son bastante favorable a pesar de que existe un porcentaje menor que tuvo una apreciación regular a mala.

# CAPÍTULO III

*CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria*

---

## **CAPÍTULO III: MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN USUARIA**

En el presente capítulo se abordan los aspectos que se consideran necesarios para realizar una medición de la calidad y satisfacción usuaria de las Unidades de Atención Ambulatoria del HCHM, involucradas en el Proyecto PRONCAE.

### **3.1. DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN**

Desde un punto de vista teórico, población es entendida como la colección finita o infinita de unidades (individuos o elementos) de las cuales se desea obtener una información. Las unidades de la población pueden ser familias, empresas, personas, etc. En cada unidad es posible medir distintas características, por ejemplo edad, nivel de renta, posición, actitud hacia un producto o servicio, etc. (Grande y Abascal, 2006).

La población objeto del presente estudio la constituyen los usuarios que concurren a las Unidades de Atención Ambulatorias del HCHM para recibir prestaciones de salud, quienes provienen de las 21 comunas de la provincia de Ñuble, tanto hombres como mujeres, niños(as), adultos(as) y adultos mayores. Estos usuarios requieren atención especializada, derivados de la atención primaria (Consultorios Urbanos y Rurales, Centros de Salud Familiar, Postas, Estaciones Médicos Rurales y Centros Comunitarios Familiares), tanto administrados por el Servicio de Salud Ñuble como por las Municipalidades de la misma provincia. El sistema de salud que utilizan los usuarios es en su mayoría FONASA. De acuerdo a la realidad provincial, su nivel socioeconómico es por lo general medio – bajo y una parte proviene de sectores rurales.

### CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria

---

El instrumento se aplicó sólo en las unidades que en su quehacer tienen contacto directo con los usuarios:

- 1) Consultorio Adosado de Especialidades (CAE), que incluye todas las especialidades médicas que dispone el HCHM.
- 2) Diálisis.
- 3) Farmacia - Unidad de Apoyo Farmacia CAE.
- 4) Imagenología (Rayos).
- 5) Kinesiterapia.
- 6) Toma de Muestra del Centro de Responsabilidad Laboratorio.
- 7) Odontología de Especialidades (SOE).

#### **3.2. TIPO DE MUESTREO Y DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA**

La muestra se entiende como una parte de los elementos que forman la población. A partir de la muestra se pueden inferir o estimar las características de la población a nivel generalizado (Grande y Abascal, 2006; Miquel y otros, 1997). Por su parte, el concepto de muestreo es una herramienta de la investigación científica, donde su función básica es determinar qué parte de la realidad en estudio (población) debe examinarse con el fin de hacer inferencias sobre dicha población. (Valledor y Carreira, 2000).

Las clases de muestreo se pueden resumir en dos grandes grupos, probabilístico y no probabilístico. El muestreo no probabilístico no garantiza la representatividad de la muestra y por lo tanto no permite realizar estimaciones inferenciales sobre la población. (Valledor y Carreira, 2000). En cambio, en los muestreos probabilístico se seleccionan las unidades muestrales a través de un proceso aleatorio, por lo tanto el método otorga una probabilidad conocida de integrar la muestra a cada



### CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria

---

elemento de la población, vale decir todos los elementos tienen la misma probabilidad de ser elegidos (Valledor y Carreira, 2000; Grande y Abascal, 2006).

Las principales clases de muestreo probabilístico son:

- **Aleatorio simple:** Todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos. Generalmente se emplea para hacer estimaciones en poblaciones homogéneas.
- **Aleatorio estratificado:** Considera la existencia de grupos con diferentes comportamientos o características. Generalmente se emplea para hacer estimaciones en poblaciones muy heterogéneas en su composición o su comportamiento, pero existen grupos homogéneos definidos por una característica controlable.

Para el presente estudio se utiliza un tipo de muestreo probabilístico aleatorio simple, ya que la población es considerada homogénea, sencilla en la selección de muestras, se puede acotar el error o precisión, cálculo rápido de medias y desviación estándar, y existen paquetes informáticos para analizar los datos, ya que se basa en la teoría estadística.

Para determinar la población de usuarios, antecedente necesario para el cálculo de la muestra respectiva, se utilizó información del número de atenciones anuales por cada una de las unidades de atención ambulatoria, otorgada por la jefatura del Proyecto PRONCAE. La información que se disponía corresponde al período 2000 a 2008, sin embargo se utilizó el número de atenciones del año 2008 por ser información actual y mayor número de atenciones que los años anteriores y se presenta a continuación:

**CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria**

**TABLA N° 9 ATENCIONES AMBULATORIAS**

<b>Unidad de Atención Ambulatoria</b>	<b>Número de atenciones (año 2008)</b>
Kinesiología	52.294
Consulta CAE	182.004
Toma de muestra	33.358
Imagenología	35.474
Odontología	3.386
Farmacia	325.211
Diálisis	14.394
<b>Total</b>	<b>646.122</b>

Fuente: Elaboración Propia

Para cumplir el objetivo de medir la satisfacción de los usuarios en las Unidades de Atención Ambulatoria del PRONCAE se determina una muestra independiente para cada Unidad.

Dado que se tiene el tamaño de la población finita, se aplicó la siguiente fórmula:

**FIGURA N° 6: FORMULA CALCULO MUESTRA**

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

Fuente: Valledor y Carreira (2000)

Donde:

N: Tamaño de población de cada Unidad.

Z: Valor correspondiente a la distribución de Gauss, 1,645 para  $\alpha=0,1$ .

p: Prevalencia esperada del parámetro a evaluar. En caso de desconocerse se aplica la opción más desfavorable ( $p=0,5$ ), que hace mayor el tamaño muestral.

q= 1 – p.

i: Error que se prevé cometer.

**CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria**

---

Para el caso de esta investigación, se consideró un error del 10% y un nivel de confianza del 90%.

Para el cálculo del valor  $Z_{\alpha}^2$ , se utilizó:

**TABLA N° 10 NIVEL DE CONFIANZA Y PROBABILIDAD DE ERROR**

$1 - \alpha$	90%	Nivel de Confianza
$\alpha$	10%	Probabilidad de error
$Z_{\alpha}^2$	1,645	

Fuente: Toranzos (1962)

**CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria**

---

En base a estos antecedentes, el tamaño de muestra para cada Unidad es:

**TABLA N° 11 TAMAÑO DE LA MUESTRA POR UNIDAD**

<b>Unidad</b>	<b>n (Muestras a tomar)</b>
Kinesiología	68
Consulta CAE	68
Toma de Muestra	68
Imagenología	68
Odontología	66
Farmacia	68
Diálisis	67
<b>Total</b>	<b>473</b>

Fuente: Elaboración Propia

Donde “n” corresponde a la cantidad de encuestas a aplicar a los usuarios de cada Unidad de Atención Ambulatoria, con un total de 473 encuestas.

**3.3. ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PRIMARIA**

Para este estudio, se adecua una encuesta de Medición de Calidad y Satisfacción Usuaria, que fue diseñada por los autores J. Joseph Cronin y Steven A. Taylor, la cual está estructurada en dos cuestionarios, donde en el primer cuestionario se mide la importancia o preponderancia de las dimensiones de calidad de servicio, y en el segundo se miden las percepciones sobre la calidad de servicio.

En el primer cuestionario “Evaluación de la Preponderancia de las cinco dimensiones de calidad”, se consulta por cinco afirmaciones, en las cuales los usuarios distribuyen un puntaje de 1 a 100 puntos de acuerdo al grado de importancia.

En el segundo cuestionario “Percepciones sobre Calidad de Servicios”, se consulta por veintidós afirmaciones, distribuidas para cada dimensión en cinco afirmaciones

***CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria***

---

para confiabilidad, tres para responsabilidad, cuatro para seguridad, cuatro para empatía y seis para bienes tangibles. En cada afirmación el usuario, en una escala tipo Likert del 1 al 7, le asigna puntaje en base al grado de acuerdo o desacuerdo, según la siguiente tabla:

**TABLA N° 12 ESCALA LIKERT**

	<b>Valoración Escala Likert</b>
1	Totalmente en desacuerdo
2	Muy en desacuerdo
3	En desacuerdo
4	No de acuerdo, ni en desacuerdo; neutro
5	De acuerdo
6	Muy en acuerdo
7	Totalmente de acuerdo

Fuente: Jara, Martínez y Muñoz (2008)

Estas respuestas pueden tener dirección favorable o positiva y desfavorable o negativa; considerando que si una puntuación de respuesta es mayor, califica favorablemente la afirmación y por el contrario si la puntuación de respuesta es menor, califica desfavorablemente.

**CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria**

A continuación se describen los aspectos que conforman cada una de las cinco dimensiones contempladas para evaluar las percepciones sobre calidad en el servicio del segundo cuestionario:

**TABLA N° 13 DIMENSIONES DE CALIDAD DE SERVICIOS**

DIMENSIÓN	N°	DESCRIPCIÓN
Confiabilidad	1	Cumplimiento de compromisos a tiempo.
	2	Interés por resolver problemas de los usuarios.
	3	Desempeño del servicio de manera correcta a la primera vez.
	4	Entrega de información justa y a tiempo.
	5	Información sobre el momento de desempeño de los servicios.
Responsabilidad	1	Rapidez en la entrega del servicio.
	2	Disposición para ayudar a los usuarios.
	3	Accesibilidad hacia los usuarios.
Seguridad	1	Comportamiento de los funcionarios inspira confianza.
	2	Seguridad en la atención.
	3	Cortesía en el trato hacia los usuarios.
	4	Aplicación del conocimiento necesario para satisfacer inquietudes de los usuarios.
Empatía	1	Atención personalizada hacia los usuarios.
	2	Disponibilidad de funcionarios para atención personalizada.
	3	Importancia de tomar en cuenta los intereses de los usuarios.
	4	Comprensión de las necesidades específicas de los usuarios.
Bienes Tangibles	1	Disponibilidad de tecnologías modernas para la atención.
	2	Instalaciones físicas visualmente atractivas.
	3	Presentación personal de los funcionarios.
	4	Materiales comunicacionales visualmente atractivos.
	5	Disponibilidad de Tecnologías de Información y Comunicación modernas para la atención.
	6	Horarios de atención convenientes.

Fuente: Elaboración Propia

### CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria

---

La encuesta base de Cronin y Taylor se adecua para su aplicación en las Unidades de Atención Ambulatoria del HCHM, sobre lo siguiente:

- En la presentación al usuario se le describe el objetivo de la encuesta.
- En el segundo cuestionario, al usuario se le pide que señale la Unidad de Atención Ambulatoria del HCHM que recibió atención y será sometida a su evaluación.
- En este segundo cuestionario todas las afirmaciones están relacionadas a la Unidad que el usuario recibió la atención y está evaluando.
- Al instrumento o encuesta base se le agregó una serie de consultas respecto a la identificación del usuario encuestado, como fueron:
  - Rango de Edad.
  - Sexo.
  - Sector de domicilio: Urbano o Rural.
  - Paciente Crónico o No Crónico.
  - Nivel de escolaridad.
  - Tipo de previsión.

Esta adecuación permite potenciar el estudio para realizar análisis en función de grupos de interés, según la identificación entregada por el usuario.

- Complementariamente se le consultó sobre las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC's) que utiliza y aquellas que son de su preferencia para comunicarse con la Unidad de Atención Ambulatoria que presta el servicio.

Esta última información le permite al Proyecto PRONCAE disponer de antecedentes de las TIC's que utilizan los usuarios normalmente o con las que están más familiarizados, con el objeto de potenciar las TIC's existentes o implementar nuevas TIC's para mejorar la comunicación con los distintos usuarios de las Unidades de Atención Ambulatoria del HCHM.

### CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria

En síntesis, la encuesta fue utilizada como instrumento para la recolección de información relevante para llevar a efecto la investigación. Ver encuesta Anexo N° 2.

#### **3.4. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PRIMARIA**

En la presente investigación, se utiliza el modelo SERVPERF, que ha sido empleado y aceptado para la medición de la calidad de servicios, ya que considera que la calidad percibida depende únicamente de la percepción que tiene el usuario sobre el desempeño del servicio, ponderado por la importancia de las dimensiones de la calidad de servicio. La validación del instrumento ha sido reportada por diversos autores en sus estudios.

Cronin y Taylor (1992), citan en el artículo "Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension" el resultado de su investigación tanto teórica y práctica de la medición de la calidad en las instituciones u organizaciones de servicios. Estos autores señalan que un nuevo modelo para la medición de la calidad del servicio (SERVPERF) se identifica y se demuestra ser superior al modelo SERVQUAL de los autores Parasuraman, Zeithaml y Berry.

Barrera y Reyes (2003) realizan un estudio comparativo de las escalas de medición de la calidad del servicio, donde la investigación tenía como objetivo identificar la adecuación de los distintos instrumentos de medición de la calidad percibida. Los resultados muestran como la escala SERVPERF se manifiesta superior al resto de escalas (SERVQUAL y otros como el Desempeño Evaluado).

Losada y Rodríguez (2007), como resultado de su proyecto de investigación "Diseño y validación de una escala para medir la calidad del servicio en instituciones prestadoras de servicios de salud desde la perspectiva del consumidor", señalan que a pesar que el modelo SERVQUAL es el instrumento de



### CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria

---

mayor utilización con ese propósito, no se permiten realizar generalizaciones en su aplicación. De este modo, los autores revelan la necesidad de llevar a cabo investigaciones con otros modelos teóricos, como el SERVPERF, que permitan el desarrollo de escalas de medida válidas y apropiadas.

Jara, Martínez y Muñoz (2008), utilizan SERVPERF en su estudio de medición de calidad de servicio y satisfacción usuaria en una empresa de distribución eléctrica en Chillán, permitiéndoles determinar niveles de satisfacción de los clientes y proponer indicadores que ayuden a la empresa a mejorar la calidad del servicio y hacer recomendaciones para corregir algunas deficiencias detectadas.

#### **3.5. APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PRIMARIA**

Una vez diseñada la encuesta se determinó el momento de su aplicación, previamente se solicitó la autorización respectiva a la jefatura de las Unidades, presentando la encuesta y a los encuestadores.

La encuesta se realiza a los usuarios en las salas de espera, después de haber sido atendidos en la Unidades de Atención Ambulatoria elegidos al azar, sin distinción de sexo, mayores de 15 años considerados como adultos para el sistema de salud en Chile, consultando si se habían atendido anteriormente en el establecimiento o si solamente acompañaban a algún usuario, se efectúa un previo diálogo de introducción, de esta forma se puede interiorizar al usuario en la metodología SERVPERF, para que durante la aplicación de la encuesta su comprensión se vea facilitada.

El proceso de toma de encuesta significaba en promedio 15 minutos por persona. La investigación es dirigida por un encuestador, de manera personalizada, debido a que puede existir incomprensión de algunos ítems, por parte de los usuarios. En

### CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria

el proceso de toma de encuestas participaron 2 encuestadores más una supervisora integrante del equipo de trabajo, debidamente identificados y calificados para llevar a cabo la actividad.

La aplicación de la encuesta se efectuó desde el lunes 05 al viernes 09 de enero, y el lunes 12 de enero del 2009. El horario de aplicación del instrumento fue de 08:00 a 17:00 hrs., en general. Para el caso del Consultorio (CAE) la actividad se concentró en las mañanas debido a que corresponde al horario con mayor afluencia de usuarios y en el caso de la Unidad de Diálisis fue posible realizarlas hasta el día sábado, por el delicado estado de salud de los usuarios y por la naturaleza del servicio.

En el proceso de aplicación de la encuesta se consideró el criterio de exclusión de aquellas personas que no otorgaron su consentimiento informado para participar y/o que voluntariamente decidieran no ser encuestadas.

#### **3.6. TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La tabulación de las encuestas se realizó en una planilla de cálculo Microsoft Excel numerándola desde la 1 a la 473. Para cada afirmación consultada se le asignó la respuesta otorgada por el usuario, ya sea para las preponderancias (Grado de importancia) como para las percepciones. En el caso de las Unidades de Atención Ambulatorias, se le asignó la siguiente numeración:

- 1 Kinesiología
- 2 Consulta CAE
- 3 Toma de Muestra
- 4 Imagenología
- 5 Odontología
- 6 Farmacia
- 7 Diálisis

**CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria**

---

Para el caso de la preguntas de identificación del usuario, se utilizó la siguiente codificación:

**Rango de Edad**

- 1 16 a 20
- 2 21 a 30
- 3 31 a 40
- 4 41 a 50
- 5 51 a 60
- 6 61 y más

**Sexo**

- 1 Femenino
- 2 Masculino

**Sector de domicilio**

- 1 Urbano
- 2 Rural

**Nivel de Escolaridad**

- 1 Sin Escolaridad
- 2 Básica Completa
- 3 Básica Incompleta
- 4 Media Completa
- 5 Media Incompleta
- 6 Técnica Completa
- 7 Técnica Incompleta
- 8 Superior Completa
- 9 Superior Incompleta

**Paciente Crónico**

- 1 si
- 2 no

**Tipo de Previsión**

- 1 FONASA
- 2 CAPREDENA
- 3 ISAPRE
- 4 Otra

En el caso de las preguntas de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC's), en la tabulación se asigna valor 1 para identificar aquellas TIC's que son utilizadas por el usuario, igual valor se asigna a las TIC's que son de su preferencia para la comunicación con la Unidad que le presta servicio.

Para el análisis estadístico de la información se utiliza el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 15.0 en español, programa informático muy usado en las ciencias sociales, instituciones de investigación y por las empresas u organizaciones de investigación de mercado, para lo cual se importa la tabulación que se realizó en Microsoft Excel.

### CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria

---

#### **3.7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA**

En este acápite se dan a conocer los resultados obtenidos al aplicar los instrumentos de medición sobre *Evaluación de Preponderancia* y *Evaluación de Percepciones de las Dimensiones de Calidad de Servicio*, que considera el modelo SERVPERF. Se consideran además, los resultados obtenidos de las características personales de los usuarios consultados, que fueron incorporadas a la encuesta de manera de enriquecer el análisis general, tales como: edad, sexo, sector de domicilio (urbano – rural), paciente crónico (sí o no), escolaridad, previsión y tecnología de la información que utiliza y prefiere.

Los análisis se realizan mediante la utilización de tablas y gráficos de elaboración propia, estructurados de la siguiente manera:

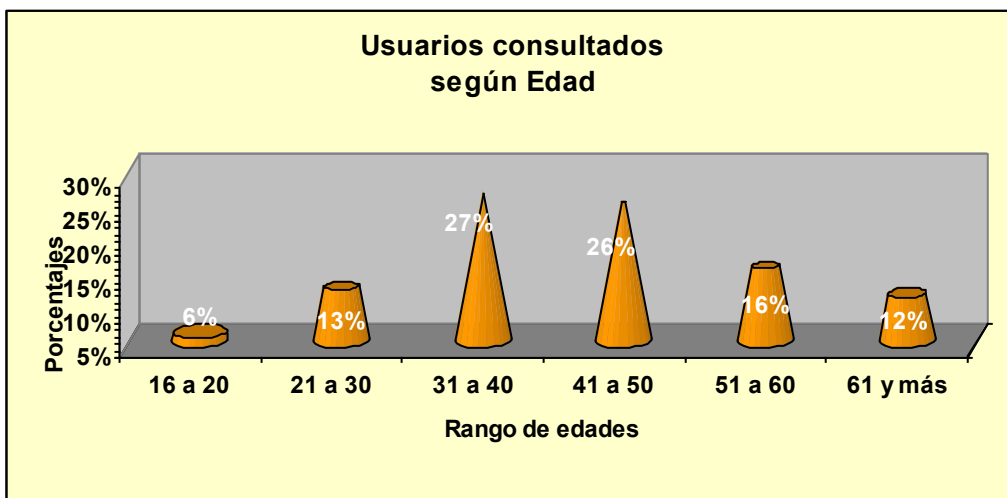
- Análisis descriptivo general sobre características personales de los usuarios.
- Análisis general sobre preponderancia de las Dimensiones de Calidad de Servicio.
- Análisis general sobre percepciones de calidad del servicio en cada dimensión.
- Análisis comparativo por Unidad sobre preponderancia de las Dimensiones de Calidad de Servicio.
- Análisis comparativo por Unidad sobre percepciones de calidad del servicio en cada dimensión.
- Análisis sobre satisfacción usuaria según características personales de los usuarios.
- Análisis sobre tecnologías de la información y comunicación, según características personales de los usuarios.

**CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria**

**3.7.1. ANÁLISIS GENERAL CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE USUARIOS CONSULTADOS**

A continuación, se presenta información gráfica descriptiva de las características personales de los usuarios consultados, en las unidades ambulatorias del HCHM. (Información complementaria ver en Anexo N° 3)

**GRÁFICO N° 4**



Los resultados muestran que el 53% de los usuarios se concentran entre los 31 y 50 años de edad.

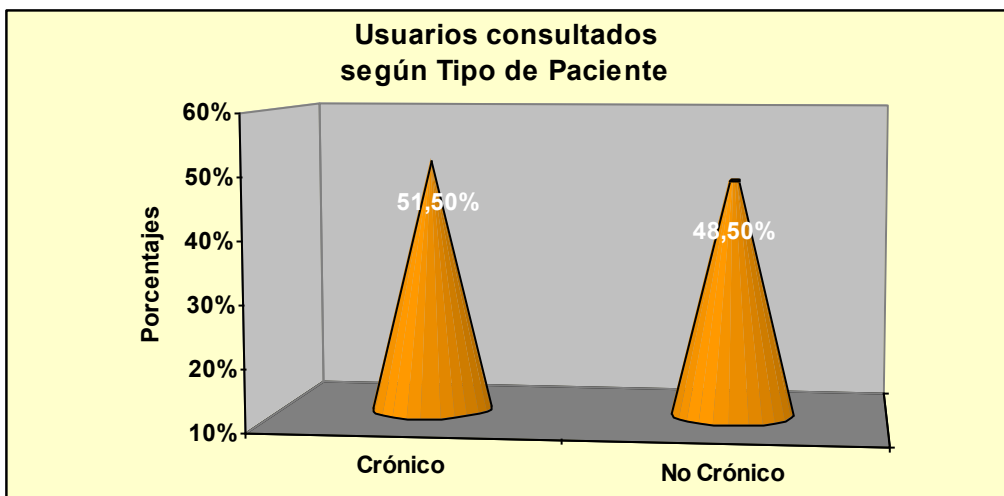
**GRÁFICO N° 5**



En este sentido, se observa que existe un 68,9% de usuarias mujeres.

