

MODELO INTEGRADO PARA LA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL
CLIENTE – CASO CLÍNICAS Y HOSPITALES

ELIDIA ESTHER GALVIZ MUÑOZ

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO-MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
MAESTRÍA EN INGENIERÍA INDUSTRIAL
BUCARAMANGA

2012

MODELO INTEGRADO PARA LA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL
CLIENTE – CASO CLÍNICAS Y HOSPITALES

ELIDIA ESTHER GALVIZ MUÑOZ

Tesis presentada a la Escuela de Estudios Industriales y Empresariales de la
Universidad Industrial de Santander para la obtención del Título de
Magíster en Ingeniería Industrial

Director:

NÉSTOR RAÚL ORTÍZ PIMIENTO
Magíster en Ingeniería de Sistemas

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO-MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
MAESTRÍA EN INGENIERÍA INDUSTRIAL
BUCARAMANGA

2012

DEDICATORIA

A Dios,

A mi hermosa familia: mi madre, mi abuela, mi padre (q.e.d),

Mis hermanos, mi luz: Sharik y Valerie

A quienes me apoyaron y creyeron en mí

AGRADECIMIENTOS

Doy mis sinceros agradecimientos a quienes contribuyeron de alguna manera en la realización de este proyecto:

A mi Director, el profesor Néstor Raúl Ortiz Pimiento, por permitirme hacer parte del Grupo ÓPALO y desarrollar ésta, su idea de investigación; además, por sus orientaciones y su oportuna disposición.

A la Clínica Chicamocha y al profesor Hernán Pabón Barajas por permitir aplicar este trabajo en esa Institución.

A la División de Publicaciones UIS, especialmente al Ing. Óscar Gómez Molina, por apoyarme en mi crecimiento profesional.

A los docentes de la maestría, por sus enseñanzas.

A mis compañeros de maestría, familiares y amigos por su apoyo y cariño.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	16
1.2 HIPÓTESIS FUNDAMENTAL	18
1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	18
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.4.1 Objetivo General	20
1.4.2 Objetivos Específicos	21
1.5 ORGANIZACIÓN DEL DOCUMENTO	22
2. MARCO DE REFERENCIA	23
2.1 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE: ORÍGENES Y DEFINICIONES	23
2.1.1 Satisfacción del Cliente y Calidad Percibida	26
2.2 MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	28
2.2.1 Modelos que identifican variables asociadas a la satisfacción del cliente sin generar metodología de cuantificación	29
2.2.2 Modelos que presentan metodologías para medir la satisfacción del cliente, sin abordar el análisis profundo de los resultados	38
2.2.3 Modelos que establecen metodología para el análisis de los resultados	48
2.2.4 Medición de la satisfacción en el Sector Salud	50
2.3 CONTEXTO DEL OBJETO DE ESTUDIO	55
2.3.1 Empresas de Servicios	55
2.3.2 Sector Salud en Colombia	59
2.3.3 Instituciones Prestadoras de Salud - Clínicas y Hospitales en Colombia	60
2.3.4 El Proceso de Medición de la Satisfacción del Cliente en Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana	62
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	67
3.1 ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN	67
3.1.1. Identificación de las metodologías utilizadas para medir la satisfacción del cliente	68
3.1.2 Diseño Preliminar del Modelo	70

3.1.3	Operativización del modelo	70
3.1.4	Aplicación del modelo	71
3.1.5	Conclusiones y limitaciones	71
4.	ESTRUCTURA GENERAL DEL MODELO PARA LA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE EN EMPRESAS DE SERVICIOS	72
4.1	PROPUESTA DE UN MODELO INTEGRADO PARA LA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	73
4.1.1	Condiciones de Aplicabilidad	76
4.1.2	Medición de la Satisfacción	78
4.1.3	Análisis de Resultados	90
4.1.4	Uso de la Información	107
5.	APLICACIÓN DEL MODELO DISEÑADO	111
5.1	SELECCIÓN DEL SERVICIO EN EL QUE SE APLICARÁ EL MODELO	111
5.2	VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE APLICABILIDAD	112
5.3	MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN	113
5.3.1	Investigación Exploratoria	113
5.3.2	Investigación Concluyente	121
5.4	ANÁLISIS DE RESULTADOS	123
5.4.1	Validación del instrumento	123
5.4.2	Análisis descriptivo	127
5.4.3	Identificación de aspectos que más afectan la satisfacción del paciente	129
5.4.4	Identificación de grupos de clientes según perfil de los encuestados	131
5.4.5	Identificación de grupos de clientes según nivel de satisfacción	134
5.4.6	Identificación de los procesos y actividades relacionados con los resultados de la satisfacción del cliente	135
5.5	USO DE LA INFORMACIÓN	137
6.	CONCLUSIONES Y LINEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS	139
	REFERENCIAS	144
	ANEXOS	158

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Interpretación de la Matriz Importancia Desempeño	50
Tabla 2. Resumen de las dimensiones de calidad en los servicios médicos encontradas por algunos autores	52
Tabla 3. Características de los servicios	56
Tabla 4. Aspectos asociados a la satisfacción del cliente en diferentes industrias o servicios	79
Tabla 5. Esquema de la Matriz producto/servicio – proceso	102
Tabla 6. Esquema de la Matriz proceso- subproceso	102
Tabla 7. Esquema de la Matriz subproceso-función	103
Tabla 8. Ponderación de aspectos según resultados de satisfacción	104
Tabla 9. Puntuación de tipos de relación entre aspectos y procesos del servicio	105
Tabla 10. Condiciones de aplicabilidad del modelo en la Clínica Chicamocha	112
Tabla 11. Comparación de Escala Pecauss y predictores de la satisfacción del paciente en el servicio de urgencias	118
Tabla 12. Comparación de Escala Pecauss con Derechos de Pacientes Y características de calidad en salud	120
Tabla 13. Resultados del análisis Factorial	124
Tabla 14. Análisis de Componentes Principales	125
Tabla 15. Composición de factores de acuerdo con los aspectos evaluados	126

Tabla 16. Correlación de variables con la calidad general	127
Tabla 17. Estadísticos de fiabilidad	127
Tabla 18. Estadísticos descriptivos	128
Tabla 19. Aspectos que más influyen en la satisfacción del paciente	131
Tabla 20. Promedio de las variables estudiadas en los grupos identificados	133
Tabla 21. Principales características de cada grupo	133
Tabla 22. Perfil de pacientes no satisfechos con la Calidad en General	134
Tabla 23. Estadísticos descriptivos personas no satisfechas	135
Tabla 24. Actividades de los procesos en las que debe trabajarse para mejorar la satisfacción	137