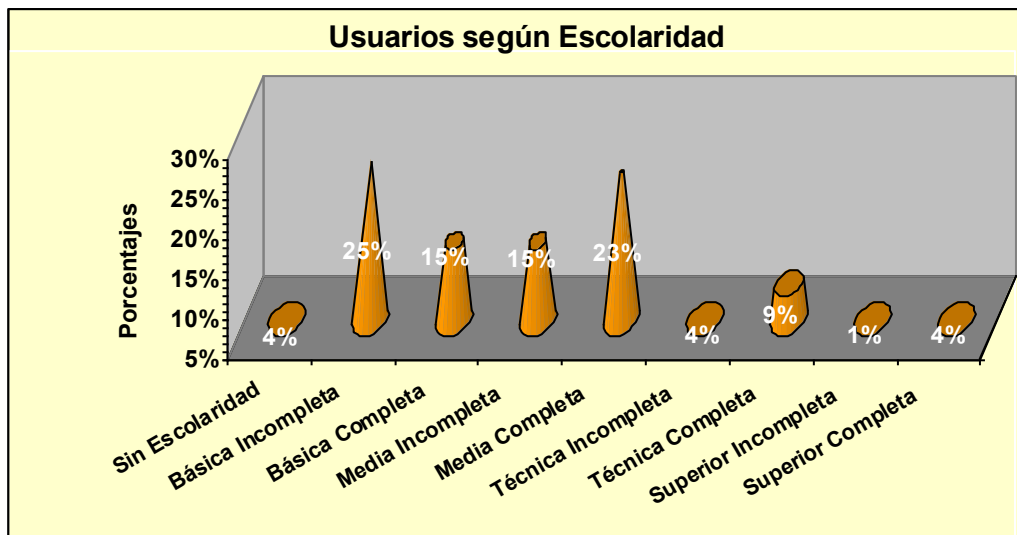
**CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria**

**GRÁFICO N° 6**



De acuerdo a lo observado los pacientes crónicos representan un 51,5%.

**GRÁFICO N° 7**

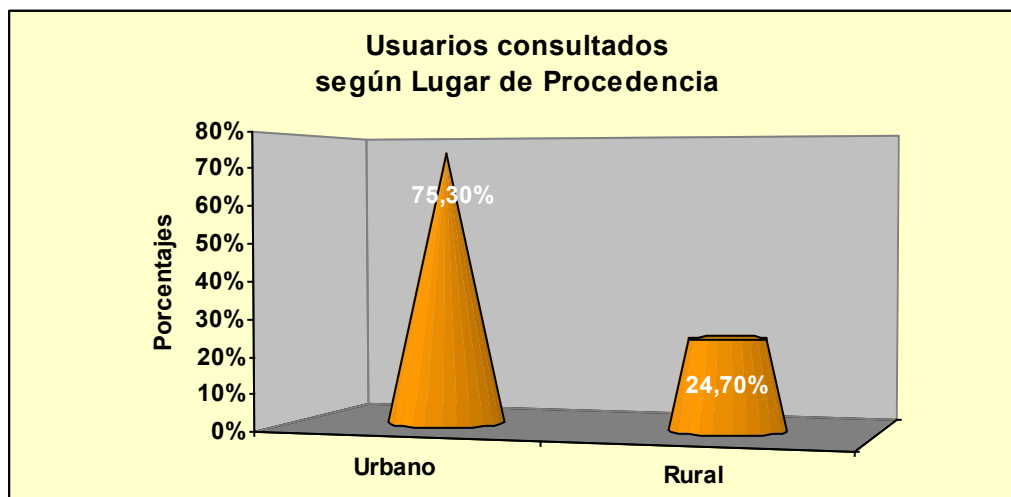


Los usuarios que poseen menos escolaridad (Sin Escolaridad hasta Básica Completa), se concentran en un 44%.

Sólo el 18% posee algún grado de Educación Superior.

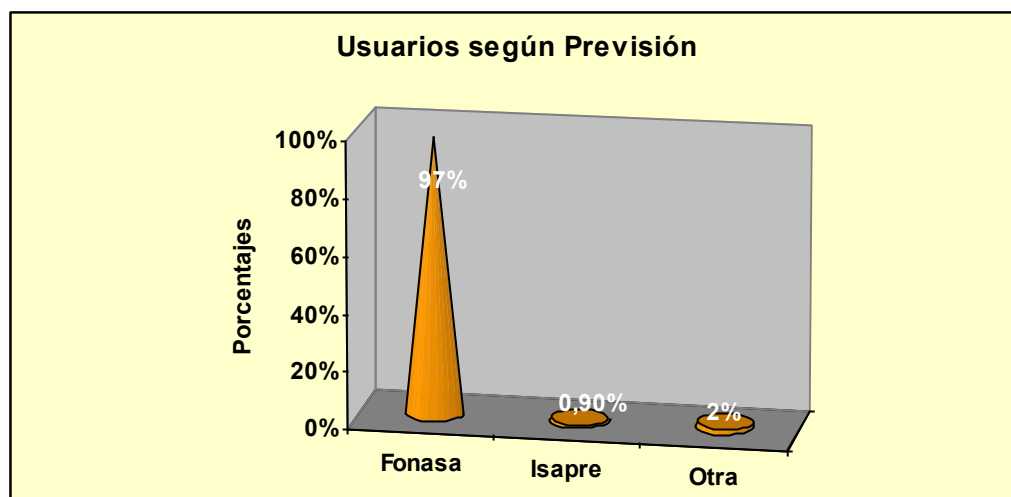
**CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria**

**GRÁFICO N° 8**



Los resultados obtenidos demuestran que la mayor parte de los usuarios pertenece al sector urbano con un 75,30%, lo que podría indicar una mayor cercanía a los distintos servicios asistenciales de las unidades de atención ambulatorias en estudio.

**GRÁFICO N° 9**



Se observa que mayoritariamente los usuarios pertenecen a Fonasa.

*CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria*

**3.7.2. ANÁLISIS GENERAL DE PREPONDERANCIA DIMENSIONES DE CALIDAD DE SERVICIO**

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a nivel general sobre la preponderancia o el grado de importancia que los usuarios de las Unidades de Atención Ambulatorias del HCHM le otorgan a cada una de las Dimensiones de Calidad, ordenadas según sus preferencias.

**TABLA N° 14 PREPONDERANCIA DIMENSIONES DE CALIDAD**

Dimensión	Media	Desv. típica
<b>Responsabilidad</b>	<b>23,68</b>	9,280
<b>Confiabilidad</b>	23,39	9,086
<b>Seguridad</b>	19,31	8,195
<b>Bienes Tangibles</b>	17,52	9,457
<b>Empatía</b>	<b>16,10</b>	9,719

Al observar las medias de las preferencias en cada dimensión, resalta como la **más importante** para los usuarios de estas unidades la Dimensión Responsabilidad con un valor de 23,68, que se refiere a **la buena voluntad de ayudar y brindar un servicio rápido**. Así mismo, la Dimensión Confiabilidad es importante para ellos, con una puntuación de 23,39 demostrando con ello que a los usuarios les importan las **habilidades para desarrollar el servicio prometido precisamente como se pactó y con exactitud**.

En cambio, lo **menos importante** para ellos, resulta la Dimensión Empatía con un valor de 16,10 que se relaciona a **la capacidad de brindar cuidado y atención personalizada**.



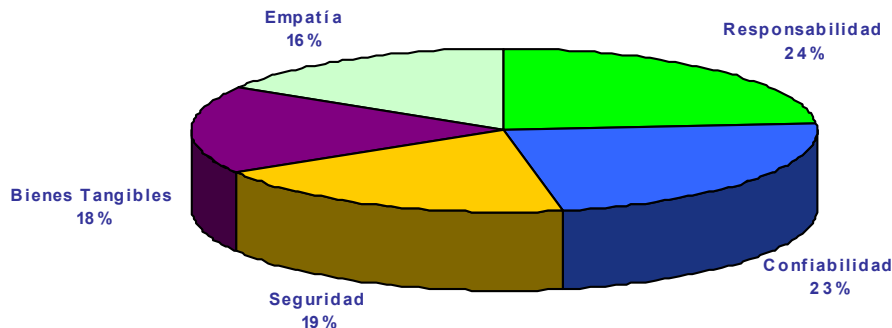
**CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria**

De acuerdo a los resultados obtenidos, llama la atención que los usuarios le asignen menor importancia a la Dimensión Empatía ya que la tendencia general en las empresas de servicios es estimular la relación y personalización del servicio, en el entendido que es un elemento muy importante en la satisfacción del cliente (usuario).

El grado de importancia que los usuarios le otorgan a las distintas dimensiones, podría estar vinculado con la naturaleza del servicio en salud y los riesgos que el usuario percibe, siendo de mayor importancia por ejemplo, el nivel técnico del equipo de salud y que la prestación esté exenta de errores.

**GRÁFICO N° 10**

**Preponderancia Dimensiones de Calidad**



Este gráfico muestra la distribución porcentual de los grados de importancia otorgados por los usuarios encuestados, respecto a las Dimensiones de Calidad de Servicio.

*CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria*

**3.7.3. ANÁLISIS GENERAL DE PERCEPCIONES POR DIMENSIONES DE CALIDAD DE SERVICIO**

A continuación, se presentan los resultados generales de las percepciones de los usuarios en cada dimensión, expresadas como valores absolutos y además relativos, éstos últimos ponderados por el nivel de importancia otorgado a cada una de las dimensiones de calidad, según lo señalado en la Tabla N°14 (Información complementaria en Anexo N° 4)

**TABLA N° 15 RESUMEN PERCEPCIONES GENERALES  
DIMENSIONES DE CALIDAD DE SERVICIO**

Dimensiones	Media Absoluta	Media Relativa
Confiabilidad	5,62	<b>1,32</b>
Responsabilidad	<b>4,89</b>	1,16
Seguridad	<b>5,76</b>	1,11
Bienes tangibles	5,24	0,92
Empatía	5,20	<b>0,84</b>

Al revisar los resultados generales de cada dimensión, es posible observar que en valores absolutos el mayor grado de calidad percibida está representada por la Dimensión Seguridad con un valor de 5,76 referida a *“el conocimiento de los empleados sobre lo que hacen, su cortesía y su capacidad de transmitir confianza”*, pero en cambio al incorporar el grado de importancia que los usuarios encuestados le otorgaron a cada Dimensión, resulta ser la Dimensión Confiabilidad la que presenta **mayor satisfacción**; esto es la ***“habilidad de desarrollar el servicio prometido precisamente como se pactó y con exactitud”***.

**CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria**

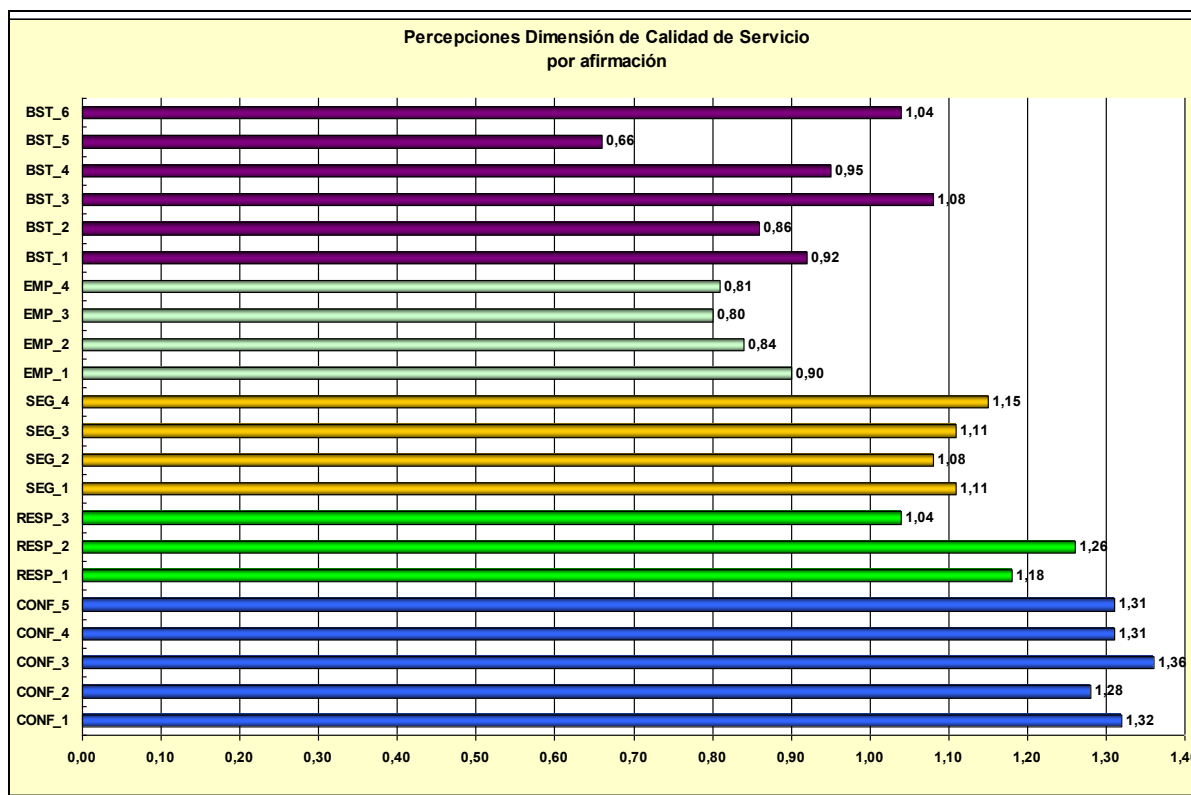
Cabe señalar que los análisis de las percepciones de los usuarios, se realizan en base a valores relativos.

Respecto al **menor grado de satisfacción** que los usuarios percibieron, en medias ponderadas, se encuentra la Dimensión Empatía con un valor de 0,84 que se relaciona a **“la capacidad de brindar cuidado y atención personalizada a sus clientes”**.

Lo anterior podría indicar que los usuarios perciben que el servicio se realiza en base a lo prometido, pero no en forma personalizada.

Continuando con el análisis general de las percepciones, se presenta a continuación el siguiente gráfico que refleja las medias ponderadas de las 22 afirmaciones del cuestionario sobre percepciones de calidad de servicio.

**GRÁFICO N° 11**



**CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria**

**Donde:**

- CONF : Dimensión Confiabilidad
- RESP : Dimensión Responsabilidad
- SEG : Dimensión Seguridad
- EMP : Dimensión Empatía
- BST : Dimensión Bienes Tangibles

En este gráfico se observa que el **mayor grado de satisfacción** lo presenta la afirmación N°3 de la Dimensión Confiabilidad (CONF\_3) con una media de 1,36 referida al **desempeño del servicio de manera correcta a la primera vez**.

En cambio el **menor grado de satisfacción** se encuentra en la afirmación N°5 de Bienes Tangibles (BST\_5) relacionada a la **utilización de tecnologías de la información y comunicación modernas para relacionarse con sus usuarios**.

**TABLA N° 16 AFIRMACIONES SEGÚN DIMENSION DE CALIDAD**

DIMENSIONES	Afirmaciones	Media Ponderada
CONFIABILIDAD	CONF_1	1,32
	CONF_2	1,28
	CONF_3	1,36
	CONF_4	1,31
	CONF_5	1,31
RESPONSABILIDAD	RESP_1	1,18
	RESP_2	1,26
	RESP_3	1,04
SEGURIDAD	SEG_1	1,11
	SEG_2	1,08
	SEG_3	1,11
	SEG_4	1,15
EMPATÍA	EMP_1	0,90
	EMP_2	0,84
	EMP_3	0,80
	EMP_4	0,81
BIENES TANGIBLES	BST_1	0,92
	BST_2	0,86
	BST_3	1,08
	BST_4	0,95
	BST_5	0,66
	BST_6	1,04
<b>Media General</b>		<b>1,06</b>

### CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria

---

En esta mirada global de las afirmaciones, resulta interesante destacar que aquellas pertenecientes a la Dimensión Empatía son las únicas que se encuentran en su totalidad por debajo de la media general de 1,06, lo que indicaría que existe un **menor grado de satisfacción** por parte de los usuarios en cuanto a **“la capacidad de brindar cuidado y atención personalizada”**, dimensión que considera aspectos como la atención de necesidades específicas de los usuarios como así también una atención individual y personal. Las afirmaciones de la Dimensión Bienes Tangibles, en su gran mayoría, también se encuentra por debajo de la media general, lo que indicaría asimismo un grado de insatisfacción en **“la apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y material de comunicación”**, que involucra la apariencia de equipos modernos, infraestructura visualmente atractiva, buena presentación de los funcionarios, material de comunicación atrayente y horarios convenientes para los usuarios. Por otro lado, destacan positivamente las demás dimensiones, principalmente la Dimensión Confiabilidad, lo que revelaría que los usuarios tienen un **mayor grado de satisfacción**, por cuanto reconocen una **habilidad para desarrollar el servicio prometido precisamente como se pactó**, evidenciado en aspectos como cumplir lo ofrecido, en forma correcta y oportuna.

En este sentido, en términos generales, se podría señalar que la satisfacción por el servicio prestado, es consistente al grado de importancia otorgado por los usuarios a las dimensiones (Ver Tabla N° 14 y N° 15), lo que indicaría que se está respondiendo a las prioridades de los usuarios en calidad del servicio.

**CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria**

**3.8. RESULTADOS POR UNIDADES.**

**3.8.1 ANÁLISIS DE PREPONDERANCIA DIMENSIONES DE CALIDAD DE SERVICIO POR UNIDAD**

En este punto, se presenta la información referida al grado de importancia otorgado por los usuarios a las dimensiones de calidad, en cada una de las unidades objeto de estudio.

**TABLA N°17 PREPONDERANCIA DIMENSIONES DE CALIDAD POR UNIDAD**

Unidad		Confiabilidad	Responsabilidad	Seguridad	Empatía	Bienes Tangibles
Kinesiología	Media	<b>23,09</b>	22,21	18,60	<b>17,79</b>	18,31
	Desv.típ.	8,059	6,544	6,099	7,648	6,781
Consulta Cae	Media	<b>25,22</b>	25,15	19,56	15,25	<b>14,82</b>
	Desv.típ.	10,346	9,501	9,990	12,978	10,574
Toma de Muestra	Media	22,43	<b>23,53</b>	19,85	17,79	<b>16,40</b>
	Desv.típ.	7,355	6,582	6,855	8,075	6,160
Imagenología	Media	20,10	<b>25,07</b>	19,19	<b>18,31</b>	<b>17,32</b>
	Desv.típ.	10,415	13,285	10,097	10,388	13,088
Odontología	Media	<b>22,42</b>	21,97	<b>17,88</b>	<b>15,38</b>	<b>22,35</b>
	Desv.típ.	6,751	6,843	6,965	6,221	8,603
Farmacia	Media	23,97	<b>25,22</b>	18,82	<b>14,63</b>	17,35
	Desv.típ.	9,446	11,764	7,732	9,899	6,492
Diálisis	Media	<b>26,49</b>	22,54	21,27	<b>13,51</b>	16,19
	Desv.típ.	9,415	7,606	8,631	10,517	10,804
Total	Media	<b>23,39</b>	<b>23,68</b>	<b>19,31</b>	<b>16,10</b>	<b>17,52</b>
	Desv.típ.	<b>9,086</b>	<b>9,280</b>	<b>8,195</b>	<b>9,719</b>	<b>9,457</b>

Observados los resultados del nivel de importancia otorgado en cada una de las Unidades, se aprecia que en su gran mayoría los usuarios consideran **más importante “la habilidad de desarrollar el servicio prometido precisamente**

### CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria

**como se pactó y con exactitud**” (Dimensión Confiabilidad) y **“la buena voluntad de ayudar y brindar servicio rápido**” (Dimensión Responsabilidad), destacando el mayor puntaje dado por los usuarios de la Unidad de Diálisis con un 26,49 a la Confiabilidad.

Respecto a los **menores niveles de importancia** otorgados por los usuarios, se encuentra la **“apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y material de comunicación**” (Dimensión Bienes Tangibles) y **“la capacidad de brindar cuidado y atención personalizada a sus clientes**” (Dimensión Empatía), donde el menor puntaje se encuentra en ésta última, otorgado por los usuarios de la Unidad de Diálisis con 13,51.

Desde otra perspectiva, si se compara el resultado de cada una de las Unidades con la media promedio de cada Dimensión de Calidad, a fin de conocer cuáles son los grados de importancia que cada unidad refleja, se observa que existen algunas puntuaciones que se alejan muy por sobre o bajo la media, como se señala a continuación:

En la Dimensión Confiabilidad, se destaca muy superior a la media general el puntaje otorgado por la Unidad de Diálisis de 26,49 y en la Dimensión Responsabilidad, destaca la media de 25,22, otorgado por los usuarios de la Unidad de Farmacia. Respecto a la Dimensión Seguridad, las puntuaciones otorgadas prácticamente se mantienen en la media general, a excepción de la Unidad de Odontología que destaca muy por debajo con un 17,88. En tanto, la Dimensión Empatía muestra claramente ambos extremos, donde el superior puntaje está en la Unidad de Imagenología con 18,31 y el menor puntaje está en la Unidad de Diálisis con 13,51. De igual manera, en la Dimensión Bienes Tangibles, se aprecian los dos extremos, donde el puntaje superior está dado por la Unidad de Odontología con 22,35 y el menor está en Consultas CAE con 14,82.

*CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria*

**3.8.2. ANÁLISIS DE PERCEPCIONES DIMENSIONES DE CALIDAD DE SERVICIO POR UNIDAD**

A continuación se presenta un resumen de las medias de las percepciones ponderadas generales de las Dimensiones de Calidad de Servicio, por cada una de las Unidades Ambulatorias del HCHM, lo que permite obtener una visión global del grado de satisfacción de los usuarios consultados y por ende realizar un comparativo de la calidad de servicio en cada una de ellas. (Información complementaria en Anexo N° 5)

**TABLA N°18 RESUMEN PERCEPCIONES PONDERADAS GENERALES POR UNIDAD DIMENSIONES DE CALIDAD DE SERVICIO**

Unidad	Confiabilidad	Responsabilidad	Seguridad	Empatía	Bienes Tangibles
Kinesiología	1,36	1,17	1,16	0,87	0,89
Consulta Cae	1,25	1,16	1,08	0,82	0,91
Toma de Muestra	1,31	1,20	1,09	0,84	0,90
Imagenología	1,23	1,20	1,06	0,83	0,98
Odontología	1,39	1,09	1,18	0,86	0,93
Farmacia	1,23	0,94	1,01	0,73	0,83
Diálisis	1,45	1,35	1,23	0,92	0,99
Total	1,32	1,16	1,11	0,84	0,92

Al observar los resultados, desde el punto de vista del orden de éstos, en cada una de las Unidades, todas ellas coinciden que el **mayor grado de satisfacción** se encuentra en **“la habilidad de desarrollar el servicio prometido precisamente como se pactó y con exactitud”** (Dimensión Confiabilidad), coincidiendo también, que el **menor grado de satisfacción** está dado por **“la capacidad de brindar cuidado y atención personalizada a sus clientes”** (Dimensión Empatía). Se destaca, a su vez, que el orden de las percepciones prácticamente coincide con el orden de importancia de las dimensiones, lo que



### CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria

---

indicaría que en los aspectos que ellos consideran importante, existe satisfacción en el servicio percibido en cada una de las Unidades.

Cuando se observan los resultados, a fin de compararlos entre una Unidad y otra, surgen dos unidades que muestran valores extremos muy por sobre y bajo la media general de cada una de las Dimensiones de Calidad de Servicio, lo que indicaría dónde se encuentra un mayor o menor grado de satisfacción de los usuarios. Es así, que destaca la Unidad de Diálisis ya que sus usuarios consultados, son los que perciben una mayor calidad en el servicio prestado, dado a que los resultados son superiores a la media general. Por otro lado, la Unidad de Farmacia presenta los valores más bajos que la media general en cada dimensión, de lo que se puede deducir que sus usuarios son los que perciben una menor calidad de servicio.

Desde la perspectiva que los servicios de salud prestados en cada unidad son de naturaleza distinta, donde la percepción de los usuarios puede variar si recibe el servicio ocasionalmente o por el contrario lo conoce y permanece en el tiempo, se ha incorporado la variable de permanencia en el tiempo del usuario en cada una de las Unidades, a fin de separar aquellas que entregan servicio en forma ocasional de aquellas que existe una atención reiterada al usuario.

Es así, que se señalan a continuación las Unidades que otorgan principalmente una prestación ocasional al usuario, como:

- Toma de Muestra
- Imagenología
- Farmacia

Las Unidades que entregan un servicio al usuario prolongado en el tiempo, son:

- Kinesiterapia: Con una permanencia promedio de dos meses.
- Consultas CAE: Se considera por cada usuario una consulta y dos controles, en promedio anual.

**CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria**

- Odontología: Considera un mínimo de siete sesiones en promedio para cada usuario.
- Diálisis: La permanencia mínima de los usuarios, es superior a cinco años promedio.

Con estos antecedentes y a fin de realizar una comparación bajo parámetros similares de permanencia, se presentan los resultados de las percepciones de los usuarios agrupados con este criterio:

**TABLA N° 19 RESUMEN PERCEPCIONES POR UNIDAD SERVICIO DE NATURALEZA OCASIONAL**

Unidad	Confiabilidad	Responsabilidad	Seguridad	Empatía	Bienes Tangibles
Toma de Muestra	1,31	1,20	1,09	0,84	0,90
Imagenología	1,23	1,20	1,06	0,83	0,98
Farmacia	1,23	0,94	1,01	0,73	0,83

**TABLA N° 20 RESUMEN PERCEPCIONES POR UNIDAD SERVICIO CON MAYOR PERMANENCIA EN EL TIEMPO**

Unidad	Confiabilidad	Responsabilidad	Seguridad	Empatía	Bienes Tangibles
Diálisis	1,45	1,35	1,23	0,92	0,99
Odontología	1,39	1,09	1,18	0,86	0,93
Kinesiología	1,36	1,17	1,16	0,87	0,89
Consulta Cae	1,25	1,16	1,08	0,82	0,91

Entre ambos grupos de unidades, se observa que las percepciones se mueven en rango diferentes, donde los usuarios que permanecen por mayor tiempo, presentan mayores valores de satisfacción comparativamente con las de aquellos usuarios que reciben el servicio en forma ocasional. Destacando la Dimensión Confiabilidad, por ejemplo, donde su rango está entre 1,25 y 1,45 en aquellos usuarios con

### ***CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria***

---

mayor permanencia, respecto del otro grupo de usuarios que presentan un rango entre 1,23 y 1,31, lo que podría significar que la habitualidad de contacto con el usuario hace la diferencia en sus percepciones.

**CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria**

**3.9. RESULTADOS SEGÚN CARACTERÍSTICAS PERSONALES.**

A continuación se presentan los análisis según distintas características personales de los usuarios encuestados, considerados relevantes para la investigación.

**3.9.1. ANÁLISIS SEGÚN RANGO DE EDAD**

Para el siguiente análisis, se han agrupados los resultados de cada rango de edad incorporado en la encuesta, en tres grandes rangos o grupos de interés que permita conocer si existen diferencias en la importancia otorgada por los usuarios a los aspectos de calidad consultados y a su vez evidenciar posibles diferencias de sus percepciones sobre calidad de servicio, según este criterio.

**TABLA N° 21 PREPONDERANCIA DIMENSIONES DE CALIDAD  
POR RANGO DE EDAD**

Rango	Edad		Confiabilidad	Responsabilidad	Seguridad	Empatía	Bienes Tangibles
Rango 1	16 a 20	Media	22,5	22,17	19,5	18,33	17,5
		Desv. típ.	8,068	6,114	8,237	7,805	9,073
	21 a 30	Media	25,08	21,56	18,11	16,15	19,1
		Desv. típ.	9,508	8,09	8,122	10,303	7,88
	<b>Media Rango 1</b>		<b>23,79</b>	<b>21,87</b>	<b>18,81</b>	<b>17,24</b>	<b>18,3</b>
Rango 2	31 a 40	Media	24,37	23,77	18,77	15,36	17,74
		Desv. típ.	8,786	8,287	7,528	9,32	9,521
	41 a 50	Media	22,18	25,13	19,37	16,09	17,23
		Desv. típ.	8,016	9,967	7,466	8,466	8,328
	<b>Media Rango 2</b>		<b>23,28</b>	<b>24,45</b>	<b>19,07</b>	<b>15,73</b>	<b>17,49</b>
Rango 3	51 a 60	Media	23	23,2	20,07	15,2	18,53
		Desv. típ.	9,898	9,817	9,208	10,314	12,702
	61 y más	Media	22,63	23,3	20,71	18,34	15,02
		Desv. típ.	10,298	11,09	9,459	12,146	7,82
	<b>Media Rango 3</b>		<b>22,82</b>	<b>23,25</b>	<b>20,39</b>	<b>16,77</b>	<b>16,78</b>
Total		Media	<b>23,30</b>	<b>23,19</b>	<b>19,42</b>	<b>16,58</b>	<b>17,52</b>
		Desv. típ.	<b>9,049</b>	<b>9,245</b>	<b>8,164</b>	<b>9,717</b>	<b>9,44</b>

### CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria

En primera instancia, se observa que la prioridad en cuanto a calidad de servicio para los usuarios mayores a 31 años de edad es la Dimensión Responsabilidad, definida como la **“buena voluntad de ayudar a sus clientes y brindar un servicio rápido”** la que considera aspectos como la confianza que inspiran los funcionarios y el conocimiento que tienen para prestar el servicio, entre otros.

En tanto, para aquellos usuarios menores a 31 años si bien la Dimensión Responsabilidad es importante, su prioridad es la Dimensión Confiabilidad definida como la **“habilidad de desarrollar el servicio prometido precisamente como se pactó y con exactitud”**, que involucra, entre otros, la oportunidad en la prestación del servicio y el interés de resolver un problema.

Consistente con los resultados globales, en los tres rangos, la menor prioridad coincide con la Dimensión Empatía, referida como **“la capacidad de brindar cuidado y atención personalizada a sus clientes”** y que contempla aspectos como la atención de necesidades específicas del usuario de manera personal e individual.

De lo anterior, se podría deducir que existe una diferencia en las prioridades en calidad de servicio a partir de los 31 años de edad, donde se torna más importante cualidades de los funcionarios como la confianza que inspiran y el conocimiento técnico para realizar el servicio de salud.

*CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria*

**TABLA N° 22 RESUMEN PERCEPCIONES DIMENSIONES DE CALIDAD DE SERVICIO SEGÚN RANGO DE EDAD**

Rango de Edad	Edad	Confiabilidad	Responsabilidad	Seguridad	Empatía	Bienes Tangibles
Rango 1	16 a 20	1,33	1,2	1,15	0,87	0,96
	21 a 30	1,28	1,11	1,07	0,81	0,88
		<b>1,31</b>	<b>1,16</b>	<b>1,11</b>	<b>0,84</b>	<b>0,92</b>
Rango 2	31 a 40	1,31	1,15	1,12	0,84	0,92
	41 a 50	1,3	1,15	1,09	0,83	0,91
		<b>1,31</b>	<b>1,15</b>	<b>1,11</b>	<b>0,84</b>	<b>0,92</b>
Rango 3	51 a 60	1,37	1,21	1,13	0,85	0,95
	61 y más	1,33	1,16	1,13	0,85	0,92
		<b>1,35</b>	<b>1,19</b>	<b>1,13</b>	<b>0,85</b>	<b>0,94</b>
Total		<b>1,32</b>	<b>1,16</b>	<b>1,11</b>	<b>0,84</b>	<b>0,92</b>

De los resultados obtenidos, se observa que las percepciones sobre calidad de servicio en los tres rangos, no existe diferencia por cuanto se encuentran prácticamente en la media total de cada dimensión.

Se destaca que el mayor grado de satisfacción en calidad de servicio se encuentra en los usuarios mayores a 51 años de edad en todas las dimensiones evaluadas, sin embargo como la mayor calidad es percibida en la Dimensión Confiabilidad, siendo para ellos prioridad la Dimensión Responsabilidad, podría indicarse que para responder a las preferencias de los usuarios de este rango de edad, debieran potenciarse aspectos como la confianza que inspiran los funcionarios y el conocimiento que tienen para prestar el servicio, entre otros elementos de la Dimensión Responsabilidad.

**CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria**

**3.9.2. ANÁLISIS SEGÚN SEXO**

Se incorpora este análisis con el fin de evidenciar qué tan distintas son las prioridades al momento de evaluar calidad según sea el sexo de los usuarios y conocer además su percepción del servicio prestado, de manera que permita enfocar diferenciadamente los esfuerzos para mejorar aquellas debilidades percibidas en calidad de servicio.

A continuación, se presentan los resultados de las preponderancias y percepciones del servicio en cada una de las dimensiones, según este criterio de clasificación:

**TABLA N°23 PREPONDERANCIA DIMENSIONES DE CALIDAD SEGÚN SEXO**

Sexo		Confiabilidad	Responsabilidad	Seguridad	Empatía	Bienes Tangibles
Femenino	Media	23,33	<b>23,82</b>	19,49	<b>15,70</b>	17,66
	Desv. típ.	9,427	9,398	8,433	9,786	9,318
Masculino	Media	<b>23,61</b>	23,20	18,98	<b>16,97</b>	17,24
	Desv. típ.	8,272	8,797	7,651	9,572	9,796
Total	Media	<b>23,42</b>	<b>23,62</b>	<b>19,33</b>	<b>16,10</b>	<b>17,53</b>
	Desv. típ.	<b>9,075</b>	<b>9,210</b>	<b>8,193</b>	<b>9,728</b>	<b>9,461</b>

**TABLA N° 24 RESUMEN PERCEPCIONES DIMENSIONES DE CALIDAD DE SERVICIO SEGÚN SEXO**

Sexo	Confiabilidad	Responsabilidad	Seguridad	Empatía	Bienes Tangibles
Femenino	<b>1,30</b>	1,14	1,11	<b>0,83</b>	0,91
Masculino	<b>1,34</b>	1,20	1,12	<b>0,85</b>	0,94
Total	<b>1,32</b>	<b>1,16</b>	<b>1,11</b>	<b>0,84</b>	<b>0,92</b>

### *CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria*

---

En esta clasificación de los usuarios, se observa que los resultados obtenidos coinciden con lo que ocurre en forma general, es decir las dos Dimensiones con mayores grados de importancia son la Dimensión Confiabilidad y Responsabilidad, pero al momento de evaluar lo percibido, ambos sexos concuerdan que es en la confiabilidad donde se percibe un mayor grado de calidad en los servicios. Por tanto, para otorgar un mayor grado de satisfacción a las usuarios del sexo femenino debería potenciarse aquellos aspectos involucrados a la Dimensión Responsabilidad, como la confianza que inspiran los funcionarios y el conocimiento que tienen para prestar el servicio, por cuanto son uno de los aspectos que consideran más importante en la calidad de servicio.



**CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria**

**3.9.3. ANÁLISIS SEGÚN TIPO DE PACIENTE**

Al incorporar este análisis se pretende conocer las posibles diferencias en el grado de importancia como de las percepciones de calidad del servicio entre aquellos pacientes crónicos que requieren atención especializada, de aquellos que se atienden en las unidades de atención ambulatoria ocasionalmente.

**TABLA N°25 PREPONDERANCIA DIMENSIONES DE CALIDAD POR TIPO DE PACIENTE**

Tipo de Paciente		Confiability	Responsabilidad	Seguridad	Empatía	Bienes Tangibles
Crónico	Media	<b>24,15</b>	24,10	19,52	<b>15,38</b>	16,85
	Desv. típ.	9,572	10,162	8,389	10,182	8,858
No Crónico	Media	22,46	<b>23,03</b>	18,98	<b>17,06</b>	18,46
	Desv. típ.	8,419	8,165	8,018	9,145	9,957
Total	Media	<b>23,30</b>	<b>23,57</b>	<b>19,25</b>	<b>16,22</b>	<b>17,66</b>
	Desv. típ.	<b>9,061</b>	<b>9,253</b>	<b>8,207</b>	<b>9,719</b>	<b>9,431</b>

**TABLA N° 26 RESUMEN PERCEPCIONES DIMENSIONES DE CALIDAD DE SERVICIO POR TIPO DE PACIENTE**

Tipo de Paciente	Confiability	Responsabilidad	Seguridad	Empatía	Bienes Tangibles
<b>Crónico</b>	<b>1,32</b>	1,17	1,12	<b>0,84</b>	0,92
No Crónico	<b>1,31</b>	1,14	1,11	<b>0,83</b>	0,92
Total	<b>1,32</b>	<b>1,16</b>	<b>1,11</b>	<b>0,84</b>	<b>0,92</b>

Los resultados según este criterio, evidencian que el orden de importancia otorgado por los pacientes a cada dimensión, prácticamente coincide plenamente con el orden resultante de las medias de percepciones sobre calidad de servicio. Donde los pacientes crónicos presentan levemente con un mayor grado de satisfacción, lo que podría ser entendido por la mayor frecuencia de atención, por cuanto las patologías crónicas requieren un permanente control o seguimiento.

**CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria**

**3.9.4. ANÁLISIS SEGÚN ESCOLARIDAD**

La incorporación de esta variable obedece a la necesidad de conocer cómo influye el nivel de escolaridad en la percepción de la calidad de servicio. Dada los distintos niveles de escolaridad y con el objeto de facilitar el análisis, se realiza una agrupación en tres niveles de escolaridad como a continuación se presenta:

**TABLA N° 27 PREPONDERANCIA DIMENSIONES DE CALIDAD  
SEGÚN ESCOLARIDAD**

Nivel Escolar	Escolaridad		Confiability	Responsabilidad	Seguridad	Empatía	Bienes Tangibles
Nivel 1	<b>Sin Escolaridad</b>	Media	21,75	25,75	21,5	16,75	14,25
		Desv.típ.	7,993	9,216	5,871	9,358	7,826
	<b>Básica Incompleta</b>	Media	24,03	23,58	20,22	14,41	17,77
		Desv.típ.	9,012	8,964	8,607	8,98	10,226
	<b>Básica Completa</b>	Media	22,68	24,2	18,19	17,46	17,46
Desv.típ.		9,911	9,687	8,134	10,169	10,023	
	<b>Media Nivel 1</b>		<b>17,12</b>	<b>18,38</b>	<b>14,98</b>	<b>12,16</b>	<b>12,37</b>
Nivel 2	<b>Media Incompleta</b>	Media	23,12	23,62	20,29	15,22	17,75
		Desv.típ.	7,332	8,484	7,27	8,636	8,068
	<b>Media Completa</b>	Media	23,3	24,68	18,3	16,61	17,11
		Desv.típ.	9,384	9,435	7,045	8,842	8,827
		<b>Media Nivel 2</b>		<b>15,78</b>	<b>16,55</b>	<b>13,23</b>	<b>12,33</b>
Nivel 3	<b>Técnica Incompleta</b>	Media	22,89	20	18,42	19,21	19,47
		Desv.típ.	9,474	9,129	7,647	13,256	7,975
	<b>Técnica Completa</b>	Media	26,14	22,84	17,05	15,45	18,52
		Desv.típ.	9,992	8,586	8,164	10,22	9,74
	<b>Superior Incompleta</b>	Media	22	18	18	20	22
		Desv.típ.	4,472	8,367	8,367	7,071	4,472
	<b>Superior Completa</b>	Media	19,12	20,29	22,35	19,71	18,53
		Desv.típ.	9,055	11,655	13,243	15,559	13,436
	<b>Media Nivel 3</b>		<b>22,76</b>	<b>21,57</b>	<b>19,07</b>	<b>17,7</b>	<b>18,9</b>
Total		<b>Media</b>	<b>18,55</b>	<b>18,83</b>	<b>15,76</b>	<b>14,06</b>	<b>14,74</b>
		<b>Desv.típ</b>	<b>9,079</b>	<b>9,223</b>	<b>8,08</b>	<b>9,735</b>	<b>9,43</b>

*CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria*

**TABLA N° 28 RESUMEN PERCEPCIONES DIMENSIONES DE CALIDAD DE SERVICIO SEGÚN ESCOLARIDAD**

Nivel Escolar	Escolaridad	Confiabilidad	Responsabilidad	Seguridad	Empatía	Bienes Tangibles
Nivel 1	Sin Escolaridad	1,37	1,28	1,14	0,88	0,97
	Básica Incompleta	1,36	1,15	1,14	0,85	0,93
	Básica Completa	1,34	1,23	1,15	0,86	0,94
	Media Nivel 1	<b>1,36</b>	<b>1,22</b>	<b>1,14</b>	<b>0,86</b>	<b>0,95</b>
Nivel 2	Media Incompleta	1,28	1,12	1,09	0,81	0,9
	Media Completa	1,3	1,12	1,11	0,83	0,93
	Media Nivel 2	<b>1,29</b>	<b>1,12</b>	<b>1,1</b>	<b>0,82</b>	<b>0,915</b>
Nivel 3	Técnica Incompleta	1,27	1,11	1,06	0,8	0,82
	Técnica Completa	1,26	1,12	1,07	0,81	0,88
	Superior Incompleta	1,41	1,36	1,27	1	1
	Superior Completa	1,22	1,17	1,01	0,78	0,86
	Media Nivel 3	<b>1,29</b>	<b>1,17</b>	<b>1,1</b>	<b>0,84</b>	<b>0,9</b>
Total		<b>1,32</b>	<b>1,16</b>	<b>1,11</b>	<b>0,84</b>	<b>0,92</b>

Al analizar los resultados de los tres niveles en los cuales se agruparon las distintas escolaridades de los usuarios, se observa que cada uno de ellos coincide en percibir que la Dimensión Confiabilidad es la que presenta mayor calidad de servicio.

Se destaca lo sucedido en el Nivel 1, ya que presenta todas sus percepciones de calidad por sobre la media general, se podría señalar que los usuarios con un menor nivel de escolaridad perciben mayor calidad de servicio que aquellos con mayor escolaridad.

**CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria**

**3.9.5. ANÁLISIS SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA**

En las características personales consultadas, se considera el sector de domicilio del usuario para conocer si es un elemento que influya en la percepción de calidad de servicio.

**TABLA N° 29 PREPONDERANCIA DIMENSIONES DE CALIDAD  
SEGÚN SECTOR DE DOMICILIO**

Sector		Confiabilidad	Responsabilidad	Seguridad	Empatía	Bienes Tangibles
Urbano	Media	<b>23,58</b>	23,31	19,31	<b>15,97</b>	17,84
	Desv. típ.	9,035	8,938	8,119	9,495	9,448
Rural	Media	22,76	<b>24,48</b>	19,22	<b>16,64</b>	16,90
	Desv. típ.	9,192	10,073	8,460	10,421	9,410
Total	<b>Media</b>	<b>23,37</b>	<b>23,60</b>	<b>19,29</b>	<b>16,13</b>	<b>17,60</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>9,071</b>	<b>9,235</b>	<b>8,196</b>	<b>9,725</b>	<b>9,438</b>

**TABLA N° 30  
RESUMEN PERCEPCIONES DIMENSIONES DE CALIDAD DE SERVICIO  
SEGÚN SECTOR DE DOMICILIO**

Sector	Confiabilidad	Responsabilidad	Seguridad	Empatía	Bienes Tangibles
Urbano	<b>1,29</b>	1,13	1,10	<b>0,82</b>	0,91
Rural	<b>1,38</b>	1,24	1,16	<b>0,88</b>	0,95
Total	<b>1,32</b>	<b>1,16</b>	<b>1,11</b>	<b>0,84</b>	<b>0,92</b>

Al revisar los resultados, no se observan diferencias relevantes, sin embargo se puede apreciar que las percepciones coinciden con los resultados generales en usuarios de ambos sectores, ya que en la Dimensión Confiabilidad radica la mayor percepción de calidad de servicio. Por otro lado, se podría decir que el sector rural percibe mayor satisfacción que el sector urbano en todas las dimensiones.

*CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria*

---

**3.9.6. ANÁLISIS SEGÚN PREVISIÓN**

De acuerdo a los resultados obtenidos, no se realizan mayores análisis de esta característica ya que se evidenció que los usuarios se concentran en un 97% como afiliados a Fonasa.

**CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria**

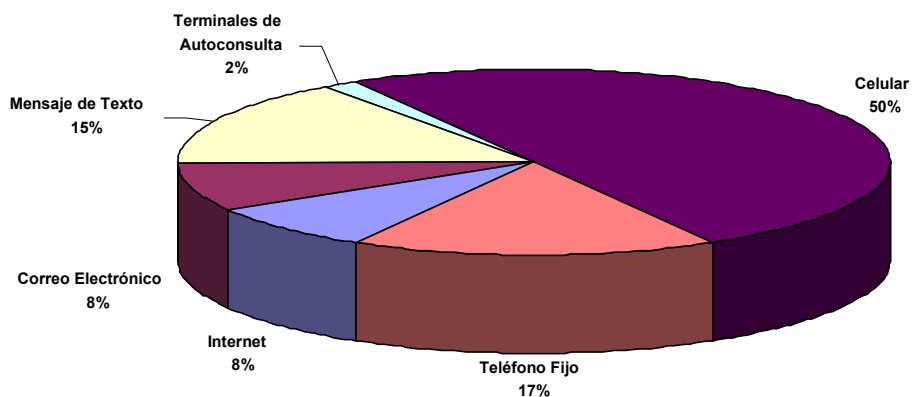
**3.10. RESULTADOS SOBRE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC's).**

De acuerdo a la importancia de las TIC's en la entrega de un servicio, en esta investigación se ha incorporado este aspecto, a fin de conocer y profundizar en la realidad local de la atención ambulatoria del HCHM, específicamente en aquellas unidades en contacto directo con los usuarios, entendiendo que su uso permite una personalización en el servicio, contribuyendo así a la satisfacción usuaria.

Es así, que se incluyen dos preguntas en la encuesta aplicada a los usuarios, una orientada a saber cuál es la tecnología que utiliza y la otra que permitirá conocer sus preferencias sobre las TIC en la entrega de un servicio de salud.

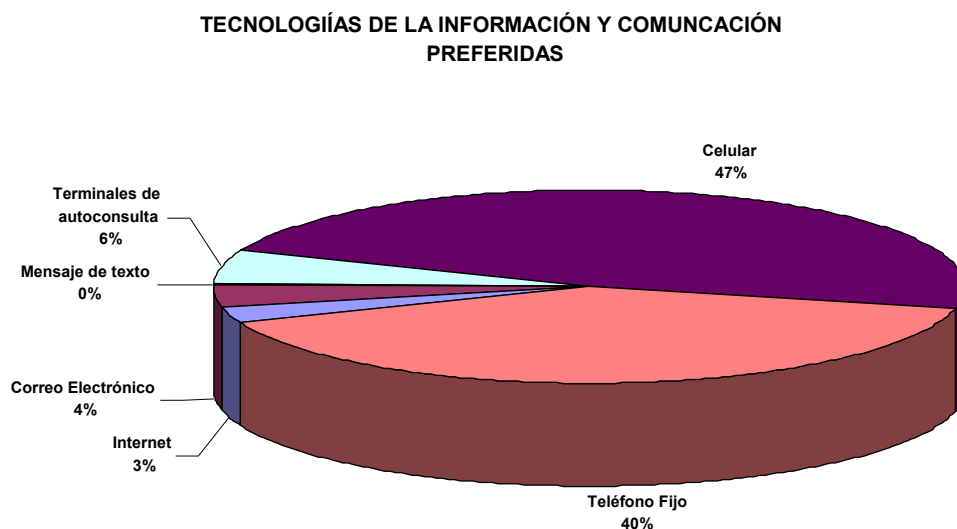
**GRÁFICO N° 12**

**TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN UTILIZADAS**



**CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria**

**GRÁFICO N° 13**



Los resultados obtenidos, se analizan en base a las TIC's que utilizan y prefieren los usuarios, donde se evidencia que éstos en su mayoría utilizan celular y teléfono fijo, representando entre ambos un 67% del total de respuestas, porcentaje que aumenta a un 87% al ser consultados por sus preferencias. Del resto de las TIC's, llama la atención lo sucedido en los Terminales de Autoconsulta, si bien es irrelevante el porcentaje, aumenta más del doble al ser consultados los usuarios por sus preferencias, también se destaca lo que sucede con los Mensajes de Texto, que si bien son utilizados (15%) no son preferidos (0%).