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Evolución del concepto de calidad	25
Figura 2. Metodologías para medir la satisfacción del cliente	30
Figura 3. Modelo de la Imagen de Grönroos	31
Figura 4. Modelo de la Imagen de Grönroos- Gummesson	32
Figura 5. Modelo de los tres componentes	33
Figura 6. Relación jerárquica entre la calidad global, las dimensiones y los artículos de satisfacción	37
Figura 7. Dimensiones Modelo SERVQUAL	39
Figura 8. Modelo SERVQUAL	41
Figura 9. Matriz importancia – Desempeño	49
Figura 10. Modelo de Satisfacción propuesto por Wick	52
Figura 11. Actividad empresarial en Santander a enero 4 de 2012	59
Figura 12. Proceso metodológico de la investigación	68
Figura 13. Modelo integrado para la medición de la satisfacción del cliente en empresas de servicios.	75
Figura 14. Métodos para selección de muestras	89
Figura 15. Gráfico de componentes principales que permite la clasificación de individuos	95
Figura 16. Vista del complemento Minería de Datos Microsoft Excel	98
Figura 17. Resultados de aplicar árboles de decisión con complemento de minería de datos de Excel	99

Figura 18. Sistema Integral de Matrices de QFD	101
Figura 19. Esquema de la Matriz aspectos importantes relacionados con el servicio – proceso	105
Figura 20. Esquema de la Matriz procesos – actividades del servicio	106
Figura 21. Esquema de la Matriz actividades del servicio – cargos que participan en los procesos	107
Figura 22. Percepción de la calidad en Hospitales	114
Figura 23. Promedio de los aspectos evaluados en la encuesta	129

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Encuesta aplicada a clínicas y hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana, relacionada con la medición de la satisfacción de los clientes	158
Anexo B. Resultados de la encuesta aplicada a clínicas y hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana, relacionada con la medición de la satisfacción de los clientes.	161
Anexo C. Ventajas y limitaciones de los diferentes tipos de métodos de recolección de datos.	175
Anexo D. Generalidades de algunas herramientas estadísticas para el análisis de la información	176
Anexo E. Caracterización del servicio de Urgencias de la Clínica Chicamocha	185
Anexo F. Consolidado de aspectos consultados para evaluar la satisfacción de los pacientes en Instituciones de Salud	188
Anexo G. Consolidado de aspectos consultados para evaluar la satisfacción de los pacientes en el Servicio de Urgencias	192
Anexo H. Instrumento inicial a aplicar a los usuarios del servicio de urgencias de la Clínica Chicamocha	195
Anexo I. Encuesta de satisfacción del usuario del servicio de urgencias	196
Anexo J. Análisis de datos	198
Anexo K. Resultados análisis regresión múltiple	200
Anexo L. Resultados técnicas clasificación – Complemento Data Mining Microsoft Excel	204

Anexo M.	Matriz de aspectos importantes relacionados con satisfacción del cliente - procesos del servicio de Urgencias	211
Anexo N.	Matriz procesos servicio de urgencias - actividades de los procesos	212
Anexo Ñ.	Matriz actividades de los procesos – responsables	214
Anexo O.	Matriz actividades de los procesos - responsables ordenada según importancia relativa	215
Anexo P.	Plan de acción a partir de los resultados de la medición de la satisfacción de los pacientes	216
Anexo Q.	Análisis de causas de aspectos susceptibles de mejora relacionados con la satisfacción del cliente	218

RESUMEN

TÍTULO: MODELO INTEGRADO PARA LA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE - CASO CLÍNICAS Y HOSPITALES*

AUTOR: ELIDIA ESTHER GALVIZ MUÑOZ**

PALABRAS CLAVES: SATISFACCIÓN DEL CLIENTE, MEDICIÓN, SERVICIOS, CLÍNICAS Y HOSPITALES.

CONTENIDO: Teniendo en cuenta la importancia que tienen los clientes para la supervivencia de las organizaciones, se presenta una propuesta de un modelo integral que mida su satisfacción y permita llevar a cabo un análisis de la información por ellos suministrada, de tal forma que puedan identificarse aquellos aspectos del servicio ofrecido que deben abordarse para mejorar la satisfacción. Dicho modelo es aplicable a empresas de servicios y se tomó como caso de estudio las clínicas y hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana.

A partir de una revisión bibliográfica realizada en bases electrónicas y del conocimiento de la gestión organizacional acerca de la medición de la satisfacción de los clientes, realizada por las clínicas y hospitales de la región, se diseña el modelo determinando aspectos relativos a: las condiciones de aplicabilidad en las organizaciones; las técnicas a emplear en la medición de la satisfacción de los clientes para obtener resultados que permitan identificar las variables que más la afectan y aquellas que generan insatisfacción en los clientes no satisfechos; la metodología a utilizar para analizar los datos de tal forma que esas variables identificadas se relacionen con los procesos y actividades del servicio estudiado; la jerarquización de los aspectos en los que debe trabajarse para mejorar la satisfacción del cliente, y la generación de un plan de acción que permita controlar y hacer seguimiento a las acciones que se definan.

Finalmente, el modelo diseñado fue aplicado en el servicio de Urgencias de una clínica de la ciudad de Bucaramanga, con el objeto de validarlo y realizar los ajustes pertinentes al mismo.

* Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Ingeniería Industrial.

** Facultad de Ingenierías Físico-Mecánica. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. Director: Msc. Néstor Raúl Ortiz Pimiento.

ABSTRACT

TITLE: MODELO INTEGRADO PARA LA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE - CASO CLÍNICAS Y HOSPITALES*

AUTHOR: ELIDIA ESTHER GALVIZ MUÑOZ**

KEYWORDS: SATISFACCIÓN DEL CLIENTE, MEDICIÓN, SERVICIOS, CLÍNICAS Y HOSPITALES.

ABSTRACT: Considering the importance that customers have for the survival of organizations, this study presented a proposal for an integral model to measure customers satisfaction and that enables at the same time to analyze the information they provided related to the service. This models aims to identify those aspects inherent to the service that must be taken in consideration to improve satisfaction. It is applicable to service companies in fact, several clinics and hospitals in Bucaramanga and its metropolitan area were taken as a case study.

Based on a literature review from electronic databases and knowledge of organizational management about the measurement of customer satisfaction that were conducted by clinics and hospitals in the region, this model was designed by determining the following aspects: the conditions of applicability in organizations, the techniques employed in measuring customer satisfaction to get data that allows to identify the variables that affect satisfaction and those that generate dissatisfaction in dissatisfied customers; the methodology to be used to analyze data so that the identified variables are related to processes and activities of the service studied, the ranking of the aspects that should be made to improve customer satisfaction, all that to generate an action plan to control and track the actions to be defined.

Finally, the designed model was applied in the emergency department of a clinic in Bucaramanga city, in order to validate it and make the necessary adjustments.

* Degree Thesis.

** Faculty of Physical- Mechanical Engineerings. School of Industrial and business Studies. Director: Msc. Néstor Raúl Ortiz Pimiento.