En términos generales, los usuarios demostrarían su preferencia hacia aquellas tecnologías que permitan un contacto más directo con un interlocutor, lo que podría ser coherente con la naturaleza de la organización investigada, ya que en la prestación de servicios el componente esencial es la relación con el cliente – usuario. Sin embargo, destaca el comportamiento de la tecnología de autoconsulta, ya que es la única que no tiene un interlocutor y sus preferencias aumentaron, aunque representada en un bajo porcentaje.

**CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria**

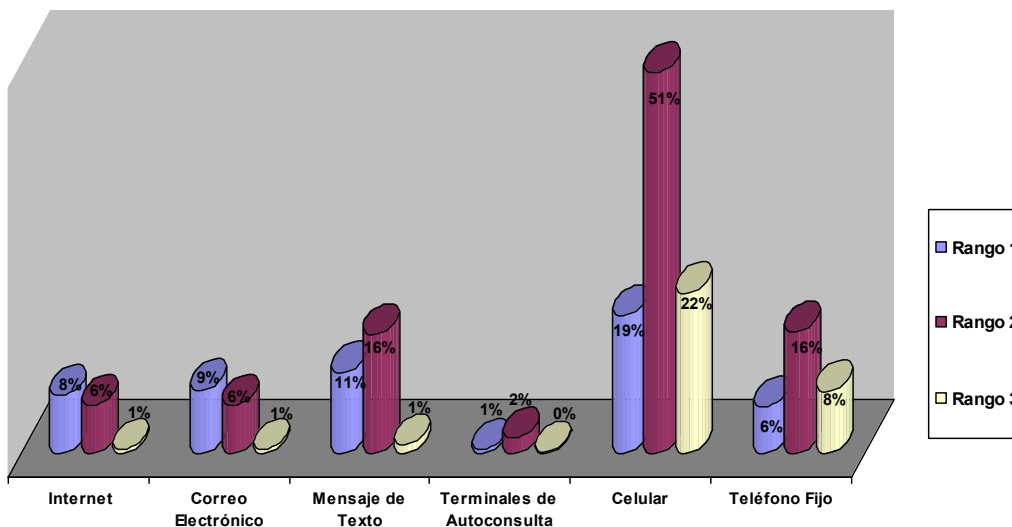
**3.10.1 RESULTADOS DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN / CARACTERÍSTICAS PERSONALES.**

En este punto, se incorpora al análisis algunas características personales de los usuarios, que se consideran relevante en los resultados sobre tecnologías de la información y comunicación como: edad, escolaridad y sector de domicilio (urbano – rural).

Para realizar un análisis incluyendo la edad, se utiliza el criterio anteriormente utilizado para evaluar esta características, que consiste en agrupar la edad en tres rangos: Rango 1 (edades desde 16 a 30 años); Rango 2 (edades desde 31 a 50 años) y Rango 3 (edades desde 51 y más años).

**GRÁFICO N° 14**

TIC UTILIZADAS SEGÚN RANGO DE EDAD

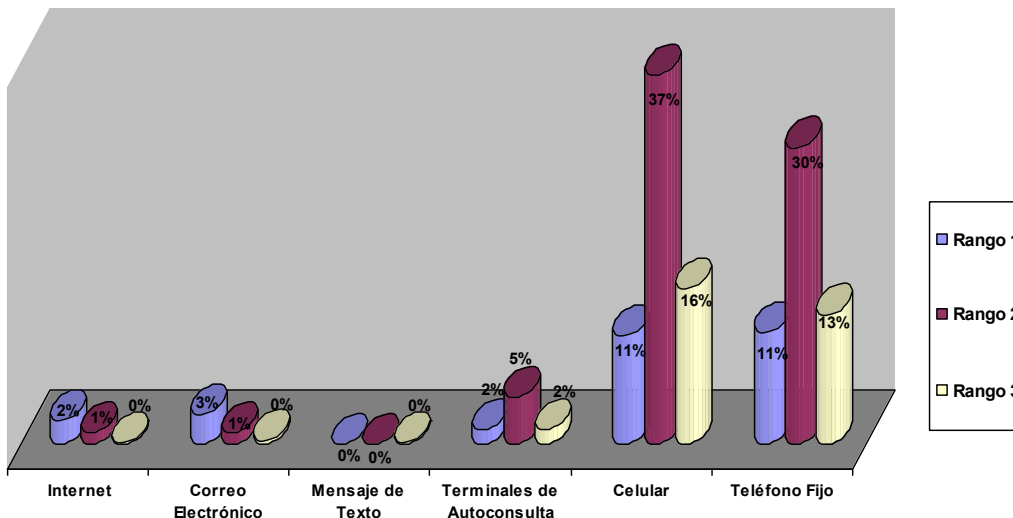




**CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria**

**GRÁFICO N° 15**

TIC PREFERIDAS SEGÚN RANGO DE EDAD



Al incorporar la variable de edad, se observa que no existe un resultado muy distinto a lo que sucede en forma general. Se puede decir que los usuarios ubicados en el rango 2 (edades entre 31 y 50 años) son los que inciden en la utilización y preferencia del celular y teléfono fijo.

Por otro lado, llama la atención que los usuarios menores a 30 años de edad (Rango1), si bien utilizan en un bajo porcentaje el Internet (8%) y el correo electrónico (9%), al momento de preferirlos resulta ser en un menor porcentaje aún (Internet, 2% y correo electrónico, 3%).

Otro aspecto destacable es que ninguno de los rangos de edades el mensaje de texto es preferido, a pesar de ser utilizado, ya que tiende ser usado con otros fines más personales.

CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria

GRÁFICO N° 16

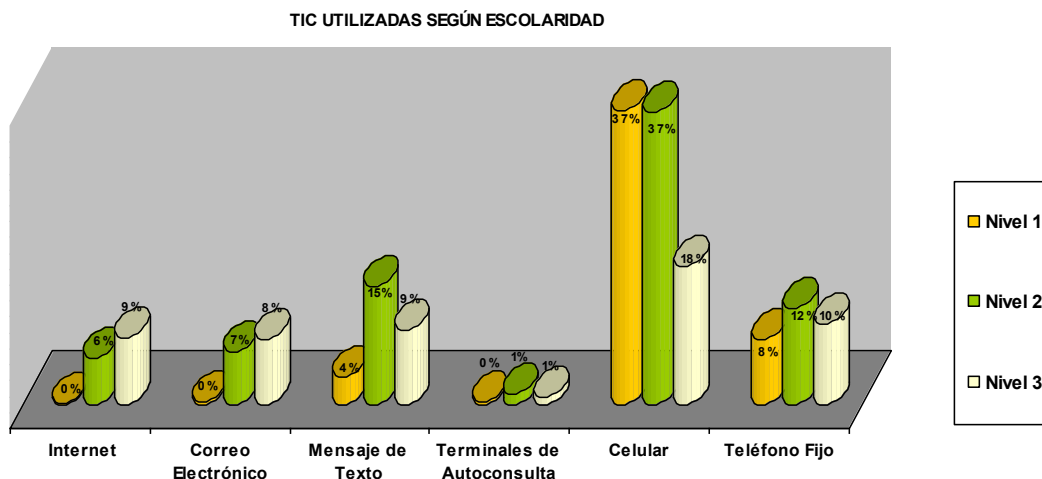
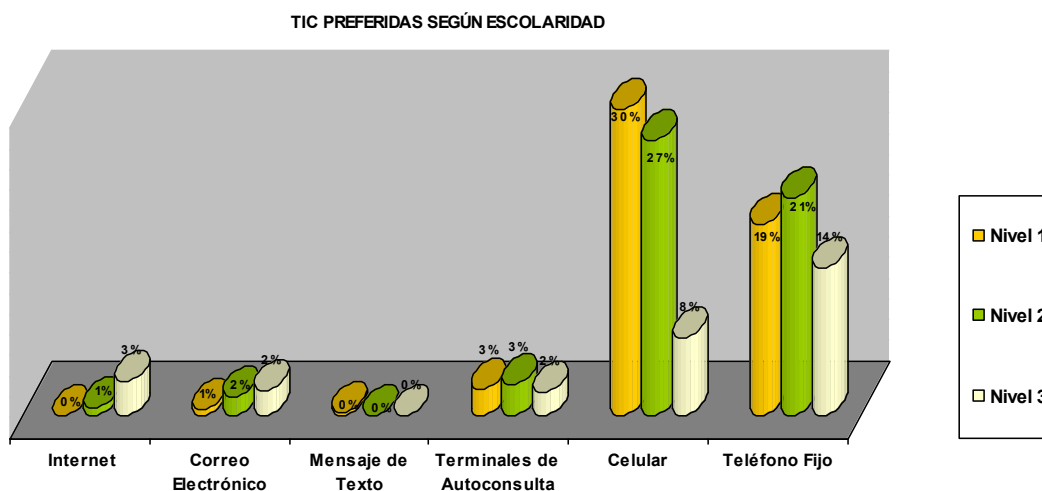


GRÁFICO N° 17



Se destaca que los usuarios con menor escolaridad no utilizan Internet ni correo electrónico.

El celular y teléfono son las dos mayores preferencias en todos los niveles de escolaridad.

En los tres niveles el teléfono fijo aumento en sus preferencias.

Se refleja preferencias por aquellas con un contacto personal directo.

CAPITULO III: Medición de la satisfacción usuaria

GRÁFICO N° 18

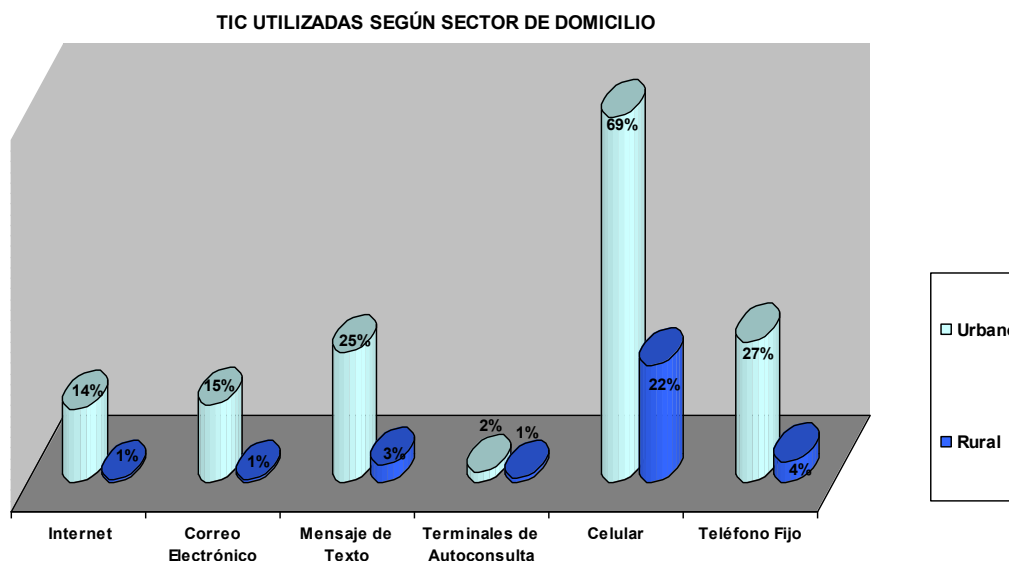
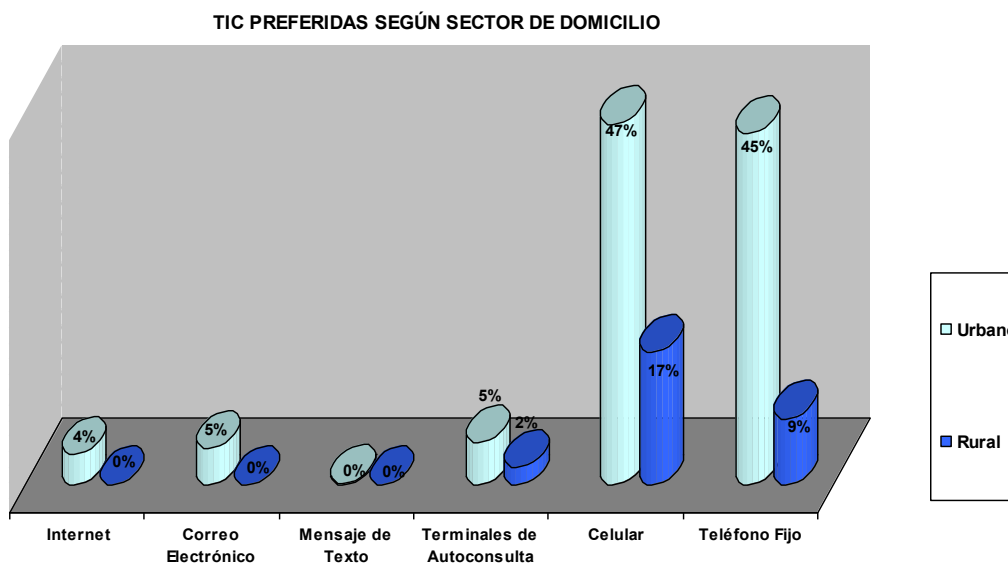


GRÁFICO N° 19



En estos resultados, se aprecia claramente que los usuarios del sector rural, utilizan menos tecnologías de la información y comunicación, lo que se ve disminuido aún más a la hora de preferirlas. Sin embargo, sus mayores preferencias se encuentran mayoritariamente en el Celular y Teléfono Fijo, coincidentemente con lo que sucede en los resultados generales.

# CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

En este estudio se examinan diversas publicaciones, investigaciones teóricas y empíricas sobre temáticas relacionadas a la medición de calidad de servicio, permitiendo respaldar con una base científica esta investigación. Se adquiere mayor conocimiento en aspectos como: clientes, necesidades, expectativas, percepciones, calidad de servicio, modelos de medición de calidad de servicios, satisfacción usuaria, marketing de servicios, marketing en salud, tecnologías de la información y comunicación asociada a los servicios, además de aspectos estadísticos. Con lo cual se logra el Objetivo Específico N°1 de elaborar un marco teórico sustentable para la investigación.

Se presenta a continuación las conclusiones obtenidas de la investigación, respecto al grado de importancia asignado por los usuarios a las Dimensiones de Calidad de Servicio, ordenadas de mayor a menor importancia. Con esto se cumple con el Objetivo Específico N°2:

➤ A nivel general:

1. Lo más importante para los usuarios es que el servicio de salud sea brindado con prontitud y cuente con funcionarios dispuestos a atenderles y ofrecer ayuda, aspectos involucrados en la Dimensión Responsabilidad (23,68 puntos).
2. Los usuarios consideran relevante en calidad de servicio, el cumplimiento de lo prometido en forma oportuna y correcta a la primera vez, asimismo que exista interés por resolver sus problemas, lo que comprende la Dimensión Confiabilidad (23,39 puntos).
3. Valoran que los funcionarios inspiren confianza por el conocimiento técnico que poseen y les otorguen un trato con cortesía, Dimensión Seguridad con 19,31 puntos.

4. La presentación de los funcionarios, los horarios de atención, tecnología moderna, instalaciones física atractivas, aspectos que contempla la Dimensión Bienes Tangibles le otorgan 17,52 puntos.
5. Para los usuarios no es prioritario aspectos tales como la atención individual, personalizada y que los funcionarios entiendan sus necesidades específicas, Dimensión Empatía con 16,10 puntos.

➤ Desde el análisis de las unidades, respecto a la media de cada una de las dimensiones, los puntajes extremos que destacan muy superior o menor a la media general, son los siguientes:

***Unidad de Diálisis:***

- Lo más importante es la Dimensión Confiabilidad, muy superior a la media general con 26,49 puntos.
- Muy bajo la media general con 13,51 puntos, la Dimensión Empatía.
- En esta unidad se encuentran los dos puntajes extremos a la media general.

***Unidad de Farmacia:***

- Lo más importante, muy superior a la media general, la Dimensión Responsabilidad con 25,22 puntos.

***Unidad de Odontología:***

- Lo más importante, muy superior a la media general, Dimensión Bienes Tangibles con 22,35 puntos.
- Muy bajo a la media general, Dimensión Seguridad con 17,88 puntos.

**Unidad de Imagenología:**

- Lo más importante, *muy superior a la media general*, Dimensión Empatía con 18,31 puntos.

**Consultas CAE:**

- *Muy por debajo a la media general en la* Dimensión Bienes Tangibles, con un puntaje otorgado por sus usuarios de 14,82.
- Respecto a la edad de los usuarios encuestados, se concluye que:
- Lo más importante para usuarios mayores a 31 años de edad es que la atención de los funcionarios con prontitud y disposición de ayudarles (Dimensión Responsabilidad).
  - Para los usuarios menores a 31 años de edad, lo más importante es el cumplimiento, la oportunidad en la prestación del servicio y el interés de resolver un problema Dimensión Confiabilidad.

Aplicados los instrumentos de medición de calidad, de acuerdo a la metodología de trabajo, las conclusiones obtenidas de la investigación, respecto a las percepciones de los usuarios sobre calidad de servicio, que permiten medir la satisfacción de ellos, se presentan a continuación, con lo cual se cumple el Objetivo Específico N° 3 y 4.

- Desde una evaluación general, se concluye:

- El mayor grado de satisfacción de los usuarios se encuentra en los aspectos que involucra la “habilidad de desarrollar el servicio prometido precisamente como se pactó y con exactitud”, Dimensión Confiabilidad, con una media relativa de 1,32.
  - El menor grado de satisfacción de los usuarios se relaciona a “la capacidad de brindar cuidado y atención personalizada a sus clientes”, Dimensión Empatía con una media relativa de 0,84. Perciben que el servicio se realiza en base a lo prometido, pero no en forma personalizada.
  - Existe satisfacción en los usuarios en los aspectos que ellos consideran importante.
- Desde un análisis de las percepciones de los usuarios de cada unidad, se concluye:
- La tendencia del mayor y menor grado de satisfacción de los usuarios en cada una de las unidades, concuerda con el análisis en forma general, es decir la mayor satisfacción de ellos se encuentra en los aspectos de la Dimensión Confiabilidad y el menor grado de satisfacción en la Dimensión Empatía.
  - Comparativamente, la unidad que presenta menor grado de satisfacción de sus usuarios es Unidad de Farmacia.
  - En este mismo sentido, Unidad de Diálisis presenta los mayores grados de satisfacción de sus usuarios, respecto a las demás unidades.
- La edad no tiene mayor incidencia en la satisfacción, respecto al análisis general, pero a partir de los 31 años de edad los usuarios coinciden que lo más satisfactorio se relaciona a que los funcionarios brinden un servicio con prontitud y dispuestos a ayudarles, Dimensión Responsabilidad.



- Comparativamente, el sexo femenino presenta en todas las dimensiones un menor grado de satisfacción.
- No existe una diferencia significativa en los usuarios de distintos sexos, por cuanto presenta la misma tendencia o lo observado en términos generales.
- Los pacientes no crónicos presentan levemente un menor grado de satisfacción, relacionado a la frecuencia de atención.
- Los usuarios con mayor escolaridad perciben menor calidad de servicio que aquellos con un menor nivel de estudios.
- Los usuarios del sector urbano perciben menor grado de satisfacción que aquellos provenientes del sector rural.

Los aspectos que los usuarios perciben con menor grado de satisfacción son los siguientes, relacionado con lo observado en cada unidad en forma individual:

- ***El proporcionar los servicios en la oportunidad en que se promete hacerlo***, Afirmación 4 con una media relativa de 1,31, Dimensión Confiabilidad.
- ***Sobre mantener informados a los usuarios sobre el momento en que se van a desempeñar los servicios***, Afirmación 5 con una media relativa de 1,31, Dimensión Confiabilidad.
- ***Los funcionarios nunca están demasiado ocupados como para no atender a un usuario***, Afirmación N°3 con una media de 1,04, Dimensión Responsabilidad.
- ***Se siente seguro al ser atendido en esta Unidad***, Afirmación N°2 con una media de 1,08. Dimensión Seguridad.

- **Se preocupan de cuidar los intereses de sus usuarios**, Afirmación N°3 con una media de 0,80. Dimensión Empatía.
- **Utiliza Tecnologías de Información y Comunicación modernas para relacionarse con sus usuarios**, Afirmación N°5 con una media de 0,66. Dimensión Bienes Tangibles.

Consultados los usuarios sobre las **Tecnologías de información y comunicación** que utilizan y prefieren, se concluye lo siguiente:

- La mayoría de los usuarios prefieren el celular y teléfono fijo, con un 87%.
- Los Terminales de Autoconsulta, aún con resultados irrelevantes, aumentan más del doble de lo utilizado a lo preferido, de un 2% a un 6%.
- Los mensajes de texto, si bien son utilizados (15%) pero al momento de optar no los prefieren (0%).
- Los usuarios con menor escolaridad utilizan menos tecnología de la información y comunicación.
- Los usuarios del sector rural, utilizan menos tecnologías de la información y comunicación, lo que disminuye aún más a la hora de preferirlas.

# RECOMENDACIONES

## RECOMENDACIONES

Si bien uno de los aspectos relevantes de esta investigación es la identificación de aquellos factores que inciden en la satisfacción de los usuarios, resulta muy interesante resaltar algunas sugerencias, recomendaciones y/o medidas que contribuyan a la mejora de aquellos aspectos considerados menos satisfactorios, con lo cual se responde al Objetivo Específico N°5.

El menor grado de satisfacción de los usuarios se relaciona a la *Dimensión Empatía*, “la capacidad de brindar cuidado y atención personalizada a sus clientes”, donde la Afirmación N°3 de que si “se preocupan de cuidar los intereses de sus usuarios” es el factor más débil.

- Mejorar este aspecto involucra orientar los esfuerzos principalmente a los funcionarios de las unidades de la atención ambulatoria del HCHM, ya que serán ellos quienes deben seguir desarrollando habilidades y competencias necesarias para otorgar una atención que considere la individualidad de los usuarios que necesitan atención, que según los resultados de la investigación, son usuarios mayoritariamente del sexo femenino (68,9%); más del 80% son mayores a 31 años de edad (concentrado el 53% entre 31 y 50 años de edad); del área urbana (75%); un 44% con bajo nivel de estudio (hasta Básica completa); prácticamente en su totalidad de Fonasa (97%) y paciente crónico (51,5%).
- Se sugiere contemplar planes de capacitación que contribuya al desarrollo de competencias transversales en los funcionarios.
- Como la atención individual y personalizada que contribuya a la satisfacción usuaria, no sólo involucra a los funcionarios ya que sin duda éstos requieren de toda una red de apoyo para que al momento de brindar la atención cuenten con todo lo necesario, se sugiere la implementación de tecnologías de la información y comunicación, tanto intraestablecimiento como extraestablecimiento, es decir,

involucre la red asistencial de manera de contar con sistemas eficientes en el manejo de información en línea que permita conocer tantos antecedentes personales de los usuarios como historial médico, resultados de exámenes, controles médicos u otros requerimientos necesarios para un diagnóstico rápido y oportuno.