INTRODUCCIÓN

Los clientes son fundamentales para el desarrollo y la estabilidad de las organizaciones, por ello su satisfacción constituye uno de los principales objetivos empresariales y han sido numerosas las investigaciones internacionales alrededor de ese tema, ya que la información sobre los clientes es un componente vital dentro del proceso de mejora continua de la calidad del servicio entregado al cliente (Pedic, 2004).

En esas investigaciones, básicamente se identifica el nivel de satisfacción del cliente en cuanto a los atributos evaluados de un producto, servicio, o una empresa; o se estudian relaciones entre esos atributos y la satisfacción del cliente, pero el análisis que se realiza es puntual con respecto a la información recolectada, sin llegar a generar una metodología aplicable a otros servicios, otras organizaciones u otros países, o que brinde directrices generales relacionadas con el análisis de los resultados obtenidos.

Con base en lo anterior, se presenta una propuesta de un modelo integral que mida la satisfacción del cliente y posibilite un análisis de la información por ellos suministrada, de tal forma que puedan identificarse aquellos aspectos del servicio ofrecido que deben abordarse para mejorar la satisfacción. Se trata de brindar una herramienta que permita a la Gerencia, la fácil asociación de los resultados encontrados en esa medición con los procesos y actividades de la empresa, considerando el perfil de los clientes, los aspectos que afectan significativamente la satisfacción y aquellos que causan insatisfacción, en un periodo determinado.

Esta investigación se centra en empresas de servicios, no solo por la importancia del sector terciario en la economía mundial, sino porque la medición realizada por el cliente se realiza de manera subjetiva, agregando complejidad a tal medida - en empresas manufactureras la satisfacción del cliente asociada a la calidad del

producto puede ser medida objetivamente a través de indicadores tales como duración del mismo o número de defectos (Parasuraman *et al.*, 1988)-.

El modelo formulado se aplica en el servicio de urgencias de una clínica de la ciudad de Bucaramanga con el fin de validar su funcionalidad. La selección se realizó considerando el valor agregado que se daría, teniendo en cuenta que en el sector salud un servicio deficiente puede poner en riesgo la integridad de una o varias personas, lo que no necesariamente ocurre en todos los servicios.

A partir de la validación realizada se efectúan los ajustes que se identifiquen necesarios para la funcionalidad del modelo integrado de medición de satisfacción de los clientes.

1. GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La literatura reconoce que la relación con el cliente es fundamental para el desarrollo y estabilidad de las organizaciones (Kotler y Armstrong, 2004; en Buitrago, 2007) y que un alto nivel de satisfacción del cliente en una empresa puede llevarla a beneficios como una mejor posición competitiva o aumentar su cuota en el mercado (Fornell, 1992).

Debido a ello, desde hace años ha existido un interés creciente en estudiar y evaluar la satisfacción del cliente. Durante los años setenta se publicaron más de 500 estudios sobre la materia y se estima que a principios de los noventa existían más de 15.000 artículos al respecto (Hunt, 1982 y Peterson y Wilson, 1992; en Segarra 2007). Esas investigaciones se han realizado en diferentes países y tipos de industrias.

Como resultado de esos estudios, básicamente se identifica el nivel de satisfacción del cliente en cuanto a los atributos evaluados de un producto, servicio, o una empresa; o se estudian relaciones entre esos atributos y la satisfacción del cliente, pero el análisis que se realiza es puntual con respecto a la información recolectada, sin llegar a generar un modelo aplicable a otros servicios u otras organizaciones.

En estudios más avanzados, se generan propuestas para medir la satisfacción del cliente en algunos servicios o industrias, cuya aplicación se encuentra restringida al contexto normativo de la región o país. Se destaca en ellos, que su objeto es

enfocado a la medición de la satisfacción, proporcionando pautas acerca de la forma como ella deba cuantificarse o valorarse y qué aspectos medir de acuerdo con el servicio evaluado, sin embargo no consideran el uso que se dé a los resultados de esa evaluación y ni formulan un modelo que integre todas las actividades del proceso de medición, desde su inicio hasta la elaboración de un análisis final que relacione los resultados encontrados con los procesos de las organizaciones, y que facilite la toma de decisiones a la Gerencia.

En el contexto nacional, principalmente el interés de medir la satisfacción de los clientes va ligado a la necesidad de cumplir una normatividad voluntaria u obligatoria; como es el caso de las empresas que tienen implementado un Sistema de Gestión de la Calidad basado en la norma ISO 9001 o en el caso de las empresas de salud que tienen reglamentado un indicador al respecto (Resolución 1446 de 2006 del Ministerio de la Protección Social).

Resultado de ello, las empresas tienen información básica acerca de la percepción del cliente en cuanto a su satisfacción, que no se analiza y desagrega a tal punto que permita a la Gerencia, identificar fácilmente actividades o puntos críticos de su servicio que deban mejorarse para impactar en la satisfacción del cliente. Adicionalmente, existen obstáculos en el estudio de la satisfacción como la superficialidad de los instrumentos utilizados debido a que no se tiene claro el concepto de satisfacción y el rigor científico con el que ellos se emplean (Zas, 2002).

Con base en lo anterior, en la literatura conocida no se ha identificado un modelo integral de medición de la satisfacción de los clientes en las empresas de servicio, adecuado para el contexto colombiano, que permita la identificación de actividades críticas de los procesos, a partir del análisis de los resultados de la evaluación de la satisfacción del cliente. Esta situación permite el desarrollo de la presente

investigación, en la cual se realizará un caso de aplicación en un servicio de una Clínica u Hospital de la ciudad de Bucaramanga o su Área Metropolitana.

1.2 HIPÓTESIS FUNDAMENTAL

En el presente proyecto de investigación, se postula la siguiente hipótesis fundamental:

Un modelo de medición de la satisfacción del cliente que involucre una metodología para el análisis de los resultados del instrumento de medición, la cual considere el perfil del cliente, los aspectos que afectan significativamente la satisfacción y aquellos que causan insatisfacción en un periodo determinado, y la relación de esos aspectos con los procesos que hacen parte de un servicio, permite la identificación de actividades críticas que deben abordarse para la mejora de la percepción del cliente en cuanto a la calidad del servicio ofrecido.

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Se encuentra importante abordar ese tema de investigación por las siguientes razones:

- Todas las organizaciones están interesadas en su rentabilidad financiera y se identifica que sin los clientes, ese propósito empresarial no puede ser logrado. Debido a esto, las empresas deberían enfocarse en identificar y satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes, con el ánimo de conseguir nuevos clientes y mantener los actuales. Por ello, las organizaciones requieren medir la satisfacción de sus clientes y de ese modo identificar la percepción sobre aquellos elementos que componen el servicio, para, a partir de esa

información, generar planes de acción que les permitan mejorar los aspectos identificados con un bajo desempeño y robustecer sus fortalezas para crear ventajas competitivas. Esa información permitiría canalizar esfuerzos y recursos, generalmente limitados, hacia aspectos esenciales que van a redundar en beneficio para la empresa. Debe tenerse en cuenta que un modelo inapropiado generaría pérdida de recursos, si permite invertir en aspectos que la empresa considera importantes pero que finalmente, no agregan valor al cliente.

- Adicionalmente, es de interés abordar el tema en el sector salud, porque:
 - La salud constituye un derecho establecido en nuestra Constitución Política y las entidades de salud deben velar porque su servicio sea prestado adecuadamente. En este sector, un servicio deficiente puede poner en riesgo la vida de una o varias personas.
 - El sector salud se ha definido como una apuesta productiva para el Departamento de Santander (Consejo Privado de Competitividad, 2007).
 - La definición de dicho modelo permitirá contribuir al cumplimiento de la legislación nacional en lo que respecta al Sistema General de Salud. El Decreto número 2174 de noviembre 28 de 1996 del Ministerio de Salud, presenta la organización del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y define los componentes que éste debe contener, dentro de los cuales se considera “el desarrollo de procesos que permitan conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y atender las reclamaciones y sugerencias que se presenten”. Estas directrices fueron fortalecidas con la publicación de la Resolución 1446 de 2006 del Ministerio de Protección Social, que adopta los indicadores de monitoreo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, entre los cuales se encuentra la *Tasa de Satisfacción Global*. Es de aclarar que la

Resolución indica que ese indicador debe medirse con base en encuestas de satisfacción pero no establece qué aspectos deben tenerse en cuenta en esa evaluación; pues ello es establecido por cada entidad de salud.

- Obtener la satisfacción de los clientes permite reducir costos asociados a los tratamientos, pues, según diferentes investigaciones (Hudak, 2000 y Wick, 2004), los pacientes satisfechos se comportan de manera diferente a los insatisfechos; los pacientes satisfechos parecen más dispuestos a cooperar con sus tratamientos, a continuar utilizando los servicios de atención médica, y cooperar revelando información médica importante; por el contrario, si no están satisfechos, los pacientes pueden hacer que los servicios sean menos eficaces, ya sea por dejar de buscar atención cuando sea necesario o por negarse a cumplir con el tratamiento prescrito. Esas actitudes del paciente influenciadas por su satisfacción inciden en los costos en los que incurre una empresa para llevar a cabo un tratamiento e influyen en la calidad de la atención prestada, por ello, la información acerca de la satisfacción de los clientes/pacientes puede ser de interés directo y de valor para los administradores del sector salud.

Con base en lo anterior, la aplicación en el sector salud del modelo que se genere, contribuiría, entre otros, a: el cumplimiento de la ley, la priorización en la inversión de recursos, la potencial disminución de los costos y al beneficio en la salud de los ciudadanos.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Diseñar un modelo para la medición de la satisfacción del cliente, que permita llevar a cabo un análisis confiable de la información por ellos suministrada, de tal

forma que puedan identificarse claramente aquellos aspectos críticos del servicio ofrecido.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar las metodologías utilizadas por las organizaciones para evaluar la satisfacción de sus clientes, de modo que sirvan de base para la formulación del modelo a diseñar.
- Establecer los principales aspectos que deben tenerse en cuenta en el diseño de un modelo de medición de satisfacción de los clientes que permita la identificación de aspectos críticos del servicio.
- Determinar las pautas más relevantes que deben tenerse en cuenta para realizar la medición de la satisfacción del cliente en las organizaciones, que deban incorporarse en el modelo propuesto.
- Definir una metodología para el análisis de los resultados de la medición de la satisfacción de cliente que permita el desglose de la información para la identificación de aspectos/actividades críticas de las organizaciones.
- Establecer la configuración del modelo de medición de satisfacción de los clientes, de modo que sea adecuado al contexto nacional.
- Aplicar el modelo formulado en al menos un área de servicios de una clínica u hospital.

1.5 ORGANIZACIÓN DEL DOCUMENTO

En el presente documento se presenta, en siete capítulos, la propuesta del referido modelo que corresponde a un proyecto de investigación de la línea “Optimización y Organización de Sistemas Administrativos” del Grupo ÓPALO de la Escuela de Estudios Industriales y Empresariales de la Universidad Industrial de Santander.

En el primero de ellos se exponen las generalidades de esta investigación, ya que se presenta el problema que se pretende abordar, la justificación para hacerlo y se plantea la hipótesis y los objetivos de la misma.

El segundo capítulo contiene la revisión bibliográfica realizada, haciendo un recuento de las investigaciones relevantes en el tema de investigación y presentando un contexto de los servicios y del sector salud.

En el tercer capítulo se presenta la metodología empleada en esta investigación.

El cuarto capítulo presenta el modelo teórico propuesto para medir la satisfacción del cliente y relacionar los resultados con los procesos. Un caso de aplicación del modelo propuesto se muestra en el capítulo quinto.

Finalmente los capítulos sexto y séptimo presentan las conclusiones del presente trabajo de investigación y las futuras líneas de investigación que pueden desarrollarse a partir de este trabajo.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE: ORÍGENES Y DEFINICIONES.

El enfoque de las organizaciones hacia la satisfacción del cliente surge en una de las etapas del desarrollo que, a lo largo del tiempo, tuvo el concepto de calidad.

Como puede observarse en el Figura 1, las industrias identifican la importancia de tener en cuenta la opinión del comprador en los años 50's, después de periodos en los que se consideraba únicamente el cumplimiento de las especificaciones de los productos y el control de los procesos para alcanzar ese objetivo.

Luego de esa década, las organizaciones mantienen su interés en lograr la satisfacción del cliente, incorporando otros aspectos tales como: el recurso humano, la cultura corporativa y la visión holística de las empresas.

Etimológicamente, el término satisfacción está asociado al efecto que el consumo de un producto o servicio causa en su usuario; es derivado del latín y significa “bastante (satis) hacer (facere)”, según Oliver está relacionado con un sentimiento de “estar saciado” (Civera, 2008); sin embargo, este concepto, ha ido cambiando a lo largo del tiempo, haciendo énfasis en diferentes aspectos.