Es decir las TIC's apoyen la labor de los funcionarios para otorgar un servicio rápido y oportuno de forma tal que contribuya a la calidad del servicio prestado y que otorgue un mayor grado de satisfacción a los usuarios.

Las percepciones de calidad de los usuarios de Unidad de Farmacia, se encuentran todas bajo la media en cada dimensión de calidad, afirmando con ello que, comparativamente, es la que presenta menor grado de satisfacción de sus usuarios.

- Se recomienda orientar los esfuerzos hacia sistemas que contribuyan a otorgar mayor agilidad al proceso, mediante la generación de la prescripción médica (receta) desde el box de consulta hacia la Unidad de Farmacia contribuyendo a disminuir los tiempos de espera.
- Capacitación a los funcionarios de la unidad en atención al usuario.
- Mejorar la contrarreferencia de los pacientes crónicos (derivación a centros de atención primaria), en la actualidad un 51% de los usuarios tiene esta condición, donde una fuerte carga de atención de ellos la recibe esta unidad. Estos pacientes, una vez estabilizada su enfermedad en la atención ambulatoria del HCHM, debieran retornar al establecimiento que pertenece para que le sigan otorgando su atención periódica y la entrega de sus medicamentos.
- Generar sistemas de información que contribuya al control de la contrarreferencia.

Potenciar aquellos factores débiles o menos satisfactorios, implica esfuerzos mancomunados a nivel de toda la organización, por lo cual se describen algunas sugerencias y/o recomendaciones aplicables a todas las unidades de atención ambulatoria:

- Fomentar el uso de las vías telefónicas, para relacionarse y/o establecer vínculos más estrechos con los usuarios.
- Si se quiere dirigir la organización hacia un uso más masivo de las TIC's, se requiere de una mayor difusión, capacitación funcionaria y usuaria.
- Campaña comunicacional hacia la comunidad.
- Programación y gestión de agenda médica, que considere aspectos propios de los usuarios, como la dificultad para llegar a las primeras horas de la mañana de los provenientes del sector rural.
- Sistema de control de asistencia a profesionales.
- Establecer políticas de incentivos.
- Incluir calidad de la atención y satisfacción usuaria en compromisos de gestión.
- Implementar una evaluación del usuario post atención, de manera que exista una constante retroalimentación sobre el servicio prestado.
- Establecer mediciones periódicas en calidad de servicios.
- Los espacios físicos, infraestructura inapropiada, los problemas de ventilación, entre otros, serán abordados con la construcción del nuevo centro ambulatorio, mediante el PRONCAE.

Todo esfuerzo es importante ya que la calidad es un elemento estratégico que fundamenta la transformación y mejora de los servicios de salud modernos.

# **BIBLIOGRAFÍA**

## BIBLIOGRAFÍA

### Libros y otros

**Avendaño, R. 2008.** “Cuenta Pública Hospital Clínico Herminda Martín”, Chile.

**Bustamante, J. y Ordenes, F. 2003.** Tesina “Análisis de la percepción sobre la satisfacción de los usuarios en el Hospital Regional de Valdivia”. Universidad Austral de Chile. Chile.

**Cobra, M. y Zwarg, F. 1987.** “Marketing de Servicios”, Ed. Mc Graw-Hill.

**Corella, J.M. 1998.** Introducción a la Gestión de Marketing en los servicios de Salud. Monografía N° 1. Salud Pública y Administración Sanitaria. Anales. Gobierno de Navarra. España.

**Fernández, P. y Bajac, H. 2004.** La Gestión del Marketing de Servicios”, Ed. Granica de Chile S. A.

**Franco, R. 2008.** Diagnóstico Modelo de Gestión y Atención – PRONCAE. Chile.

**Fuenzalida, M. y Manzur, C. 2003.** “Medición de la satisfacción de los usuarios/pacientes de los servicios hospitalarios públicos. Tesis para optar al Título de Ingeniero Comercial. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Universidad Austral de Chile.

**García M., Ráez L., Castro M., Vivar, L. y Oyola L., 2003.** “Sistema de Indicadores de Calidad”. Notas Científicas. Instituto de Investigación. Facultad de Ingeniería Industrial, UNMSM. Perú.

**Grande, I. y Abascal, E. 2006.** Fundamentos y Técnicas de Investigación Comercial. 2006. ESIC Editorial. España. 426 páginas. 8° Edición.



**Jara, L., Martínez, M. y Muñoz, R.** 2007. Seminario Taller de Negocios para Optar al Título de Ingeniero de Ejecución en Administración de Empresas “Medición de Calidad de Servicio y Satisfacción Usuaría en CGE Distribución Chillán”. Facultad de Ciencias Empresariales. Universidad del Bío Bío. Chillán. Chile.

**Kotler, Ph. y Keller, K. L.** 2006. Dirección de Marketing. Pearson Educación. 816 pp. México.

**Lamata, F., Conde, J., Martínez, B. y Horno, M. (Editores).** 1994. Marketing Sanitario. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid. España.

**Lambin, J.J.** 1995. Marketing Estratégico. Mc. Graw Hill / Interamericana de España S.A. Madrid. España.

**Lovelock, C y Wirtz, J.,** 2009. “Marketing de Servicios, personal tecnologías y estrategia”, Sexta Edición, Ed. Pearson Educación de México S. A.

**Martínez, F y Franco, R.,** 2008. Modelo de Gestión y Atención – PRONCAE. Chile

**Montero, N., Parada, J. y Zúñiga, S.** 2007. Seminario para optar al Título de Técnico Universitario en Administración de Empresas “Diagnóstico sobre atención al usuario en el Centro de Salud Violeta Parra. Facultad de Ciencias Empresariales. Universidad del Bío Bío. Chillán. Chile.

**Moya, M.G.** 2004. Seminario de Título “Modelo de servicio de atención al cliente con apoyo tecnológico”. Universidad de Chile. Chile.

**Osborne, D. y Gaebler, T.** 1994. La Reinención del Gobierno: La influencia del espíritu empresarial en el sector público. Barcelona: Paidós. España.

**Toranzos, Fausto.** 1962. Estadística. Editorial Kapelusz S.A. Argentina.

**Zeithaml, V. y Bitner, M.J.** 2002. Marketing de Servicios. Mc. Graw Hill / Interamericana Editores S.A. México.

### **Direcciones de Internet**

**American Marketing Association,** 2008. Disponible en <http://www.marketingpower.com/Pages/default.aspx>. Consultado el 29 de noviembre del 2008.

**Barrera, R. y Reyes, M.** 2003. Análisis Comparado de las Escalas de Medición de la Calidad de Servicio. Actas de las XIII Jornadas Hispano-Lusas. La Empresa Familiar en un Mundo Globalizado. Lugo. Universidad de Santiago de Compostela. Pag. 285-294. Disponible en [http://www4.usc.es/Lugo-XIII-Hispano-Lusas/pdf/06\\_COMERCIALIZACION/28\\_barrera\\_reyes.pdf](http://www4.usc.es/Lugo-XIII-Hispano-Lusas/pdf/06_COMERCIALIZACION/28_barrera_reyes.pdf). Consultado el 23 de febrero de 2009.

**Berné, C., García, E. y Riveros, J.** 2003. La orientación al usuario de la gestión como antecedente de la satisfacción. Una aplicación a Servicios Públicos de Salud. Universidad de Zaragoza. España. Disponible en [http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/2007\\_cp/Materiali/Paper/Fr/Berne\\_Garcia\\_Riveros.pdf](http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/2007_cp/Materiali/Paper/Fr/Berne_Garcia_Riveros.pdf). Consultado el 01 de Noviembre del 2008.

**Berry, L., Bennet, D. y Brown, C.** 1989. Calidad de servicios, una ventaja estratégica para instituciones financieras, Díaz de Santos, Madrid. Disponible en [http://aprender.fca.unam.mx/~lvaldes/cal\\_pdf/cal11.pdf](http://aprender.fca.unam.mx/~lvaldes/cal_pdf/cal11.pdf). Consultado el 02 de Noviembre del 2008.

**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 1 de noviembre del 2008.

**Colmenares, O. y Saavedra, J.** 2007. Aproximación teórica de los modelos conceptuales de la calidad del servicio. Revista Técnica Administrativa V. 6 N° 4. diciembre 2007. Argentina. Disponible en: <http://www.cyta.com.ar/ta0604/v6n4a2.htm>. Consultado el 01 de marzo de 2009.

**Cronin, J. y Taylor, S.** 1992. Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. Journal of Marketing, Pag. 55-68. Disponible en <http://www.jstor.org/pss/1252296>. Consultado el 23 de febrero de 2009.

**Gabriel, A.** 2003. Medición de la Calidad de los Servicios. Maestría en Dirección de Empresas. Universidad del Cema. Disponible en [http://www.cema.edu.ar/postgrado/download/tesinas2003/MADE\\_Weil.pdf](http://www.cema.edu.ar/postgrado/download/tesinas2003/MADE_Weil.pdf). Consultado el 25 de noviembre del 2008.

**Grönroos, Ch.** 1994. El imperativo del sector servicios: la nueva competencia que plantea la economía de servicios. En: Marketing y gestión de servicios. Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1994: 1-24. Disponible en <http://books.google.cl/books?id=rKAGC6DkiVAC&printsec=frontcover&dq=Gr%C3%B6nroos#PP1,M1>. Consultado el 20 de noviembre del 2008.

**Homedes, N. y Ugalde, A.,** 2002. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112002000100008&lng=es&nrm=iso. ISSN 0213-9111](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100008&lng=es&nrm=iso. ISSN 0213-9111). Consultado el 26 de Noviembre de 2008.

**Jimenez, R.** 2004. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. Revista Cubana de Salud Pública. Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=401155&indexSearch=ID>. Consultado el 20 de Noviembre de 2008.

**Losada, M. y Rodríguez, A.** 2007. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del Marketing. Cuad. Adm., jul./dic. 2007, vol.20, no.34, p.237-258. ISSN 0120-3592. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/cadm/v20n34/v20n34a11.pdf>.

Consultado el 28 de octubre del 2008.

**March, J. y Prieto, M.A.** 2001. La calidad y la salud pública: un reto hacia una salud pública basada en la evidencia. Revista Calidad Asistencial 2001; 16:57-60. Disponible en <http://www.secalidad.org/revista/editoriales/opinion-178-00.pdf>. Consultado el 2 de noviembre del 2008.

**Ministerio de Salud de Chile.** 2008. Manuales generales de acreditación para atención abierta y cerrada de prestadores de Salud. Disponible en <http://www.minsal.cl>. Consultado 16 de noviembre del 2008.

**Ministerio de Salud,** 2007. Sector Salud muestra sus avances en Agenda Digital, disponible en <http://www.redsalud.gov.cl/noticias/feriatecnologica.html>. Consultado el 09 de noviembre de 2008.

**Ministerio de Salud,** 2007. Iniciativas de tecnologías de la información en marcha dentro del Sector Salud, disponible en <http://www.redsalud.gov.cl/noticias/feriatecnologica2.html>. Consultado el 09 de noviembre de 2008

**Mira, J., Buil, J., Lorenzo, S., Vitaller, J. y Aranaz, J.** 2000. Marketing sanitario y calidad asistencial: reflexiones para el diseño de los servicios quirúrgicos. Disponible en [http://74.125.47.132/search?q=cache:2cEj4iWKREEJ:www.aecirujanos.es/revisiones\\_cirugia/articulo\\_especial\\_febrero2000.doc+&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=cl&lr=lang\\_es](http://74.125.47.132/search?q=cache:2cEj4iWKREEJ:www.aecirujanos.es/revisiones_cirugia/articulo_especial_febrero2000.doc+&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=cl&lr=lang_es). Consultado el 15 de Noviembre del 2008.

**Priego, H.** 2001. Mitos Y Realidades En La Mercadotecnia De Servicios De Salud. Journal Salud En Tabasco. V. 7 N° 2. Pag. 408-413. México. Disponible en

<http://www.doaj.org/doaj?func=openurl&genre=journal&issn=14052091&volume=7&issue=2&date=2001>. Consultado el 1 de marzo de 2009.

**Real Academia Española de la Lengua.** 2008. Definición de los conceptos Servicio, Necesidad, Calidad, y Expectativa, Disponible en: <http://www.rae.es>. Consultado en Noviembre del 2008.

**Rivera, J. y Mencía de Garcillán, R.,** 2008. Dirección de Marketing, disponible en "<http://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=NTR1DkBBIW8C&oi=fnd&pg=PA17&dq=3.1.2.+Influencia+de+Internet+sobre+el+marketing+relacional+y+CRM+Internet,+sin+lugar&ots=ihZa4nLnyD&sig=d6kEGLiLaPLVshG5d12jGPEnPoa#PPA7,M1>". Consultado el 07 de Noviembre de 2008.

**Riveros, J. y Berné, C.** 2005. Estudio de la satisfacción en Servicios Públicos de Salud. Caso de un hospital del Sur de Chile. Disponible en <http://www.epum2004.ua.es/aceptados/248.pdf>. Consultado el 02 de Noviembre del 2008.

**Riveros, J. y Berné, C.** 2006. La aplicación del marketing en hospitales públicos desde la perspectiva de los funcionarios: El caso de un hospital del sur de Chile. Rev. méd. Chile, mar. 2006, vol.134, no.3, p.353-360. ISSN 0034-9887. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v134n3/art14.pdf>. Consultado el 02 de Noviembre del 2008.

**Riveros, J. y Berné, C.** 2007. Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. Rev. méd. Chile, jul. 2007, vol.135, no.7, p.862-870. ISSN 0034-9887. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n7/art06.pdf>. Consultado el 02 de Noviembre del 2008.

**Romero, G. y Romero J.** 2006. Satisfacción de clientes externos de las empresas aseguradoras en el municipio Maracaibo. Revista de Ciencias Sociales V.12 N° 3 Pag. 581-591. sep. 2006. Disponible en [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1315-95182006000300011&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1315-95182006000300011&script=sci_arttext&tlng=pt). Consultado el 28 de febrero de 2009.

**Ruelas-Barajas, E.** 1993. Calidad, Productividad y Costos. Salud Pública de México. Disponible en <http://bvs.insp.mx/articulos/2/3/01042002.htm>. Conectado el 10 de noviembre del 2008.

**Secretaría Ejecutiva de la Estrategia Digital del Gobierno de Chile**, 2008. Documento Estrategia Digital 2007-2012. Disponible en <http://www.agendadigital.cl/node/121>. Consultado el 05 de noviembre de 2008.

**Subsecretaría de Telecomunicaciones | Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones - Gobierno de Chile**. 2008. Internet es el Servicio que más se Expandió en los Hogares Chilenos. Disponible en [http://www.subtel.cl/prontus\\_subtel/site/artic/20080115/pags/20080115092941.html](http://www.subtel.cl/prontus_subtel/site/artic/20080115/pags/20080115092941.html). Consultado el 30 de Octubre de 2008.

**Tomassini, L.**, 1994. "La Reforma del estado y las Políticas Públicas". Centro de Análisis de Políticas Públicas. Universidad de Chile. Disponible en <http://www.inap.uchile.cl/politicaspUBLICAS/publicaciones/Lareformadelestado.pdf>. Consultado el 29 de octubre de 2008.

**Valledor, M. y Carreira, JMF.** 2000. Metodología de muestreo en estadística. Hospital San Agustín. Disponible en <http://www.hsa.es/web2/wp/?p=3>. Consultado el 24 febrero de 2009.

**Wikipedia**. 2008. Definición Necesidad. Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Necesidad>. Consultado el 30 Noviembre del 2008.

**Wikipedia**. 2008. Definición Servicio. Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Servicio>. Consultado el 25 de Noviembre del 2008

**Wikipedia**. 2008. Definición Necesidad. Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Expectativa>. Consultado el 28 de Noviembre del 2008.

**Zeithaml, V. Parasuraman, A. y Berry, L.** 1992. Calidad total en la gestión de servicios: Cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. Publicado por Ediciones Díaz de Santos. ISBN 8479780614, 9788479780616. 256 páginas. Disponible en <http://books.google.cl/books?id=apHbsjHxroEC&pg=PT1&lpg=PP1#PPA228,M2>. Consultado el 15 de noviembre del 2008.

## **GLOSARIO**

<b>ACCES POINT</b>	Un punto de acceso inalámbrico
<b>AGENDA DIGITAL</b>	Acciones y compromisos a desarrollar en cuanto a Tecnologías de Información y Comunicación entre los años 2006 y 2012
<b>ATENCIÓN ABIERTA</b>	Los enfermos que acuden a los centros de salud y solicitan atención o consulta externa.
<b>ATENCIÓN AMBULATORIA</b>	Prestación que es otorgada por los centros de salud, sin que el paciente quede hospitalizado.
<b>ATENCIÓN CERRADA</b>	Los enfermos que acuden a los centros de salud y solicitan atención en hospitalización y emergencia
<b>ATENCIÓN PRIMARIA</b>	Prestación de Salud con la menor complejidad, otorgada por centros de salud sin especialidad médica.
<b>ATENCIÓN SANITARIA</b>	La atención sanitaria es un derecho humano y el estado debe procurar atención de salud a todos sus miembros.
<b>AUTOGESTIÓN</b>	Autonomía y Autodeterminación
<b>AUTOMATIZACIÓN</b>	La automatización es un sistema donde se transfieren tareas de producción, realizadas habitualmente por operadores humanos a un conjunto de elementos tecnológicos.
<b>CENTRO DE RESPONSABILIDAD</b>	Es una unidad de gestión que cuenta con recursos y que es capaz de generar productos o servicios. Está dirigida por un responsable al que se le entrega un determinado nivel de atribuciones y apoyo para que optimice el uso de sus recursos, tomando decisiones a su nivel que conlleven al cumplimiento de objetivos y/o metas establecidas.
<b>CHILECLIC</b>	Portal de Internet que integra los Servicios del Estado, ofreciendo una alternativa de fácil acceso y disponible desde cualquier lugar las 24 horas del día.
<b>CLIENTE INTERNO</b>	Desde el punto de vista del Marketing son los empleados que laboran en una Empresa u organización



<b>COGNICIONES</b>	Conocimiento, capacidad del ser humano para comprender por medio de la razón.
<b>CONECTIVIDAD</b>	Es la capacidad de un dispositivo (un PC, periférico, PDA, móvil, robot, electrodoméstico, coche, etc.) de poder ser conectado (generalmente a un PC u otro dispositivo) sin la necesidad de un ordenador, es decir en forma autónoma.
<b>DISTRIBUCIÓN DE GAUSS</b>	También llamada distribución normal, o distribución gaussiana, es la distribución de probabilidad que con más frecuencia aparece en estadística y teoría de probabilidades. Esto se debe a dos razones fundamentalmente: Su función de densidad es simétrica y con forma de campana, lo que favorece su aplicación como modelo a gran número de variables estadísticas. Es, además, límite de otras distribuciones y aparece relacionada con multitud de resultados ligados a la teoría de las probabilidades gracias a sus propiedades matemáticas.
<b>E-LEARNING</b>	Es principalmente un medio electrónico para el aprendizaje a distancia o virtual, donde puedes interactuar con tus profesores por medio de Internet.
<b>EMPÍRICO</b>	Basado en la experiencia real
<b>EPIDEMIOLÓGICO</b>	Disciplina científica que estudia la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y enfermedades en poblaciones humanas
<b>ESCALA LIKERT</b>	Es una escala para la medición de actitudes. Consiste en un conjunto de ítems bajo la forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se solicita la reacción (favorable o desfavorable, positiva o negativa) de los individuos.
<b>ESTANDARES DE ACREDITACIÓN</b>	Guía para acreditar calidad al Paciente
<b>GAPS</b>	Brechas de calidad. las discrepancia entre las expectativas y percepciones de la calidad percibida por el cliente

<b>GEOTERMIA</b>	Rama de la ciencia geofísica que se dedica al estudio de las condiciones térmicas de la Tierra. Uno de los frutos de la técnica más notables, es la extracción de la energía geotérmica.
<b>GOBIERNO ELECTRÓNICO</b>	Uso de las tecnologías de la información y el conocimiento en los procesos internos de gobierno y en la entrega de los productos y servicios del Estado tanto a los ciudadanos como a la industria.
<b>HOLÍSTICO</b>	Propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen.
<b>HOME BANKING</b>	Es un conjunto de herramientas tecnológicas que ofrece una entidad financiera para que sus clientes puedan operar de la misma forma como si estuvieran físicamente presente en la entidad financiera , también es llamado Web Banking.
<b>HOSPITAL COMUNITARIO SF</b>	Hospitales de Salud Familiar de Menor Complejidad
<b>HOSPITAL TIPO 1</b>	Hospital de Alta Complejidad
<b>HOSPITAL TIPO 2</b>	Hospital de Mediana Complejidad
<b>HOSPITALOCÉNTRICO</b>	Enfoque basado más bien en el tratamiento de las enfermedades y no en la medicina preventiva ni de diagnóstico.
<b>INFOCENTROS</b>	Lugar de acceso público en el que se puede acceder a información y servicios, utilizado también para realizar promociones
<b>INFORMATIZACIÓN</b>	Organizar una actividad con ayuda de medios informáticos. Por ejemplo, informatizar la gestión de una compañía.
<b>INSTRUMENTO</b>	Aquello de que nos servimos para hacer algo
<b>LEY 15076</b>	Leyes que regulan a los Médicos, Odontólogos y Químicos que realizan turnos de urgencias
<b>LEY 19664</b>	Leyes que regulan a los Médicos, Odontólogos y Químicos que no realizan turnos de urgencias

<b>MEASURING SERVICE QUALITY: A REEXAMINATION AND EXTENSION</b>	Servicio de Medición de Calidad: una reexaminación y extensión
<b>MEDICINA PALIATIVA</b>	Es la especialidad médica que centra su atención en los enfermos terminales, es decir, aquellos que padecen una enfermedad incurable y cuyo estado de salud se ha deteriorado al punto de requerir cuidados permanentes.
<b>MINERÍA DE DATOS</b>	Extracción no trivial de información que reside de manera implícita en los datos. Dicha información era previamente desconocida y podrá resultar útil para algún proceso.
<b>MODELO</b>	Arquetipo o punto de referencia para imitarlo o reproducirlo
<b>NORMALIZACIÓN</b>	Implica ajustar las prestaciones de salud en todos sus ámbitos a las normas actualizadas.
<b>OPERACIONALIZACIÓN</b>	Proceso de transformación de un concepto en valores empíricamente medibles.
<b>PACS</b>	Sistema de Imágenes para almacenamiento y distribución de imágenes para diagnóstico y visualización.
<b>PATOLOGÍA</b>	Ciencia que estudia la naturaleza de la enfermedad y sus causas, procesos, evolución y consecuencias.
<b>PREPONDERANCIA</b>	Dominio o superioridad de una cosa sobre otra.
<b>RED ASISTENCIAL</b>	Conjunto de establecimientos de salud interrelacionados, que otorgan distintos niveles de Atención.
<b>RED MINSAL</b>	Plataforma tecnológica que permite numerosos avances en gestión y aplicación de políticas públicas, pero que –sobre todo– trae beneficios concretos a las personas que se atienden en hospitales y consultorios. Se basa en las tecnologías para lograr una ventanilla única a través de la cual atender al paciente, ya que se opera en línea entre hospitales y consultorios, con el fin de dar respuestas rápidas a los usuarios.