Algunos autores concuerdan con esa declaración y definen la satisfacción como el resultado de la evaluación de la experiencia de consumo, la cual se realiza después del mismo¹ (Hunt, 1977; Tse, Nicosia y Wilton, 1990; Oliver, 1996; en

¹ Se trata de un resultado positivo. Esta definición es acorde con el Paradigma de la desconfirmación de Oliver: Dado que la satisfacción está definida por la diferencia que resulta cuando el cliente compara sus expectativas y el

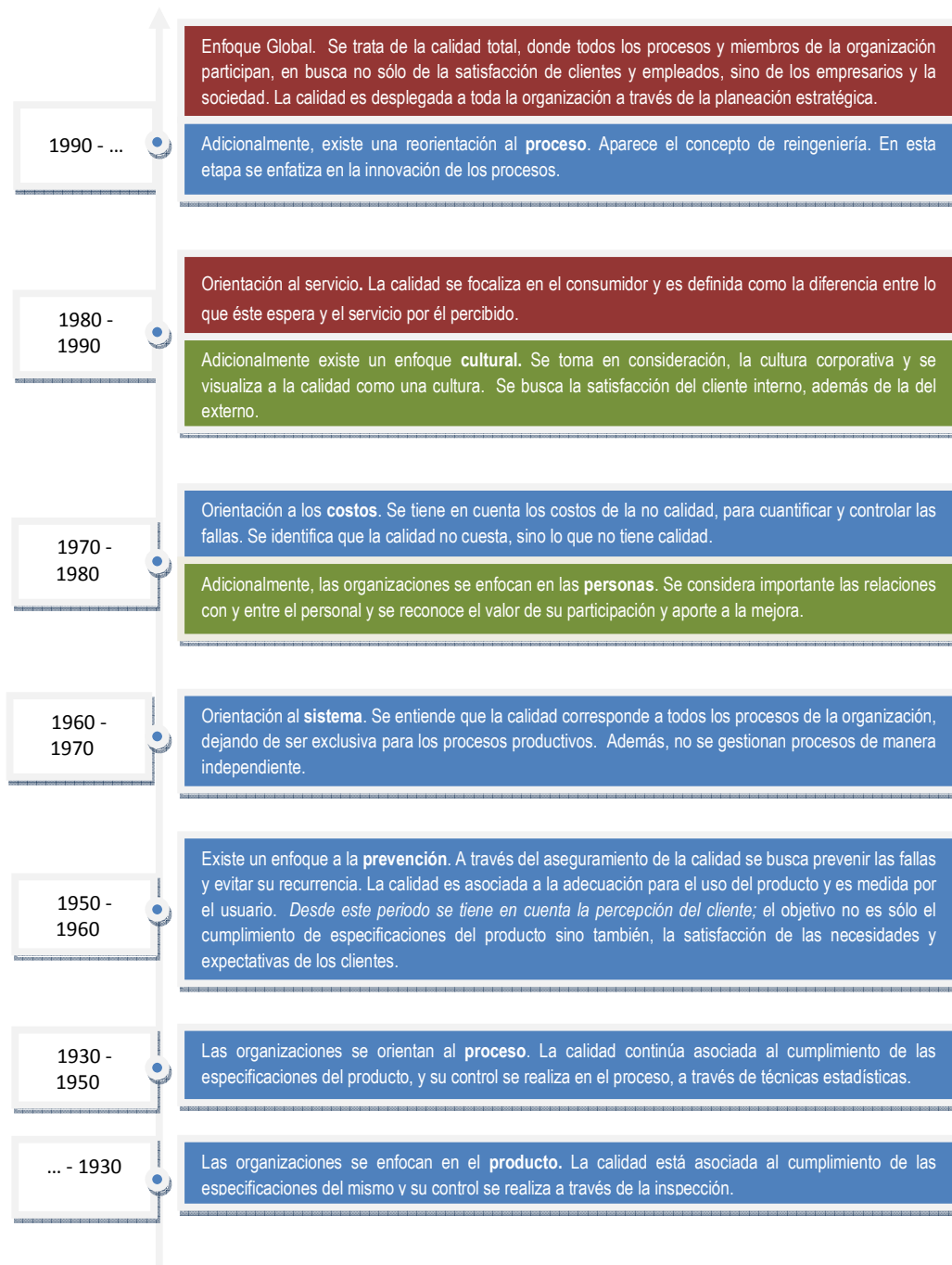
Morales y Hernández, 2004), esa evaluación es entendida como la comparación que el cliente hace entre sus expectativas y el rendimiento percibido del producto o servicio consumido; en este caso, el concepto se centra en el proceso evaluativo, tratándose de un enfoque empresarial. En este sentido, también han existido variantes, pues algunos autores consideran que la evaluación de la satisfacción, no debe involucrar las expectativas del cliente, sino únicamente su percepción del desempeño del producto o servicio, como es el caso de Cronin y Taylor (1992) y Teas (1993).

Desde una perspectiva psicológica, otros autores asocian la satisfacción a una emoción o al estado psicológico que resulta de esa evaluación (la cual puede también consistir en la comparación del costo-beneficio), ya que durante la experiencia de compra aparecen sentimientos propios de cada individuo, que van acompañados de emociones y estados de ánimo. (Westbrook y Reilly, 1983, en Morales y Hernández, 2004; Giese y Cote, 2002; y Sanzo, 2003).

Según Morales y Hernández, (2004) la definición que integra las dos perspectivas ha ido ganando aceptación entre los investigadores, de modo que el concepto de satisfacción se forma a partir de los resultados comparativos, identificando qué se recibe del producto o servicio, y de la manera como ellos influyen en el afecto, provocando emociones.

rendimiento percibido del producto o servicio consumido, habrá satisfacción si éste supera sus expectativas y no la habrá en caso contrario (Oliver, 1980)

Figura 1. Evolución del concepto de calidad



Convenciones



Periodo en el que predominó un enfoque técnico, es decir, orientado al producto.



Periodo en el que predominó un enfoque humanístico, es decir, orientado al recurso humano.



Periodo en el que predominó un enfoque estratégico, es decir, orientado principalmente al cliente y a la satisfacción de sus necesidades y expectativas.

Fuente: Elaboración propia a partir de Betancourt y Mayo (2010), Marimon (2002), Díaz (2009)

2.1.1 Satisfacción del Cliente y calidad percibida. De la revisión realizada se ha identificado que el concepto de satisfacción se encuentra relacionado con el de calidad y que a partir de la evolución de este último, se da su surgimiento; sin embargo, en la literatura se identifica cierto debate referido a la diferenciación de este concepto y el de calidad subjetiva o percibida.

Existen dos tendencias en el concepto de calidad, con base en quién la evalúa: *calidad objetiva*, que corresponde al punto de vista del productor; en este caso, la calidad de un producto o servicio es definida por él (lo que la organización cree que debe ofrecer), de acuerdo con los estándares que él elija o con base en las necesidades y expectativas que ha detectado en sus clientes. Y *la calidad subjetiva*, que corresponde a la del cliente o usuario del producto o servicio y que está sujeta a su percepción acerca del cumplimiento de necesidades, requisitos y expectativas (Vásquez *et al.*, 1996 en Duque, 2005).

Debido a que tanto el concepto de satisfacción como el de calidad subjetiva hacen referencia a la evaluación que realiza el cliente acerca del producto o servicio con base en su experiencia de compra o servicio y en sus expectativas, algunos autores los identifican como sinónimos (Liljander, 1994), otros consideran que no lo son e identifican relaciones entre ellos, considerando que la calidad es antecedente de la satisfacción y otros consideran que la relación es contraria, pero no hay una verdad única al respecto (Wicks, 2004).