<b>REFORMA DE SALUD</b>	El presidente Ricardo Lagos anunció una profunda reforma al sistema de salud chileno, con el objetivo de que la población tuviera mayor y mejor acceso a los tratamientos de enfermedades, se redujeran los tiempos de atención, se ampliara la red de establecimientos de salud y que no existieran impedimentos económicos para que las personas puedan someterse a tratamientos médicos complejos. Este beneficio iba dirigido tanto a los usuarios del sistema público de salud (Fonasa) como a los afiliados al sistema privado, expresado en las Isapres. Entre las justificaciones para esta reforma estaban el objetivo del Gobierno de terminar con las desigualdades sociales y el cambio del panorama epidemiológico chileno. Los cinco pilares de la reforma son: Autoridad sanitaria, Plan AUGE, Instituciones de salud previsual, Derechos y deberes de las personas y Financiamiento.
<b>REPOSITORIOS</b>	Es un sitio centralizado donde se almacena y mantiene información digital, habitualmente bases de datos o archivos informáticos
<b>SALUNET</b>	Intranet del Ministerio de Salud, concebida como un espacio de comunicación e identidad, en donde se puede encontrar información de Gestión de la Red Asistencial, Planificación Sanitaria, Prevención y Control de Enfermedades y mucho más.
<b>TELEASISTENCIA</b>	Asistencia o ayuda a través del servicio de telefonía
<b>TELECENTROS</b>	Es un lugar público donde la gente puede utilizar computadoras con acceso a Internet y otras tecnologías y que ayudan a recopilar información y a comunicarse con otras personas.
<b>TELEMEDICINA</b>	Prestación de servicios de medicina a distancia. Para su implementación se emplean usualmente tecnologías de la información y las comunicaciones.
<b>TRAZABILIDAD</b>	Procedimientos preestablecidos y autosuficientes que permiten conocer aspectos históricos, la ubicación y la trayectoria de un producto o servicio a lo largo de la cadena de suministros en un momento dado. La trazabilidad actúa como una herramienta para la calidad y seguridad.
<b>USUARIO</b>	En el ámbito de la Salud es sinónimo de Paciente

**WEBCAM** Una cámara web o web cam es una pequeña cámara digital conectada a una computadora, la cual puede capturar imágenes y transmitir las a través de Internet en directo.

### **Siglas**

**AMA** American Marketing Association: Organización de origen Estadounidense que agrupa a los profesionales y educadores del Marketing. Publica libros, journals (revistas) y newsletters periódicamente relacionados con todos los aspectos del Marketing.

**APS** Atención Primaria de Salud: Prestación con la menor complejidad, otorgada por centros de salud sin especialidad médica.

**AUGE** Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud

**CAE** Consultorio Adosado de Especialidades

**CAPREDENA** Caja de Previsión de la Defensa Nacional

**CDT** Centro Diagnóstico y Terapéutico

**CECOF** Centro Comunitario Familiar

**CENABAST** Centro de Abastecimiento: Gestiona la coordinación de las compras y la optimización de recursos en el sector salud.

**CESFAM** Centro de Salud Familiar

**CIRA** Consejo Integrado de la Red Asistencial

**CMA** Cirugía Mayor Ambulatoria

**CMBD** Conjunto Mínimo Básico de Datos

**EAR** Establecimiento de Autogestión en Red

**ESPII** Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional

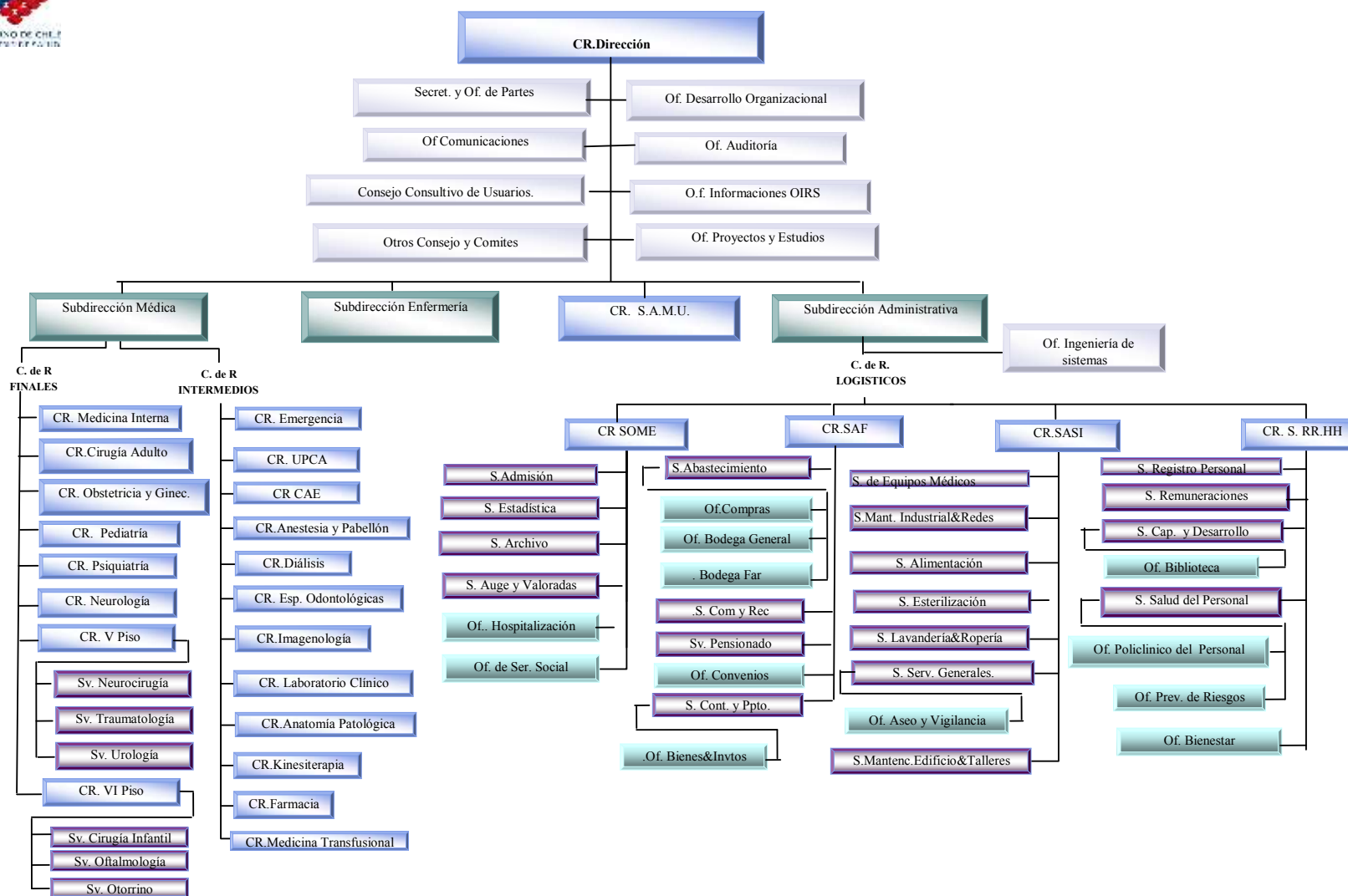
<b>FONASA</b>	Fondo Nacional de Salud
<b>GES</b>	Garantías Explícitas en Salud
<b>GPC</b>	Gestión por Competencias.
<b>GPS</b>	Global Positioning System o Sistema de Posicionamiento Global: Sistema de Navegación por Satélite que permite determinar en todo el mundo la posición precisa de un objeto, una persona u otros.
<b>HCHM</b>	Hospital Clínico Herminda Martín
<b>IBM</b>	International Business Machines: Empresa que fabrica y comercializa herramientas, programas y servicios relacionados con la informática
<b>IPD</b>	Informes de Procesos de Diagnósticos
<b>ISP</b>	Instituto de Salud Pública
<b>MBE</b>	Medicina Basada en la Evidencia
<b>MINSAL</b>	Ministerio de Salud
<b>NSP</b>	No se presenta
<b>OIRS</b>	Oficina de Información Reclamos y Sugerencias
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PDAS</b>	Asistentes personales digitales
<b>PMO</b>	Project Management Office: Modelo de Administración de Proyectos Tecnológicos
<b>PRONCAE</b>	Proyecto de Normalización del Consultorio Adosado de Especialidades
<b>RAE</b>	Diccionario de la Real Academia Española
<b>RIS</b>	Sistema Informático Radiológico
<b>SAICE</b>	Servicio de Admisión, Información Clínica y Estadística

<b>SAMU</b>	Servicio de Atención Médica de Urgencia
<b>SAPU</b>	Servicio de Atención Primaria de Urgencia
<b>SDGC</b>	Subdirección Gestión del Cuidado
<b>SEREMI</b>	Secretaría Regional Ministerial
<b>SERVPERF</b>	Service Performance: Modelo de Medición de Calidad del Servicio
<b>SERVQUAL</b>	Service Servqual: Modelo de Medición de Calidad del Servicio
<b>SICARS</b>	Sistema de Indicadores de Calidad de Atención y Resultados Sanitarios
<b>SIGFE</b>	Sistema de Gestión Financiera y Estadística
<b>SIGGES</b>	Sistema de Gestión de Garantías Explícitas en Salud
<b>SIRA</b>	Sistema de Información para la Red Asistencial
<b>SIRH</b>	Sistema Integrado de Recursos Humanos
<b>SIVEP</b>	Sistema de Vigilancia de Enfermedades de las Personas
<b>SOE</b>	Servicio de Odontología de Especialidad
<b>SOME</b>	Servicio de Orientación Médica y Estadística
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences: Programa estadístico informático usado en las ciencias sociales
<b>SSÑ</b>	Servicio Salud Nuble
<b>SUR</b>	Servicio de Urgencia Rural
<b>TDH</b>	Test de Desarrollo de Habilidades
<b>TIC</b>	Tecnologías de la Información y Comunicación

# ANEXOS



ANEXO N° 1



**ANEXO N° 2**



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES

## *Encuesta*

# *Medición de Calidad y Satisfacción Usuaría*

**Estimado Usuario:** A fin de evaluar la calidad del servicio y el grado de satisfacción de los usuarios de las Unidades Ambulatorias del Hospital Clínico Herminda Martín, consideramos muy valiosa su opinión, para lo cual le solicitamos contestar los cuestionarios que encontrará a continuación, leyendo previamente cada una de las Instrucciones.

### **CUESTIONARIO 1: IMPORTANCIA DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE SERVICIO**

#### ***Instrucciones***

A continuación se listan cinco características de las Instituciones que ofrecen Servicios de Salud. Se necesita saber qué tan importante es para usted cada una de esas características.

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 debe asignarle. No olvide asegurarse que la suma de todos los puntos sea 100.

#### ***Cuestionario sobre importancia de las dimensiones de calidad de servicio***

<b>Afirmaciones</b>		<b>Puntaje</b>
1	La apariencia de las instalaciones, equipo, personal y material de comunicación	
2	La habilidad para desempeñar el servicio prometido de manera confiable y correctamente	
3	La disponibilidad para ayudar a los usuarios y proveer un servicio rápido	
4	El conocimiento y cortesía de los funcionarios y su habilidad para inspirar confianza	
5	El cuidado y la atención personalizada que brinda a sus usuarios	
		100 puntos

## CUESTIONARIO 2: PERCEPCIONES SOBRE CALIDAD DE SERVICIOS

### Instrucciones

Piense en cómo lo hace, cuando se trata de brindar servicios de atención ambulatoria al usuario, la Unidad ..... del Hospital Clínico Herminda Martín, e indique su percepción en cada pregunta del cuestionario.

Por favor, indique el grado que usted piensa que esta Unidad tiene respecto a las características descritas en cada uno de los enunciados. Si usted siente que la característica no es satisfecha, encierre el número 1. Si cree que la característica es absolutamente satisfecha por esta Unidad, 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 refleje lo que usted realmente piensa respecto al servicio que entrega esta Unidad.

**Cuestionario sobre percepciones** Unidad: .....

<b>Declaraciones sobre las percepciones de la dimensión de confiabilidad</b>								
		Total desacuerdo				Total acuerdo		
1	Cuando esta Unidad promete hacer algo en un tiempo determinado, lo cumple	1	2	3	4	5	6	7
2	Cuando Ud. tiene un problema, esta Unidad muestra sincero interés por resolverlo	1	2	3	4	5	6	7
3	Esta Unidad desempeña el servicio de manera correcta a la primera vez	1	2	3	4	5	6	7
4	Esta Unidad proporciona sus servicios en la oportunidad en que promete hacerlo	1	2	3	4	5	6	7
5	Esta Unidad mantiene informados a los usuarios sobre el momento en que se van a desempeñar los servicios	1	2	3	4	5	6	7
<b>Declaraciones sobre las percepciones de la dimensión de responsabilidad</b>								
		Total desacuerdo				Total acuerdo		
1	Los funcionarios de esta Unidad le brindan el servicio con prontitud	1	2	3	4	5	6	7
2	Los funcionarios de esta Unidad siempre se muestran dispuestos a ayudar a los usuarios	1	2	3	4	5	6	7
3	Los funcionarios de esta Unidad nunca están demasiado ocupados como para no atender a un usuario	1	2	3	4	5	6	7

<b>Declaraciones sobre las percepciones de la dimensión de seguridad</b>								
		Total desacuerdo				Total acuerdo		
1	El comportamiento de los funcionarios de esta Unidad le inspira confianza	1	2	3	4	5	6	7
2	Se siente seguro al ser atendido en esta Unidad	1	2	3	4	5	6	7
3	Los funcionarios de esta Unidad lo tratan siempre con cortesía	1	2	3	4	5	6	7
4	Los funcionarios de esta Unidad cuentan con los conocimientos suficientes para responder sus consultas	1	2	3	4	5	6	7
<b>Declaraciones sobre las percepciones de la dimensión de empatía</b>								
		Total desacuerdo				Total acuerdo		
1	Esta Unidad le brinda atención individual	1	2	3	4	5	6	7
2	Esta Unidad cuenta con funcionarios que le brindan atención personal	1	2	3	4	5	6	7
3	Esta Unidad se preocupa de cuidar los intereses de sus usuarios	1	2	3	4	5	6	7
4	Los funcionarios de esta Unidad entienden sus necesidades específicas	1	2	3	4	5	6	7
<b>Declaraciones sobre las percepciones de la dimensión de bienes tangibles</b>								
		Total desacuerdo				Total acuerdo		
1	Esta Unidad cuenta con tecnología moderna para la atención de sus usuarios (equipamiento)	1	2	3	4	5	6	7
2	Las instalaciones físicas de esta Unidad son visualmente atractivas	1	2	3	4	5	6	7
3	La presentación de los funcionarios de esta Unidad es buena	1	2	3	4	5	6	7
4	Los materiales comunicacionales asociados con el servicio (como folletos, recetas, orden de exámenes, etc.) de esta Unidad son visualmente atractivos	1	2	3	4	5	6	7
5	Esta unidad utiliza Tecnologías de Información y Comunicación modernas para relacionarse con sus usuarios	1	2	3	4	5	6	7
6	Los horarios de atención de esta Unidad son convenientes	1	2	3	4	5	6	7

**IDENTIFICACION DEL USUARIO ENCUESTADO**

**Edad** : 16 a 20 años  41 a 50 años   
 21 a 30 años  51 a 60 años   
 31 a 40 años  61 y más

**Sexo** : Femenino  Masculino

**Sector domicilio** : Urbano  Rural

**Paciente crónico** : Sí  No

**Escolaridad** : \* S/Escolaridad  \* Básica Completa  \* Básica Incompleta   
 \* Media Completa  \* Media Incompleta   
 \* Técnica Completa  \* Técnica Incompleta   
 \* Superior Completa  \* Superior Incompleta

**Previsión** : **Fonasa**  Señale a qué tramo corresponde:  
 A\_\_ B\_\_ C\_\_ D\_\_  
**Capredena**   
**Isapre**   
**Otra**  Indique cuál \_\_\_\_\_

**Marque la(s) Tecnología(s) de la información que utiliza:**

• Internet	<input type="checkbox"/>
• Correo electrónico	<input type="checkbox"/>
• Mensaje de texto	<input type="checkbox"/>
• Terminales de autoconsulta	<input type="checkbox"/>
• Celular	<input type="checkbox"/>
• Teléfono	<input type="checkbox"/>

**De la(s) Tecnología(s) de la información que utiliza, cuál (es) prefiere para comunicarse con esta unidad:**

• Internet	<input type="checkbox"/>
• Correo electrónico	<input type="checkbox"/>
• Mensaje de texto	<input type="checkbox"/>
• Terminales de autoconsulta	<input type="checkbox"/>
• Celular	<input type="checkbox"/>
• Teléfono	<input type="checkbox"/>

**¡¡¡Muchas Gracias por su Colaboración!!!**

### ANEXO N° 3 USUARIOS SEGÚN CARACTERÍSTICAS PERSONALES

#### Rango de Edad

Rango de Edad		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	16 a 20	30	6,3%	6,4%	6,4%
	21 a 30	61	12,9%	13,1%	19,5%
	31 a 40	126	26,6%	27,0%	46,5%
	41 a 50	119	25,2%	25,5%	71,9%
	51 a 60	75	15,9%	16,1%	88,0%
	61 y más	56	11,8%	12,0%	100,0%
	<b>Total</b>	<b>467</b>	<b>98,7%</b>	<b>100,0%</b>	
Perdidos	No Contesta	6	1,3%		
<b>Total</b>		<b>473</b>	<b>100,0%</b>		

#### Sexo

Sexo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino	325	68,7%	68,9%	68,9%
	Masculino	147	31,1%	31,1%	100,0%
	<b>Total</b>	<b>472</b>	<b>99,8%</b>	<b>100,0%</b>	
Perdidos	No Contesta	1	0,2%		
<b>Total</b>		<b>473</b>	<b>100,0%</b>		

#### Sector de Domicilio

Sector Domicilio		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Urbano	353	74,6%	75,3%	75,3%
	Rural	116	24,5%	24,7%	100,0%
	<b>Total</b>	<b>469</b>	<b>99,2%</b>	<b>100,0%</b>	
Perdidos	No Contesta	4	0,8%		
<b>Total</b>		<b>473</b>	<b>100,0%</b>		

### Tipo de Paciente

Tipo de Paciente		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Crónico	240	50,7%	51,5%	51,5%
	No Crónico	226	47,8%	48,5%	100,0%
	<b>Total</b>	<b>466</b>	<b>98,5%</b>	<b>100,0%</b>	
Perdidos	No Contesta	7	1,5%		
<b>Total</b>		<b>473</b>	<b>100,0%</b>		

### Escolaridad

Escolaridad		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin Escolaridad	20	4,20%	4,30%	4,30%
	Básica Incompleta	116	24,50%	24,80%	43,80%
	Básica Completa	69	14,60%	14,70%	19,00%
	Media Incompleta	69	14,60%	14,70%	81,80%
	Media Completa	109	23,00%	23,30%	67,10%
	Técnica Incompleta	19	4,00%	4,10%	95,30%
	Técnica Completa	44	9,30%	9,40%	91,20%
	Superior Incompleta	5	1,10%	1,10%	100,00%
	Superior Completa	17	3,60%	3,60%	98,90%
<b>Total</b>		<b>468</b>	<b>98,90%</b>	<b>100,00%</b>	
Perdidos	No Contesta	5	1,10%		
<b>Total</b>		<b>473</b>	<b>100,00%</b>		

### Previsión

Previsión		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Fonasa	446	94,3%	97,2%	97,2%
	Isapre	4	0,8%	0,9%	98,0%
	Otra	9	1,9%	2,0%	100,0%
	<b>Total</b>	<b>459</b>	<b>97,0%</b>	<b>100,0%</b>	
Perdidos	No Contesta	14	3,0%		
<b>Total</b>		<b>473</b>	<b>100,0%</b>		

## ANEXO N° 4 PERCEPCIONES DE CALIDAD DE SERVICIOS SEGÚN DIMENSIÓN

### Dimensión Confiabilidad

Afirmaciones	Media Absoluta	Desv. Típica Absoluta	Media Relativa	Desv. Típica Relativa
<b>Afirmación 1</b>	5,66	1,093	1,32	0,256
<b>Afirmación 2</b>	5,48	1,193	1,28	0,279
<b>Afirmación 3</b>	5,79	1,062	1,36	0,248
<b>Afirmación 4</b>	5,60	1,092	1,31	0,255
<b>Afirmación 5</b>	5,59	1,238	1,31	0,290
<b>Media Total</b>	<b>5,62</b>		<b>1,32</b>	

### Dimensión Responsabilidad

Afirmaciones	Media Absoluta	Desv. Típica Absoluta	Media Relativa	Desv. Típica Relativa
<b>Afirmación 1</b>	5,00	1,548	1,18	0,367
<b>Afirmación 2</b>	5,30	1,268	1,26	0,300
<b>Afirmación 3</b>	4,38	1,727	1,04	0,409
<b>Media Total</b>	<b>4,89</b>		<b>1,16</b>	

### Dimensión Seguridad

Afirmaciones	Media Absoluta	Desv. Típica Absoluta	Media Relativa	Desv. Típica Relativa
<b>Afirmación 1</b>	5,77	1,113	1,11	0,215
<b>Afirmación 2</b>	5,58	1,257	1,08	0,243
<b>Afirmación 3</b>	5,76	1,138	1,11	0,220
<b>Afirmación 4</b>	5,93	1,025	1,15	0,198
<b>Media Total</b>	<b>5,76</b>		<b>1,11</b>	



### Dimensión Empatía

Afirmaciones	Media Absoluta	Desv. Típica Absoluta	Media Relativa	Desv. Típica Relativa
<b>Afirmación 1</b>	5,59	1,107	0,90	0,178
<b>Afirmación 2</b>	5,19	1,305	0,84	0,210
<b>Afirmación 3</b>	4,98	1,428	0,80	0,230
<b>Afirmación 4</b>	5,05	1,426	0,81	0,230
<b>Media Total</b>	<b>5,20</b>		<b>0,84</b>	

### Dimensión Bienes Tangibles

Afirmaciones	Media Absoluta	Desv. Típica Absoluta	Media Relativa	Desv. Típica Relativa
<b>Afirmación 1</b>	5,24	1,468	0,92	0,257
<b>Afirmación 2</b>	4,93	1,371	0,86	0,240
<b>Afirmación 3</b>	6,16	0,907	1,08	0,159
<b>Afirmación 4</b>	5,43	1,213	0,95	0,213
<b>Afirmación 5</b>	3,76	1,904	0,66	0,334
<b>Afirmación 6</b>	5,94	1,224	1,04	0,214
<b>Media Total</b>	<b>5,24</b>		<b>0,92</b>	