Algunas de las diferencias que se han identificado son (Civera, 2008):

- La satisfacción es una evaluación hacia una experiencia específica, mientras que la calidad percibida es la valoración que se obtiene de la sumatoria de varias experiencias de consumo o servicio, siendo así una evaluación global y creada a lo largo del tiempo. Algunos autores coinciden en que la satisfacción se asocia a una experiencia transitoria y por ello puede cambiar en cada experiencia (Bolton y Drew, 1991, Cronin y Taylor, 1992; Parasuraman *et al.*, 1988; Patterson y Johnson, 1993).
- La satisfacción está basada en la experiencia de consumo, mientras que la calidad percibida no está basada necesariamente en esa experiencia, por ello la satisfacción se estudia después de la compra y la calidad percibida, se estudia a través de evaluaciones predecisorias (Latour y Peat, 1979 en Civera 2008).
- La satisfacción compara las percepciones de los clientes con lo que esperan (expectativas futuras) y la calidad percibida las compara con la expectativa ideal, es decir, con lo que esperarían de una organización que ofrece productos y servicios de alta calidad. (Colmenares y Saavedra, 2007).

Con respecto a su relación algunos investigadores concluyen que están altamente correlacionados (Bansal y Taylor, 1999; Cronin y Taylor, 1992), otros autores sugieren que la calidad percibida y la satisfacción son conceptos distintos, aunque relacionados (Bansal y Taylor, 1999; Oliver, 1980; Parasuraman *et al.*, 1988).

En cuanto a la dirección de la relación entre esos dos conceptos se identifican varias posiciones: quienes identifican a la satisfacción como un antecedente de la calidad percibida (Bitner, 1990; Bolton y Drew, 1991; Grönroos, 1988; Parasuraman *et al.*, 1988; Patterson y Johnson, 1993.), pues argumentan que a partir de varias transacciones o experiencias se va creando un concepto global

que ellos llaman calidad percibida. Autores que indican que la dirección contraria, es decir, que la calidad percibida es un antecedente de la satisfacción de los clientes (Woodside *et al.*, 1989; Cronin y Taylor, 1992; Rust y Oliver, 1994, Fornell *et al.*, 1996). Y quienes no dan una dirección única y consideran que la calidad percibida es considerada tanto un antecedente como una consecuencia de la satisfacción (Teas, 1993; Oliver, 1996; Driver 2002), manifestando que la satisfacción en una experiencia específica es determinada por la calidad del producto y el servicio (y otros factores) y a su vez, la satisfacción influye en la evaluación a largo plazo de la calidad que perciben los clientes.

Como se ha identificado, no está claro si la calidad del servicio que prestan las organizaciones (incluidas las manufactureras) es un antecedente o un consecuente de la satisfacción; sin embargo, es importante tener en cuenta los objetivos del estudio o investigación que se adelante, si está enfocada en la calidad de las empresas en términos generales, se estudiarán sus dimensiones y medida; si está centrada en la satisfacción, se estudiarán los procesos evaluativos que llevan a las personas a consumir un producto o servicio (Morales y Hernández, 2004). Adicionalmente, a pesar de las divergencias mencionadas, lo que hoy queda claro es que la calidad es definida por el cliente y su opinión prevalece por encima de la del productor o prestador del servicio (Santomá, 2008).

2.2 MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

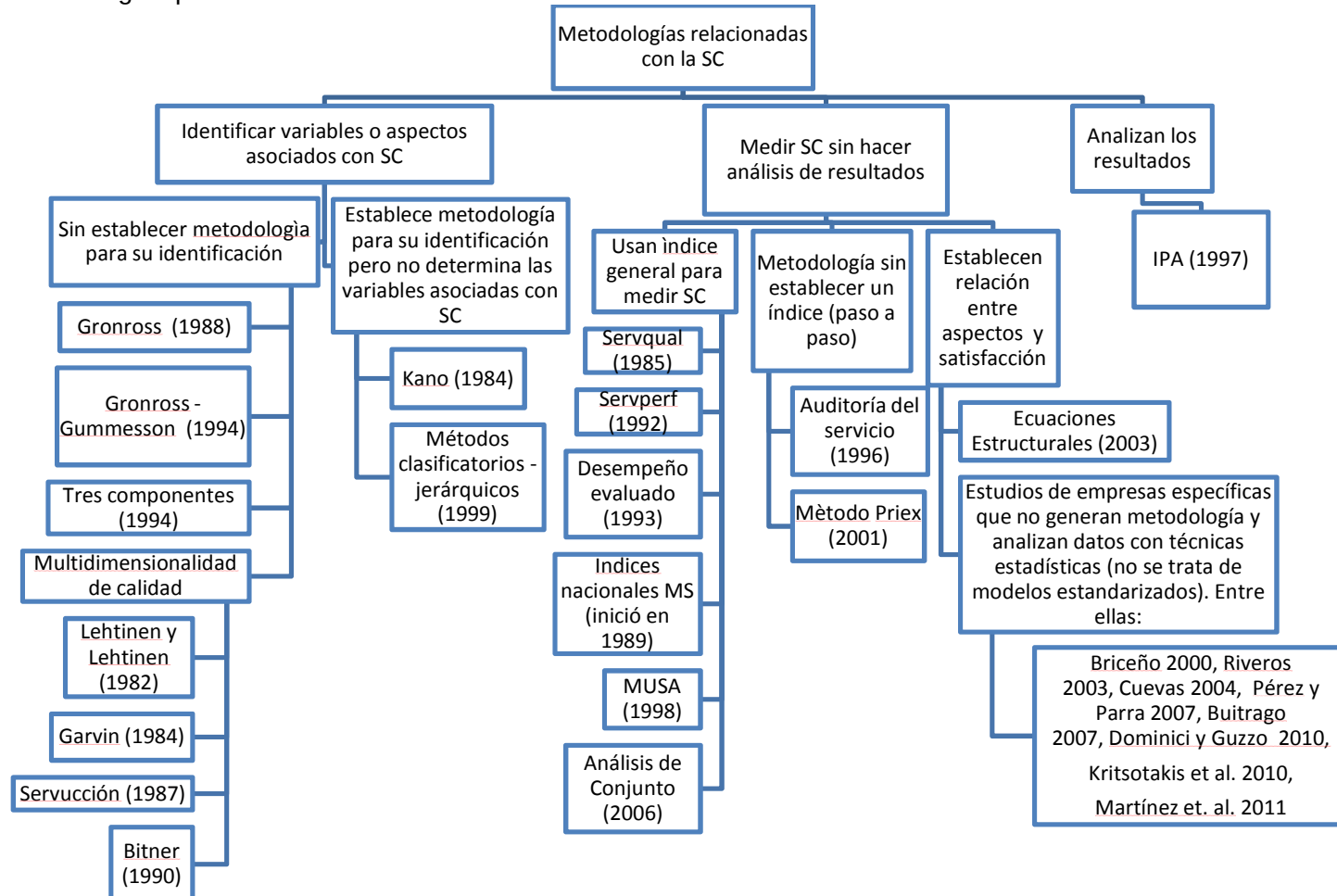
Ese traslape que se presenta entre los conceptos calidad percibida y satisfacción, se evidencia también en las diferentes formas de medirla, pues en algunos casos, los autores plantean metodologías que buscan medir la calidad del servicio que prestan las organizaciones y lo asocian directamente con la medición de la satisfacción del cliente, es decir, que existe una tendencia a medir la calidad a través de la satisfacción (Betancourt y Mayo, 2010).

En la medición de la satisfacción, corresponde tener en cuenta que las organizaciones deben definir los tipos de clientes a evaluar, pueden ser las partes interesadas externas, las partes interesadas internas (por ejemplo: empleados) o ambas. Al realizar esa definición, las empresas deberían enfocarse en identificar quiénes contribuyen a los resultados finales, luego de ello, será necesario priorizar los diferentes grupos de clientes y determinar a quiénes seleccionar para la evaluación con base en la viabilidad de acceder a ellos (Pedic, 2004). Se habla de grupos de clientes, porque dependiendo de la industria, existen diferentes tipos de clientes, por ejemplo: el distribuidor y el usuario final; en Salud, se tiene al cliente directo (paciente), al cliente indirecto (familiar) y entre los pacientes existen diferencias de acuerdo con el servicio solicitado; esos grupos deben de tenerse en cuenta a la hora de determinar los aspectos que se van a medir y el instrumento que se va a utilizar (Zas, 2002).

Existen diferentes modelos y/o metodologías que permiten la medición de la satisfacción del cliente, las cuales han aparecido a lo largo del tiempo. Una compilación de esas metodologías se presenta en la Figura 2, las cuales se describen seguidamente.

2.2.1 Modelos que identifican variables asociadas a la satisfacción del cliente sin generar metodología de cuantificación. En esta clasificación se presentan dos tipos de modelos: los que indican cuáles son los tipos de variables que deben tenerse en cuenta para lograr la satisfacción del cliente y los que establecen metodologías que permiten identificar cuáles son las variables de un servicio que influyen en la satisfacción del cliente, sin indicar variables generales que aplicarán a todos los servicios, sino que la aplicación de la metodología permitirá determinarlas para cada caso.

Figura 2. Metodologías para medir la satisfacción del cliente



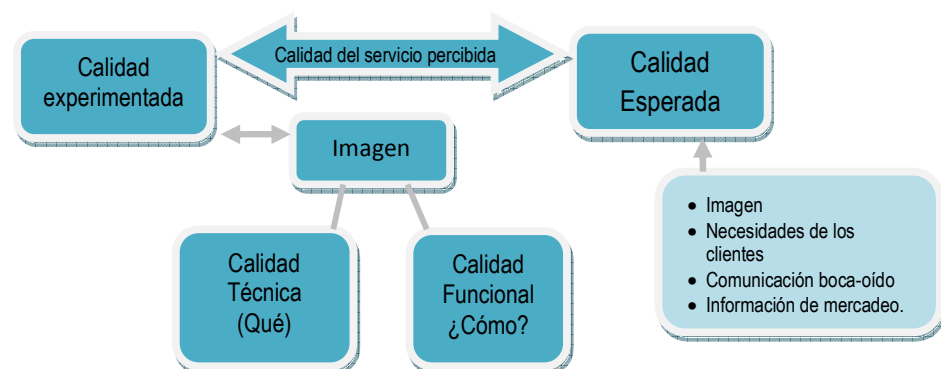
Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión bibliográfica presentada en el subcapítulo 2.2

2.2.1.1 Modelos que no establecen metodología para identificar esas variables.

➤ Modelo de la Imagen de Grönroos

Este modelo fue realizado por Christian Grönroos en los años ochenta, orientado principalmente a empresas de servicios (Figura 3). Con base en él, la percepción de la calidad del servicio está influenciada por la calidad técnica, la calidad funcional, el servicio esperado y la imagen. La calidad técnica está dada por el servicio en sí, mientras que la calidad funcional hace referencia a métodos y procedimientos a través de los cuáles éste se presta, incluyendo por ejemplo, la atención o trato que se da al cliente. Cuando el modelo se aplique en empresas manufactureras que provean servicios como parte de su oferta, es más apropiado hablar de calidad total percibida. (Grönroos, 1988).

Figura 3. Modelo de la Imagen de Grönroos



Fuente: Grönroos (1988). Service Quality: The Six Criteria of Good Service Quality.

La imagen hace referencia a la percepción que tienen los clientes de la empresa.

La calidad esperada es construida por el cliente con base en la información que recibe a través del mercadeo o información que sale de la empresa como una promesa, información suministrada por otros clientes que toman el servicio y las expectativas propias del cliente.

El nivel de calidad está dado por el nivel de calidad técnica y funcional y además, por la diferencia entre la calidad esperada y la percibida (paradigma de la desconfirmación) (Grönroos,1988). Con base en ello se identifica la subjetividad del concepto de calidad, al estar presente la percepción del cliente.

➤ *Modelo de la Imagen de Grönroos - Gummesson*

En 1994, se introduce una modificación al modelo original. Este nuevo modelo realizado por Grönroos con el apoyo de Gummesson, es un modelo integral que podría explicar la calidad tanto de bienes como de servicios (Figura 4); mantiene elementos como calidad funcional, técnica e imagen, sólo que agregan cuatro dimensiones de la calidad: diseño del producto o servicio, producción, entrega del producto o servicio y relaciones entre los empleados y el cliente. (Grönroos,1994; Gummesson, 1993).

Figura 4. Modelo de la Imagen de Grönroos- Gummesson



Fuente: Grönroos (1994). Marketing y Gestión de Servicios.

➤ *Modelo de los Tres Componentes*

Rust y Oliver presentan este modelo en 1994, el cual fue planteado inicialmente para productos, pero extendió su aplicación a servicios. Argumentan que la calidad

se basa en tres componentes (Figura 5): características propias del producto o servicio, las cuales deben definirse con base en las expectativas de los clientes, su entrega o prestación y el ambiente en que se entrega o presta. Su trabajo fue validado con la evidencia de investigadores como McDougall y Levesque en el sector bancario (Rust y Oliver, 1994). Este modelo contiene algunos elementos del modelo de Grönroos como la calidad técnica y la cultura organizacional, sólo que son incorporados de manera menos visible, debido a que se identifican con otra denominación, adicionalmente, se encuentra que también se basa en el paradigma de la desconfirmación.

Figura 5. Modelo de los tres componentes



Fuente: Rust y Oliver (1994). Service Quality. Insights and Managerial implications form the frontier.