## ANEXO N° 5 PERCEPCIONES DE CALIDAD DE SERVICIOS SEGUN UNIDAD

### Percepciones Dimensión Confiabilidad por unidad (Ponderada)

Unidad		Afirmac. 1	Afirmac. 2	Afirmac. 3	Afirmac. 4	Afirmac. 5	Media
<b>Kinesiología</b>	Media	1,34	1,34	1,41	1,34	1,39	<b>1,364</b>
	Desv. típ.	0,203	0,237	0,244	0,201	0,199	
<b>Consulta Cae</b>	Media	1,27	1,22	1,26	1,24	1,24	<b>1,246</b>
	Desv. típ.	0,311	0,301	0,262	0,284	0,294	
<b>Toma de Muestra</b>	Media	1,34	1,29	1,33	1,28	1,29	<b>1,306</b>
	Desv. típ.	0,230	0,228	0,234	0,244	0,260	
<b>Imagenología</b>	Media	1,23	1,20	1,27	1,24	1,22	<b>1,232</b>
	Desv. típ.	0,317	0,324	0,306	0,316	0,344	
<b>Odontología</b>	Media	1,41	1,37	1,41	1,37	1,39	<b>1,39</b>
	Desv. típ.	0,236	0,185	0,183	0,201	0,264	
<b>Farmacia</b>	Media	1,26	1,11	1,32	1,27	1,18	<b>1,228</b>
	Desv. típ.	0,217	0,311	0,221	0,249	0,332	
<b>Diálisis</b>	Media	1,43	1,44	1,50	1,43	1,45	<b>1,45</b>
	Desv. típ.	0,177	0,191	0,179	0,219	0,192	
<b>Total</b>	<b>Media</b>	<b>1,32</b>	<b>1,28</b>	<b>1,36</b>	<b>1,31</b>	<b>1,31</b>	<b>1,316</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>0,256</b>	<b>0,279</b>	<b>0,248</b>	<b>0,255</b>	<b>0,290</b>	

**Percepciones Dimensión Responsabilidad por unidad (Ponderado)**

<b>Unidad</b>		<b>Afirmación 1</b>	<b>Afirmación 2</b>	<b>Afirmación 3</b>	<b>Media</b>
<b>Kinesiología</b>	Media	1,23	1,35	0,92	<b>1,17</b>
	Desv. típ.	0,328	0,225	0,461	
<b>Consulta Cae</b>	Media	1,16	1,18	1,15	<b>1,16</b>
	Desv. típ.	0,331	0,289	0,287	
<b>Toma de Muestra</b>	Media	1,27	1,28	1,04	<b>1,20</b>
	Desv. típ.	0,289	0,249	0,373	
<b>Imagenología</b>	Media	1,15	1,22	1,22	<b>1,20</b>
	Desv. típ.	0,364	0,353	0,343	
<b>Odontología</b>	Media	1,12	1,26	0,88	<b>1,09</b>
	Desv. típ.	0,377	0,257	0,405	
<b>Farmacia</b>	Media	0,91	1,03	0,89	<b>0,94</b>
	Desv. típ.	0,408	0,333	0,404	
<b>Diálisis</b>	Media	1,46	1,45	1,15	<b>1,35</b>
	Desv. típ.	0,213	0,197	0,433	
<b>Total</b>	<b>Media</b>	<b>1,18</b>	<b>1,26</b>	<b>1,04</b>	<b>1,16</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>0,367</b>	<b>0,300</b>	<b>0,409</b>	

**Percepciones Dimensión Seguridad por unidad (Ponderada)**

<b>Unidad</b>		<b>Afirmac. 1</b>	<b>Afirmac. 2</b>	<b>Afirmac. 3</b>	<b>Afirmac.4</b>	<b>Media</b>
<b>Kinesiología</b>	Media	1,16	1,09	1,20	1,20	<b>1,16</b>
	Desv. típ.	0,155	0,235	0,155	0,168	
<b>Consulta Cae</b>	Media	1,06	1,04	1,10	1,11	<b>1,08</b>
	Desv. típ.	0,236	0,262	0,191	0,213	
<b>Toma de Muestra</b>	Media	1,09	1,09	1,08	1,09	<b>1,09</b>
	Desv. típ.	0,191	0,176	0,204	0,181	
<b>Imagenología</b>	Media	1,06	1,10	1,01	1,06	<b>1,06</b>
	Desv. típ.	0,235	0,221	0,300	0,246	
<b>Odontología</b>	Media	1,21	1,08	1,19	1,23	<b>1,18</b>
	Desv. típ.	0,179	0,251	0,140	0,130	
<b>Farmacia</b>	Media	0,99	0,93	1,00	1,10	<b>1,01</b>
	Desv. típ.	0,236	0,295	0,230	0,196	
<b>Diálisis</b>	Media	1,24	1,21	1,23	1,22	<b>1,23</b>
	Desv. típ.	0,140	0,143	0,150	0,156	
<b>Total</b>	<b>Media</b>	<b>1,11</b>	<b>1,08</b>	<b>1,11</b>	<b>1,15</b>	<b>1,11</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>0,215</b>	<b>0,243</b>	<b>0,220</b>	<b>0,198</b>	

**Percepciones Dimensión Empatía por unidad (Ponderada)**

Unidad		Afirmac. 1	Afirmac. 2	Afirmac. 3	Afirmac.4	Media
<b>Kinesiología</b>	Media	0,93	0,87	0,81	0,87	<b>0,87</b>
	Desv. típ.	0,156	0,186	0,215	0,174	
<b>Consulta Cae</b>	Media	0,92	0,78	0,78	0,78	<b>0,82</b>
	Desv. típ.	0,154	0,179	0,219	0,222	
<b>Toma de Muestra</b>	Media	0,89	0,87	0,79	0,81	<b>0,84</b>
	Desv. típ.	0,148	0,155	0,190	0,194	
<b>Imagenología</b>	Media	0,89	0,86	0,78	0,78	<b>0,83</b>
	Desv. típ.	0,192	0,240	0,263	0,285	
<b>Odontología</b>	Media	0,98	0,89	0,79	0,79	<b>0,86</b>
	Desv. típ.	0,101	0,172	0,235	0,242	
<b>Farmacia</b>	Media	0,81	0,72	0,68	0,70	<b>0,73</b>
	Desv. típ.	0,220	0,253	0,239	0,233	
<b>Díálisis</b>	Media	0,89	0,86	0,97	0,97	<b>0,92</b>
	Desv. típ.	0,210	0,218	0,135	0,131	
<b>Total</b>	<b>Media</b>	<b>0,90</b>	<b>0,84</b>	<b>0,80</b>	<b>0,81</b>	<b>0,84</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>0,178</b>	<b>0,210</b>	<b>0,230</b>	<b>0,230</b>	

**Percepciones Dimensión Bienes Tangibles por unidad (Ponderada)**

Unidad		Afirmac. 1	Afirmac. 2	Afirmac. 3	Afirmac. 4	Afirmac. 5	Afirmac. 6	Media
<b>Kinesiología</b>	Media	0,82	0,82	1,08	0,96	0,60	1,07	<b>0,89</b>
	Desv. típ.	0,311	0,248	0,161	0,219	0,340	0,172	
<b>Consulta Cae</b>	Media	0,90	0,88	1,06	0,91	0,75	0,97	<b>0,91</b>
	Desv. típ.	0,262	0,207	0,151	0,189	0,274	0,250	
<b>Toma de Muestra</b>	Media	0,92	0,81	1,05	0,87	0,75	1,00	<b>0,90</b>
	Desv. típ.	0,174	0,181	0,180	0,226	0,280	0,225	
<b>Imagenología</b>	Media	1,01	0,98	1,07	0,92	0,85	1,02	<b>0,98</b>
	Desv. típ.	0,184	0,201	0,191	0,224	0,310	0,198	
<b>Odontología</b>	Media	0,97	0,88	1,12	1,01	0,47	1,11	<b>0,93</b>
	Desv. típ.	0,233	0,208	0,107	0,175	0,311	0,173	
<b>Farmacia</b>	Media	0,79	0,67	1,04	0,96	0,53	0,98	<b>0,83</b>
	Desv. típ.	0,313	0,287	0,174	0,235	0,317	0,269	
<b>Diálisis</b>	Media	1,03	1,00	1,13	1,01	0,66	1,12	<b>0,99</b>
	Desv. típ.	0,187	0,182	0,107	0,184	0,345	0,134	
<b>Total</b>	<b>Media</b>	<b>0,92</b>	<b>0,86</b>	<b>1,08</b>	<b>0,95</b>	<b>0,66</b>	<b>1,04</b>	<b>0,92</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>0,257</b>	<b>0,240</b>	<b>0,159</b>	<b>0,213</b>	<b>0,334</b>	<b>0,214</b>	

## ANEXO N° 6 PERCEPCIONES DE CALIDAD DE SERVICIO SEGÚN RANGO DE EDAD

### Dimensión Confiabilidad (Ponderada)

Rango de Edad		Afirmac. 1	Afirmac. 2	Afirma. 3	Afirmac. 4	Afirmac. 5	Media
16 a 20	Media	1,33	1,32	1,36	1,30	1,32	<b>1,33</b>
	Desv. típ.	0,216	0,208	0,231	0,251	0,219	
21 a 30	Media	1,30	1,27	1,32	1,28	1,23	<b>1,28</b>
	Desv. típ.	0,262	0,282	0,249	0,251	0,330	
31 a 40	Media	1,30	1,27	1,35	1,32	1,31	<b>1,31</b>
	Desv. típ.	0,250	0,262	0,223	0,214	0,283	
41 a 50	Media	1,31	1,26	1,33	1,29	1,30	<b>1,30</b>
	Desv. típ.	0,248	0,290	0,274	0,257	0,299	
51 a 60	Media	1,39	1,36	1,40	1,34	1,34	<b>1,37</b>
	Desv. típ.	0,234	0,246	0,251	0,285	0,243	
61 y más	Media	1,35	1,26	1,38	1,31	1,33	<b>1,33</b>
	Desv. típ.	0,315	0,338	0,257	0,304	0,324	
Total	Media	<b>1,32</b>	<b>1,28</b>	<b>1,35</b>	<b>1,31</b>	<b>1,31</b>	<b>1,32</b>
	Desv. típ.	<b>0,256</b>	<b>0,278</b>	<b>0,249</b>	<b>0,255</b>	<b>0,290</b>	

### Dimensión Responsabilidad

Rango de Edad		Afirmación 1	Afirmación 2	Afirmación 3	Media
16 a 20	Media	1,21	1,29	1,09	<b>1,20</b>
	Desv. típ.	0,281	0,247	0,381	
21 a 30	Media	1,10	1,17	1,06	<b>1,11</b>
	Desv. típ.	0,343	0,317	0,400	
31 a 40	Media	1,16	1,26	1,04	<b>1,15</b>
	Desv. típ.	0,376	0,297	0,395	
41 a 50	Media	1,20	1,26	0,99	<b>1,15</b>
	Desv. típ.	0,354	0,284	0,408	
51 a 60	Media	1,29	1,30	1,03	<b>1,21</b>
	Desv. típ.	0,357	0,268	0,446	
61 y más	Media	1,15	1,24	1,09	<b>1,16</b>
	Desv. típ.	0,416	0,369	0,409	
Total	<b>Media</b>	<b>1,18</b>	<b>1,25</b>	<b>1,04</b>	<b>1,16</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>0,365</b>	<b>0,300</b>	<b>0,408</b>	

### Dimensión de Seguridad

Rango de Edad		Afirmación 1	Afirmación 2	Afirmación 3	Afirmación 4	Medias
16 a 20	Media	1,14	1,16	1,12	1,19	<b>1,15</b>
	Desv. típ.	0,178	0,190	0,199	0,144	
21 a 30	Media	1,06	1,07	1,05	1,11	<b>1,07</b>
	Desv. típ.	0,258	0,238	0,240	0,205	
31 a 40	Media	1,12	1,09	1,11	1,14	<b>1,12</b>
	Desv. típ.	0,195	0,240	0,223	0,196	
41 a 50	Media	1,09	1,03	1,11	1,13	<b>1,09</b>
	Desv. típ.	0,205	0,238	0,193	0,174	
51 a 60	Media	1,14	1,10	1,13	1,16	<b>1,13</b>
	Desv. típ.	0,198	0,213	0,235	0,224	
61 y más	Media	1,13	1,07	1,16	1,16	<b>1,13</b>
	Desv. típ.	0,259	0,311	0,229	0,230	
Total	<b>Media</b>	<b>1,11</b>	<b>1,08</b>	<b>1,11</b>	<b>1,14</b>	<b>1,11</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>0,215</b>	<b>0,243</b>	<b>0,220</b>	<b>0,198</b>	



### Dimensión Empatía por Rango de Edad

Rango de Edad		Afirmación 1	Afirmación 2	Afirmación 3	Afirmación 4	Medias
16 a 20	Media	0,91	0,86	0,85	0,87	<b>0,87</b>
	Desv. típ.	0,166	0,191	0,169	0,177	
21 a 30	Media	0,90	0,82	0,78	0,73	<b>0,81</b>
	Desv. típ.	0,193	0,218	0,247	0,272	
31 a 40	Media	0,91	0,84	0,80	0,81	<b>0,84</b>
	Desv. típ.	0,175	0,212	0,219	0,226	
41 a 50	Media	0,88	0,81	0,78	0,83	<b>0,83</b>
	Desv. típ.	0,162	0,199	0,231	0,211	
51 a 60	Media	0,92	0,86	0,81	0,82	<b>0,85</b>
	Desv. típ.	0,179	0,216	0,223	0,218	
61 y más	Media	0,90	0,84	0,82	0,84	<b>0,85</b>
	Desv. típ.	0,195	0,222	0,263	0,252	
Total	<b>Media</b>	<b>0,90</b>	<b>0,83</b>	<b>0,80</b>	<b>0,81</b>	<b>0,84</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>0,176</b>	<b>0,210</b>	<b>0,229</b>	<b>0,230</b>	

### Dimensión de Bienes Tangibles por Rango de Edad

Rango de Edad		Afirmac. 1	Afirmac. 2	Afirmac. 3	Afirmac. 4	Afirmac. 5	Afirmac. 6	Medias
16 a 20	Media	1,03	0,86	1,06	0,90	0,81	1,07	<b>0,96</b>
	Desv. típ.	0,136	0,245	0,227	0,242	0,289	0,194	
21 a 30	Media	0,92	0,82	1,01	0,88	0,68	0,94	<b>0,88</b>
	Desv. típ.	0,232	0,259	0,204	0,261	0,337	0,287	
31 a 40	Media	0,91	0,88	1,09	0,96	0,64	1,05	<b>0,92</b>
	Desv. típ.	0,262	0,215	0,124	0,203	0,337	0,194	
41 a 50	Media	0,89	0,83	1,10	0,96	0,63	1,05	<b>0,91</b>
	Desv. típ.	0,264	0,242	0,130	0,201	0,312	0,169	
51 a 60	Media	0,97	0,90	1,08	0,99	0,67	1,10	<b>0,95</b>
	Desv. típ.	0,227	0,243	0,174	0,148	0,371	0,159	
61 y más	Media	0,89	0,90	1,10	0,97	0,65	0,99	<b>0,92</b>
	Desv. típ.	0,313	0,261	0,158	0,245	0,329	0,289	
Total	<b>Media</b>	<b>0,92</b>	<b>0,86</b>	<b>1,08</b>	<b>0,95</b>	<b>0,66</b>	<b>1,04</b>	<b>0,92</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>0,256</b>	<b>0,240</b>	<b>0,159</b>	<b>0,213</b>	<b>0,334</b>	<b>0,215</b>	

## ANEXO N° 7 PERCEPCIONES DE CALIDAD DE SERVICIO SEGÚN SEXO

### Percepciones Dimensión Confiabilidad por Sexo

Sexo		Afirmac. 1	Afirmac. 2	Afirmac. 3	Afirmac. 4	Afirmac. 5	Medias
Femenino	Media	1,31	1,26	1,34	1,31	1,29	<b>1,30</b>
	Desv. típ.	0,269	0,299	0,261	0,260	0,302	
Masculino	Media	1,35	1,32	1,38	1,30	1,33	<b>1,34</b>
	Desv. típ.	0,222	0,228	0,215	0,245	0,259	
Total	Media	<b>1,33</b>	<b>1,28</b>	<b>1,36</b>	<b>1,31</b>	<b>1,31</b>	<b>1,32</b>
	Desv. típ.	<b>0,256</b>	<b>0,279</b>	<b>0,249</b>	<b>0,255</b>	<b>0,290</b>	

### Percepciones Dimensión Responsabilidad por Sexo

Sexo		Afirmación 1	Afirmación 2	Afirmación 3	Medias
Femenino	Media	1,16	1,24	1,02	<b>1,14</b>
	Desv. típ.	0,391	0,317	0,425	
Masculino	Media	1,24	1,30	1,07	<b>1,20</b>
	Desv. típ.	0,301	0,257	0,372	
Total	Media	<b>1,19</b>	<b>1,26</b>	<b>1,04</b>	<b>1,16</b>
	Desv. típ.	<b>0,367</b>	<b>0,301</b>	<b>0,409</b>	

### Percepciones Dimensión Seguridad por Sexo (Ponderada)

Sexo		Afirmación 1	Afirmación 2	Afirmación 3	Afirmación 4	Medias
Femenino	Media	1,11	1,08	1,11	1,15	<b>1,11</b>
	Desv. típ.	0,225	0,249	0,236	0,209	
Masculino	Media	1,12	1,08	1,12	1,14	<b>1,12</b>
	Desv. típ.	0,190	0,229	0,181	0,171	
Total	Media	<b>1,11</b>	<b>1,08</b>	<b>1,11</b>	<b>1,15</b>	<b>1,11</b>
	Desv. típ.	<b>0,215</b>	<b>0,243</b>	<b>0,220</b>	<b>0,198</b>	

**Percepciones Dimensión Empatía por Sexo (Ponderada)**

Sexo		Afirmación	Afirmación	Afirmación	Afirmación	Medias
		1	2	3	4	
Femenino	Media	0,90	0,83	0,80	0,80	<b>0,83</b>
	Desv. típ.	0,187	0,221	0,236	0,242	
Masculino	Media	0,91	0,84	0,81	0,83	<b>0,85</b>
	Desv. típ.	0,156	0,184	0,216	0,200	
Total	<b>Media</b>	<b>0,90</b>	<b>0,83</b>	<b>0,80</b>	<b>0,81</b>	<b>0,84</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>0,178</b>	<b>0,210</b>	<b>0,230</b>	<b>0,230</b>	

**Percepciones Dimensión Bienes Tangibles por Sexo (Ponderada)**

Sexo		Afirmac.	Afirmac.	Afirmac.	Afirmac.	Afirmac.	Afirmac.	Medias
		1	2	3	4	5	6	
Femenino	Media	0,91	0,84	1,07	0,95	0,64	1,04	<b>0,91</b>
	Desv. típ.	0,266	0,255	0,158	0,218	0,338	0,226	
Masculino	Media	0,94	0,91	1,09	0,95	0,69	1,04	<b>0,94</b>
	Desv. típ.	0,236	0,195	0,160	0,200	0,323	0,186	
Total	<b>Media</b>	<b>0,92</b>	<b>0,86</b>	<b>1,08</b>	<b>0,95</b>	<b>0,66</b>	<b>1,04</b>	<b>0,92</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>0,257</b>	<b>0,240</b>	<b>0,159</b>	<b>0,212</b>	<b>0,334</b>	<b>0,215</b>	

## ANEXO N° 8 PERCEPCIONES DE CALIDAD DE SERVICIO SEGÚN SECTOR DE DOMICILIO

### Percepciones Dimensión Confiabilidad según Sector de Domicilio

Sector		Afirmac. 1	Afirmac. 2	Afirmac. 3	Afirmac.4	Afirmac. 5	Medias
Urban	Media	1,30	1,26	1,34	1,29	1,28	<b>1,29</b>
	Desv. típ.	0,269	0,290	0,247	0,256	0,301	
Rural	Media	1,40	1,35	1,40	1,35	1,38	<b>1,38</b>
	Desv. típ.	0,192	0,231	0,251	0,248	0,239	
Total	<b>Media</b>	<b>1,32</b>	<b>1,28</b>	<b>1,35</b>	<b>1,31</b>	<b>1,31</b>	<b>1,32</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>0,256</b>	<b>0,280</b>	<b>0,249</b>	<b>0,255</b>	<b>0,290</b>	

### Percepciones Dimensión Responsabilidad según Procedencia (Ponderada)

Sector		Afirmación 1	Afirmación 2	Afirmación 3	Medias
Urbano	Media	1,14	1,22	1,03	<b>1,13</b>
	Desv. típ.	0,377	0,321	0,402	
Rural	Media	1,30	1,36	1,05	<b>1,24</b>
	Desv. típ.	0,305	0,192	0,430	
Total	<b>Media</b>	<b>1,18</b>	<b>1,25</b>	<b>1,03</b>	<b>1,16</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>0,367</b>	<b>0,300</b>	<b>0,409</b>	

### Percepciones Dimensión Seguridad según Procedencia (Ponderada)

Sector		Afirmación 1	Afirmación 2	Afirmación 3	Afirmación 4	Medias
Urbano	Media	1,10	1,06	1,09	1,13	<b>1,10</b>
	Desv. típ.	0,224	0,255	0,231	0,204	
Rural	Media	1,15	1,13	1,17	1,18	<b>1,16</b>
	Desv. típ.	0,180	0,189	0,170	0,174	
Total	<b>Media</b>	<b>1,11</b>	<b>1,08</b>	<b>1,11</b>	<b>1,14</b>	<b>1,11</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>0,215</b>	<b>0,243</b>	<b>0,220</b>	<b>0,198</b>	

**Percepciones Dimensión Empatía según Procedencia (Ponderada)**

Sector		Afirmación	Afirmación	Afirmación	Afirmación	Medias
		1	2	3	4	
Urbano	Media	0,89	0,82	0,78	0,79	<b>0,82</b>
	Desv. típ.	0,182	0,217	0,239	0,240	
Rural	Media	0,93	0,88	0,85	0,86	<b>0,88</b>
	Desv. típ.	0,163	0,182	0,193	0,188	
Total	<b>Media</b>	<b>0,90</b>	<b>0,83</b>	<b>0,80</b>	<b>0,81</b>	<b>0,84</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>0,178</b>	<b>0,210</b>	<b>0,230</b>	<b>0,230</b>	

**Percepciones Dimensión Bienes Tangibles según Procedencia (Ponderada)**

Sector		Afirmac.	Afirmac.	Afirmac.	Afirmac.	Afirmac.	Afirmac.	Medias
		1	2	3	4	5	6	
Urbano	Media	0,90	0,84	1,07	0,94	0,66	1,04	<b>0,91</b>
	Desv. Típ.	0,263	0,243	0,164	0,212	0,334	0,215	
Rural	Media	0,97	0,92	1,11	0,99	0,66	1,05	<b>0,95</b>
	Desv. Típ.	0,235	0,223	0,140	0,211	0,335	0,215	
Total	<b>Media</b>	<b>0,92</b>	<b>0,86</b>	<b>1,08</b>	<b>0,95</b>	<b>0,66</b>	<b>1,04</b>	<b>0,92</b>
	<b>Desv. Típ.</b>	<b>0,258</b>	<b>0,240</b>	<b>0,159</b>	<b>0,212</b>	<b>0,334</b>	<b>0,215</b>	

## ANEXO N° 9 PERCEPCIONES DE CALIDAD DE SERVICIO SEGÚN TIPO DE PACIENTE

### Percepciones Dimensión Confiabilidad según Tipo de Paciente

Tipo de Paciente		Afirmac. 1	Afirmac. 2	Afirmac. 3	Afirmac. 4	Afirmac. 5	Media
Crónico	Media	1,32	1,27	1,37	1,32	1,31	<b>1,32</b>
	Desv. típ.	0,264	0,297	0,265	0,269	0,301	
No Crónico	Media	1,33	1,29	1,33	1,29	1,30	<b>1,31</b>
	Desv. típ.	0,249	0,262	0,231	0,239	0,280	
Total	<b>Media</b>	<b>1,32</b>	<b>1,28</b>	<b>1,35</b>	<b>1,31</b>	<b>1,30</b>	<b>1,32</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>0,256</b>	<b>0,280</b>	<b>0,249</b>	<b>0,255</b>	<b>0,290</b>	

### Percepciones Dimensión Responsabilidad según Tipo de Paciente

Tipo de Paciente		Afirmación 1	Afirmación 2	Afirmación 3	Medias
Crónico	Media	1,21	1,27	1,03	<b>1,17</b>
	Desv. típ.	0,382	0,317	0,431	
No Crónico	Media	1,15	1,24	1,04	<b>1,14</b>
	Desv. típ.	0,350	0,283	0,385	
Total	<b>Media</b>	<b>1,18</b>	<b>1,25</b>	<b>1,03</b>	<b>1,16</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>0,367</b>	<b>0,301</b>	<b>0,409</b>	

### Percepciones Dimensión Seguridad según Tipo de Paciente

Tipo de Paciente		Afirmac. 1	Afirmac. 2	Afirmac. 3	Afirmac. 4	Medias
Crónico	Media	1,11	1,09	1,11	1,15	<b>1,12</b>
	Desv. típ.	0,223	0,246	0,227	0,200	
No Crónico	Media	1,11	1,06	1,11	1,14	<b>1,11</b>
	Desv. típ.	0,206	0,240	0,213	0,196	
Total	<b>Media</b>	<b>1,11</b>	<b>1,08</b>	<b>1,11</b>	<b>1,14</b>	<b>1,11</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>0,215</b>	<b>0,243</b>	<b>0,220</b>	<b>0,198</b>	

**Percepciones Dimensión Empatía según Tipo de Paciente**

Tipo de Paciente		Afirmación	Afirmación	Afirmación	Afirmación	Medias
		1	2	3	4	
Crónico	Media	0,88	0,83	0,81	0,84	<b>0,84</b>
	Desv. típ.	0,194	0,225	0,234	0,231	
No Crónico	Media	0,91	0,84	0,78	0,78	<b>0,83</b>
	Desv. típ.	0,159	0,193	0,224	0,226	
Total	<b>Media</b>	<b>0,90</b>	<b>0,83</b>	<b>0,80</b>	<b>0,81</b>	<b>0,84</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>0,178</b>	<b>0,210</b>	<b>0,230</b>	<b>0,230</b>	

**Percepciones Dimensión Bienes Tangibles según Tipo de Paciente**

Tipo de Paciente		Afirmac.	Afirmac.	Afirmac.	Afirmac.	Afirmac.	Afirmac.	Medias
		1	2	3	4	5	6	
Crónico	Media	0,90	0,85	1,08	0,97	0,67	1,03	<b>0,92</b>
	Desv. típ.	0,273	0,268	0,159	0,224	0,336	0,230	
No Crónico	Media	0,93	0,87	1,07	0,93	0,65	1,04	<b>0,92</b>
	Desv. típ.	0,241	0,207	0,160	0,199	0,331	0,199	
Total	<b>Media</b>	<b>0,92</b>	<b>0,86</b>	<b>1,08</b>	<b>0,95</b>	<b>0,66</b>	<b>1,04</b>	<b>0,92</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>0,258</b>	<b>0,240</b>	<b>0,159</b>	<b>0,212</b>	<b>0,333</b>	<b>0,215</b>	

## ANEXO N° 10 PERCEPCIONES DE CALIDAD DE SERVICIO SEGÚN ESCOLARIDAD

### Percepciones de la Dimensión Confiabilidad por Escolaridad (Ponderada)

Escolaridad		Afirmac. 1	Afirmac. 2	Afirmac. 3	Afirmac. 4	Afirmac. 5	Medias
<b>Sin Escolaridad</b>	Media	1,38	1,33	1,42	1,37	1,34	<b>1,37</b>
	Desv. típ.	0,262	0,247	0,268	0,255	0,272	
<b>Básica Incompleta</b>	Media	1,39	1,31	1,39	1,35	1,34	<b>1,36</b>
	Desv. típ.	0,231	0,286	0,247	0,263	0,276	
<b>Básica Completa</b>	Media	1,36	1,32	1,36	1,32	1,34	<b>1,34</b>
	Desv. típ.	0,284	0,267	0,272	0,263	0,279	
<b>Media Incompleta</b>	Media	1,28	1,26	1,35	1,24	1,28	<b>1,28</b>
	Desv. típ.	0,259	0,251	0,244	0,279	0,285	
<b>Media Completa</b>	Media	1,29	1,26	1,35	1,30	1,30	<b>1,30</b>
	Desv. típ.	0,248	0,294	0,226	0,224	0,297	
<b>Técnica Incompleta</b>	Media	1,27	1,28	1,22	1,27	1,29	<b>1,27</b>
	Desv. típ.	0,230	0,274	0,228	0,225	0,197	
<b>Técnica Completa</b>	Media	1,27	1,23	1,31	1,29	1,20	<b>1,26</b>
	Desv. típ.	0,210	0,268	0,210	0,185	0,332	
<b>Superior Incompleta</b>	Media	1,36	1,36	1,50	1,36	1,45	<b>1,41</b>
	Desv. típ.	0,256	0,196	0,128	0,196	0,196	
<b>Superior Completa</b>	Media	1,24	1,16	1,24	1,25	1,20	<b>1,22</b>
	Desv. típ.	0,368	0,365	0,358	0,396	0,350	
<b>Total</b>	<b>Media</b>	<b>1,32</b>	<b>1,28</b>	<b>1,35</b>	<b>1,31</b>	<b>1,30</b>	<b>1,32</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>0,256</b>	<b>0,280</b>	<b>0,249</b>	<b>0,255</b>	<b>0,290</b>	



**Percepciones Dimensión Responsabilidad por Escolaridad (Ponderada)**

<b>Escolaridad</b>		<b>Afirmación 1</b>	<b>Afirmación 2</b>	<b>Afirmación 3</b>	<b>Medias</b>
<b>Sin Escolaridad</b>	Media	1,29	1,35	1,21	<b>1,28</b>
	Desv. típ.	0,339	0,219	0,406	
<b>Básica Incompleta</b>	Media	1,22	1,30	0,93	<b>1,15</b>
	Desv. típ.	0,390	0,294	0,438	
<b>Básica Completa</b>	Media	1,28	1,33	1,08	<b>1,23</b>
	Desv. típ.	0,296	0,264	0,392	
<b>Media Incompleta</b>	Media	1,13	1,19	1,05	<b>1,12</b>
	Desv. típ.	0,363	0,291	0,364	
<b>Media Completa</b>	Media	1,13	1,22	1,01	<b>1,12</b>
	Desv. típ.	0,363	0,314	0,393	
<b>Técnica Incompleta</b>	Media	1,12	1,21	1,00	<b>1,11</b>
	Desv. típ.	0,352	0,272	0,470	
<b>Técnica Completa</b>	Media	1,12	1,16	1,07	<b>1,12</b>
	Desv. típ.	0,412	0,318	0,407	
<b>Superior Incompleta</b>	Media	1,33	1,42	1,33	<b>1,36</b>
	Desv. típ.	0,130	0,167	0,212	
<b>Superior Completa</b>	Media	1,13	1,17	1,21	<b>1,17</b>
	Desv. típ.	0,397	0,397	0,354	
<b>Total</b>	<b>Media</b>	<b>1,18</b>	<b>1,25</b>	<b>1,03</b>	<b>1,16</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>0,366</b>	<b>0,300</b>	<b>0,408</b>	

**Percepciones Dimensión Seguridad por Escolaridad**

<b>Escolaridad</b>		<b>Afirmac. 1</b>	<b>Afirmac. 2</b>	<b>Afirmac. 3</b>	<b>Afirmac. 4</b>	<b>Medias</b>
<b>Sin Escolaridad</b>	Media	1,15	1,12	1,13	1,15	<b>1,14</b>
	Desv. típ.	0,171	0,194	0,180	0,212	
<b>Básica Incompleta</b>	Media	1,13	1,09	1,14	1,18	<b>1,14</b>
	Desv. típ.	0,227	0,237	0,223	0,170	
<b>Básica Completa</b>	Media	1,15	1,13	1,15	1,16	<b>1,15</b>
	Desv. típ.	0,186	0,192	0,221	0,203	
<b>Media Incompleta</b>	Media	1,08	1,06	1,07	1,13	<b>1,09</b>
	Desv. típ.	0,232	0,256	0,211	0,179	
<b>Media Completa</b>	Media	1,11	1,05	1,11	1,15	<b>1,11</b>
	Desv. típ.	0,192	0,247	0,210	0,195	
<b>Técnica Incompleta</b>	Media	1,07	1,02	1,05	1,10	<b>1,06</b>
	Desv. típ.	0,175	0,231	0,283	0,250	
<b>Técnica Completa</b>	Media	1,08	1,04	1,07	1,08	<b>1,07</b>
	Desv. típ.	0,205	0,257	0,180	0,201	
<b>Superior Incompleta</b>	Media	1,31	1,27	1,24	1,27	<b>1,27</b>
	Desv. típ.	0,086	0,173	0,106	0,106	
<b>Superior Completa</b>	Media	0,98	1,01	1,03	1,00	<b>1,01</b>
	Desv. típ.	0,338	0,358	0,320	0,284	
<b>Total</b>	<b>Media</b>	<b>1,11</b>	<b>1,08</b>	<b>1,11</b>	<b>1,14</b>	<b>1,11</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>0,215</b>	<b>0,242</b>	<b>0,220</b>	<b>0,198</b>	

### Percepciones Dimensión Empatía por Escolaridad

Escolaridad		Afirmac. 1	Afirmac. 2	Afirmac. 3	Afirmac.4	Medias
<b>Sin Escolaridad</b>	Media	0,91	0,82	0,91	0,89	<b>0,88</b>
	Desv. típ.	0,183	0,227	0,183	0,205	
<b>Básica Incompleta</b>	Media	0,92	0,86	0,81	0,81	<b>0,85</b>
	Desv. típ.	0,182	0,219	0,236	0,220	
<b>Básica Completa</b>	Media	0,91	0,85	0,84	0,85	<b>0,86</b>
	Desv. típ.	0,156	0,181	0,211	0,202	
<b>Media Incompleta</b>	Media	0,85	0,82	0,76	0,80	<b>0,81</b>
	Desv. típ.	0,201	0,222	0,259	0,256	
<b>Media Completa</b>	Media	0,91	0,83	0,78	0,80	<b>0,83</b>
	Desv. típ.	0,167	0,183	0,187	0,216	
<b>Técnica Incompleta</b>	Media	0,82	0,79	0,79	0,80	<b>0,80</b>
	Desv. típ.	0,214	0,233	0,227	0,231	
<b>Técnica Completa</b>	Media	0,88	0,79	0,78	0,77	<b>0,81</b>
	Desv. típ.	0,145	0,230	0,238	0,237	
<b>Superior Incompleta</b>	Media	1,09	1,00	0,93	0,97	<b>1,00</b>
	Desv. típ.	0,072	0,072	0,072	0,114	
<b>Superior Completa</b>	Media	0,88	0,78	0,72	0,72	<b>0,78</b>
	Desv. típ.	0,206	0,262	0,356	0,353	
<b>Total</b>	<b>Media</b>	<b>0,90</b>	<b>0,83</b>	<b>0,80</b>	<b>0,81</b>	<b>0,84</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>0,178</b>	<b>0,210</b>	<b>0,230</b>	<b>0,229</b>	

**Percepciones Dimensión Bienes Tangibles por Escolaridad (Ponderada)**

<b>Escolaridad</b>		<b>Afirmac. 1</b>	<b>Afirmac. 2</b>	<b>Afirmac. 3</b>	<b>Afirmac. 4</b>	<b>Afirmac. 5</b>	<b>Afirmac. 6</b>	<b>Medias</b>
<b>Sin Escolaridad</b>	Media	0,98	1,03	1,12	1,01	0,60	1,05	<b>0,97</b>
	Desv. típ.	0,192	0,179	0,121	0,204	0,287	0,220	
<b>Básica Incompleta</b>	Media	0,93	0,87	1,09	1,00	0,61	1,07	<b>0,93</b>
	Desv. típ.	0,268	0,242	0,144	0,212	0,341	0,203	
<b>Básica Completa</b>	Media	0,96	0,89	1,10	0,94	0,70	1,06	<b>0,94</b>
	Desv. típ.	0,228	0,216	0,117	0,200	0,296	0,199	
<b>Media Incompleta</b>	Media	0,91	0,86	1,05	0,93	0,64	1,03	<b>0,90</b>
	Desv. típ.	0,231	0,229	0,206	0,209	0,322	0,216	
<b>Media Completa</b>	Media	0,92	0,85	1,09	0,98	0,67	1,04	<b>0,93</b>
	Desv. típ.	0,253	0,235	0,144	0,167	0,351	0,198	
<b>Técnica Incompleta</b>	Media	0,76	0,70	1,01	0,86	0,66	0,90	<b>0,82</b>
	Desv. típ.	0,268	0,248	0,192	0,273	0,343	0,352	
<b>Técnica Completa</b>	Media	0,83	0,79	1,05	0,88	0,70	1,02	<b>0,88</b>
	Desv. típ.	0,289	0,237	0,153	0,232	0,346	0,181	
<b>Superior Incompleta</b>	Media	1,16	0,98	1,19	0,95	0,60	1,12	<b>1,00</b>
	Desv. típ.	0,157	0,157	0,078	0,157	0,266	0,157	
<b>Superior Completa</b>	Media	0,86	0,82	1,00	0,79	0,72	0,96	<b>0,86</b>
	Desv. típ.	0,315	0,344	0,238	0,304	0,410	0,298	
<b>Total</b>	<b>Media</b>	<b>0,92</b>	<b>0,86</b>	<b>1,08</b>	<b>0,95</b>	<b>0,66</b>	<b>1,04</b>	<b>0,92</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>0,258</b>	<b>0,241</b>	<b>0,159</b>	<b>0,213</b>	<b>0,334</b>	<b>0,215</b>	

## ANEXO N° 11 RESULTADOS SOBRE TIC

### TIC Utilizadas

TIC UTILIZADAS	Porcentaje
Internet	8,0%
Correo Electrónico	8,4%
Mensaje de Texto	15,2%
Terminales de Autoconsulta	1,6%
Celular	50,0%
Teléfono Fijo	16,8%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>

### TIC Preferidas

TIC PREFERIDAS	Porcentaje
Internet	2,9%
Correo Electrónico	3,5%
Mensaje de texto	0,2%
Terminales de autoconsulta	5,6%
Celular	47,5%
Teléfono Fijo	40,3%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>

### TIC SEGÚN RANGO DE EDAD

TIC QUE MAS UTILIZA SEGÚN RANGO DE EDAD							
Rango de Edad	Edad	Internet	Correo Electrónico	Mensaje de Texto	Terminales de Autoconsulta	Celular	Teléfono Fijo
<b>Rango 1</b>	<b>16 a 20</b>	3,50%	3,80%	5,00%	0,00%	5,70%	1,90%
	<b>21 a 30</b>	4,30%	4,70%	5,90%	0,50%	12,80%	4,30%
	<b>Sub-total</b>	<b>7,80%</b>	<b>8,50%</b>	<b>10,90%</b>	<b>0,50%</b>	<b>18,50%</b>	<b>6,20%</b>
<b>Rango 2</b>	<b>31 a 40</b>	4,00%	4,00%	9,00%	1,40%	26,70%	8,70%
	<b>41 a 50</b>	2,40%	2,40%	6,90%	0,70%	24,30%	7,60%
	<b>Sub-total</b>	<b>6,40%</b>	<b>6,40%</b>	<b>15,90%</b>	<b>2,10%</b>	<b>51,00%</b>	<b>16,30%</b>
<b>Rango 3</b>	<b>51 a 60</b>	0,50%	0,50%	1,20%	0,20%	15,10%	5,00%
	<b>61 y más</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	6,40%	3,30%
	<b>Sub-total</b>	<b>0,50%</b>	<b>0,50%</b>	<b>1,20%</b>	<b>0,20%</b>	<b>21,50%</b>	<b>8,30%</b>
<b>% Total</b>		<b>14,70%</b>	<b>15,40%</b>	<b>27,90%</b>	<b>2,80%</b>	<b>91,00%</b>	<b>30,70%</b>

TIC MAS PREFERIDAS SEGÚN RANGO DE EDAD							
Rango de Edad	Edad	Internet	Correo Electrónico	Mensaje de Texto	Terminales de Autoconsulta	Celular	Teléfono Fijo
<b>Rango 1</b>	<b>16 a 20</b>	0,20%	1,50%	0,00%	0,50%	2,90%	3,40%
	<b>21 a 30</b>	2,20%	1,50%	0,00%	1,00%	8,00%	7,80%
	<b>Sub-total</b>	<b>2,40%</b>	<b>3,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>1,50%</b>	<b>10,90%</b>	<b>11,20%</b>
<b>Rango 2</b>	<b>31 a 40</b>	0,70%	0,70%	0,00%	3,20%	21,00%	15,10%
	<b>41 a 50</b>	0,50%	0,50%	0,00%	1,50%	15,90%	14,60%
	<b>Sub-total</b>	<b>1,20%</b>	<b>1,20%</b>	<b>0,00%</b>	<b>4,70%</b>	<b>36,90%</b>	<b>29,70%</b>
<b>Rango 3</b>	<b>51 a 60</b>	0,20%	0,20%	0,00%	1,00%	10,50%	7,60%
	<b>61 y más</b>	0,00%	0,20%	0,20%	0,50%	5,10%	5,40%
	<b>Sub-total</b>	<b>0,20%</b>	<b>0,40%</b>	<b>0,20%</b>	<b>1,50%</b>	<b>15,60%</b>	<b>13,00%</b>
<b>% Total</b>		<b>3,90%</b>	<b>4,60%</b>	<b>0,20%</b>	<b>7,60%</b>	<b>63,40%</b>	<b>53,90%</b>

### TIC SEGÚN ESCOLARIDAD

Nivel Escolaridad	Escolaridad	TIC que más utiliza(a)					
		Internet	Correo Electrónico	Mensaje de Texto	Terminales de Autoconsulta	Celular	Teléfono Fijo
Nivel 1	Sin Escolaridad	0,00%	0,00%	0,50%	0,00%	2,40%	0,20%
	Básica Incompleta	0,00%	0,20%	2,10%	0,20%	21,50%	4,70%
	Básica Completa	0,20%	0,20%	0,90%	0,20%	13,20%	3,30%
	<b>Sub-total</b>	<b>0,20%</b>	<b>0,40%</b>	<b>3,50%</b>	<b>0,40%</b>	<b>37,10%</b>	<b>8,20%</b>
Nivel 2	Media Incompleta	2,60%	2,60%	5,00%	0,00%	14,20%	3,10%
	Media Completa	3,30%	4,00%	9,90%	1,40%	22,60%	9,00%
	<b>Sub-total</b>	<b>5,90%</b>	<b>6,60%</b>	<b>14,90%</b>	<b>1,40%</b>	<b>36,80%</b>	<b>12,10%</b>
Nivel 3	Técnica Incompleta	1,40%	1,20%	1,90%	0,20%	4,00%	2,40%
	Técnica Completa	4,70%	5,00%	5,70%	0,20%	9,70%	4,50%
	Superior Incompleta	1,20%	0,90%	0,90%	0,50%	1,20%	0,70%
	Superior Completa	1,20%	1,20%	0,90%	0,00%	2,60%	2,60%
	<b>Sub-total</b>	<b>8,50%</b>	<b>8,30%</b>	<b>9,40%</b>	<b>0,90%</b>	<b>17,50%</b>	<b>10,20%</b>
<b>% Total</b>		<b>14,60%</b>	<b>15,30%</b>	<b>27,80%</b>	<b>2,80%</b>	<b>91,30%</b>	<b>30,40%</b>

Nivel Escolaridad	Escolaridad	TIC más preferidas(a)					
		Internet	Correo Electrónico	Mensaje de Texto	Terminales de Autoconsulta	Celular	Teléfono Fijo
Nivel 1	Sin Escolaridad	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,50%	1,50%
	Básica Incompleta	0,00%	0,00%	0,20%	2,00%	18,30%	10,70%
	Básica Completa	0,00%	0,50%	0,00%	0,50%	9,80%	6,30%
	<b>Sub-total</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,50%</b>	<b>0,20%</b>	<b>2,50%</b>	<b>29,60%</b>	<b>18,50%</b>
Nivel 2	Media Incompleta	0,00%	1,00%	0,00%	1,00%	9,30%	7,80%
	Media Completa	0,70%	0,70%	0,00%	2,00%	17,30%	13,20%
	<b>Sub-total</b>	<b>0,70%</b>	<b>1,70%</b>	<b>0,00%</b>	<b>3,00%</b>	<b>26,60%</b>	<b>21,00%</b>
Nivel 3	Técnica Incompleta	0,00%	0,20%	0,00%	0,20%	1,00%	4,10%
	Técnica Completa	1,50%	1,00%	0,00%	1,50%	4,60%	7,10%
	Superior Incompleta	0,50%	0,50%	0,00%	0,00%	0,20%	1,00%
	Superior Completa	1,20%	0,70%	0,00%	0,50%	1,70%	2,00%
	<b>Sub-total</b>	<b>3,20%</b>	<b>2,40%</b>	<b>0,00%</b>	<b>2,20%</b>	<b>7,50%</b>	<b>14,20%</b>
<b>% Total</b>		<b>3,90%</b>	<b>4,60%</b>	<b>0,20%</b>	<b>7,60%</b>	<b>63,70%</b>	<b>53,70%</b>

## TIC SEGÚN SECTOR DE DOMICILIO

Sector	TIC que más utiliza(a)					
	Internet	Correo Electrónico	Mensaje de Texto	Terminales de Autoconsulta	Celular	Teléfono Fijo
Urbano	13,90%	14,60%	24,50%	1,90%	68,90%	26,60%
Rural	0,70%	0,70%	3,30%	0,90%	22,10%	4,00%
	<b>14,60%</b>	<b>15,30%</b>	<b>27,80%</b>	<b>2,80%</b>	<b>91,10%</b>	<b>30,60%</b>

Sector	TIC más preferidas(a)					
	Internet	Correo Electrónico	Mensaje de Texto	Terminales de Autoconsulta	Celular	Teléfono Fijo
Urbano	3,90%	4,60%	0,20%	5,40%	46,50%	45,30%
Rural	0,00%	0,00%	0,00%	2,20%	17,00%	8,50%
	<b>3,90%</b>	<b>4,60%</b>	<b>0,20%</b>	<b>7,50%</b>	<b>63,50%</b>	<b>53,80%</b>