Según Betancourt y Mayo (2010), las características del producto o servicio pueden ser definidas empleando metodologías como:

- Técnicas estadísticas, utilizadas por De Sarbo *et al.* (1994).
- Técnica de incidentes críticos, empleada por Bitner y Hubert (1994).
- Benchmarking, para compararse con la industria o una empresa líder.
- Casa de la calidad (*Quality Function Deployment -QDF*), la cual se desarrolló en el Japón hacia el final de la década de 1960 por Yoji Akao. “Es un método de diseño de productos y servicios que recoge las demandas y

expectativas de los clientes y las traduce, en pasos sucesivos, a características técnicas y operativas satisfactorias". (Akao, 1990).

- Modelo Kano propuesto por el profesor Noriaki Kano en los años 80 que analiza tres tipos de requisito: de insatisfacción, de satisfacción y de deleite. (Kano, et al., 1984).

El ambiente del servicio hace referencia tanto a la parte interna, relacionada con la cultura organizacional como la externa que se refiere a los aspectos físicos involucrados en la prestación del servicio (Rust y Oliver, 1994).

La entrega involucra la forma como se presta el servicio; de ella hacen parte los momentos de verdad, es decir, aquellos en los cuales los clientes interactúan en la empresa (Solomon, Suprenant, Czepiel y Gutman(1985) y Zeithalm y Bitner (2002) en Duque, 2005)

➤ *Otros Modelos Basados en la Multidimensionalidad de la Calidad*

Existen otros modelos que identifican los aspectos que intervienen en la calidad y sus interrelaciones, pero que no muestran una metodología para la evaluación de la satisfacción del cliente, entre ellas: Lehtinen y Lehtinen (1982), Garvin (1984), Eiglier y Langeard (1989) con el modelo servucción, y el modelo de Bitner (1990). Esos modelos pueden ser útiles en la medida, en que definen qué aspectos causan la satisfacción del cliente y esos elementos pueden incorporarse en futuros modelos de medición.

Entre ellos cabe resaltar: Lehtinen y Lehtinen (1982) quienes determinan tres dimensiones de la calidad en empresas de servicios: calidad física, que incluye los aspectos físicos del servicio como equipos y edificios; calidad corporativa, que afecta a la imagen de la empresa; y calidad interactiva, la cual deriva tanto de la interacción entre el personal y el cliente, como de los clientes con otros clientes.

Garvin (1984) destacó ocho dimensiones de la calidad en empresas manufactureras: desempeño, características, confiabilidad (probabilidad de un mal funcionamiento), apego (habilidad de cumplir con las especificaciones), durabilidad, aspectos del servicio (rapidez, cortesía, facilidad para corregir problemas), estética y calidad percibida.

Eiglier y Langeard (1989) generaron la teoría de la “servucción” (generación o producción de un servicio), diseñado para empresas del sector terciario. Relacionan el concepto de calidad del servicio con tres aspectos: el output o calidad del servicio prestado como resultado final, los elementos de la servucción o calidad de los elementos que intervienen en el proceso de fabricación del servicio (modernidad, limpieza del soporte físico; cualificación, presentación y disponibilidad del personal de contacto, clientela) y calidad del proceso de prestación del servicio.

Bitner (1990) encuentra que la satisfacción del cliente con respecto al encuentro del servicio ofrecido por las empresas (incluidas las manufactureras), es afectado por: el producto, el precio, el lugar, ambiente físico, los participantes o personal con quien se contacta y el proceso.

En los modelos citados, se encuentra que algunos aspectos o atributos del producto o servicio que se asocian a la satisfacción, son comunes, aunque con denominaciones diferentes.

2.2.1.2 Modelos que establecen metodología general para identificar variables asociadas con la satisfacción del cliente, sin definirlas de manera específica.

➤ Modelo Kano

Este modelo propuesto por Noriaki Kano permite identificar y clasificar las características del servicio y las propiedades del producto que aportan a la

satisfacción del cliente. Para ello analiza tres tipos de factores o requisitos (Kano, et al., 1984):

- Factores básicos o requisitos de insatisfacción: Son los requisitos mínimos que el cliente espera; causarán su descontento si no se cumplen, pero no causarán su satisfacción si se presentan.
- Requisitos de satisfacción: En ellos, su nivel de desempeño va ligado a la satisfacción; si el desempeño es bajo, la satisfacción es baja y si el desempeño es alto, así será la satisfacción, por ejemplo: el tiempo de espera en la fila de un banco si el tiempo es corto (nivel de desempeño alto), habrá satisfacción y si el tiempo es largo, habrá insatisfacción.
- Requisitos de deleite: Son los factores que aumentan la satisfacción del cliente si se presentan en el producto o servicio, pero no causan su descontento si no se presentan.

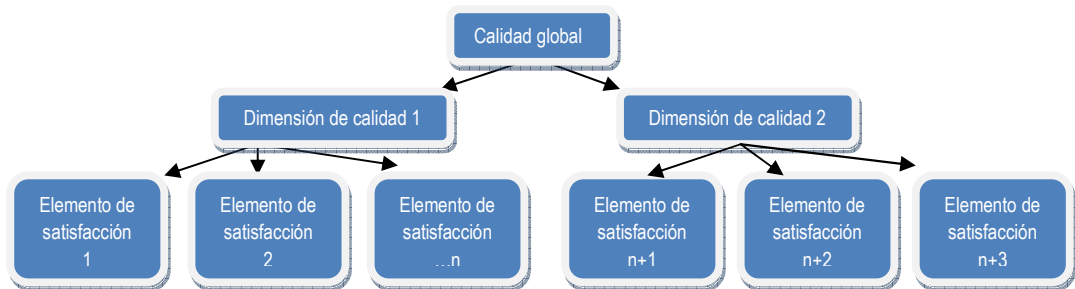
➤ Métodos Clasificatorios – Jerárquicos.

El método de Incidentes Críticos propuesto por Hayes (1999) es una técnica cuantitativa que busca a través de la entrevista con el cliente, identificar elementos claves o críticos que afectan su satisfacción, los cuales se denominan *Incidentes críticos*.

Este método difiere de los anteriores en que no se basa en la teoría de la desconfirmación y adicionalmente, no brinda atributos del servicio que deben medirse para evaluar la satisfacción del cliente de manera predeterminada, sino que ofrece la metodología para realizar la identificación de incidentes críticos en empresas manufactureras o de servicios y a partir de ella, hacer una clasificación de los incidentes por grupos de acuerdo con su naturaleza; luego, se identifican elementos de satisfacción para cada uno de los grupos, los cuales posteriormente se agrupan en dimensiones de calidad. De tal forma que se crea una jerarquía como la que se presenta en la Figura 6, en ella se presenta la relación entre la

calidad global de un producto o servicio, el cual se descompone en dimensiones de calidad y cada una de ellas a su vez se desglosa en elementos de satisfacción identificados por los clientes.

Figura 6. Relación jerárquica entre la calidad global, las dimensiones y los artículos de satisfacción.



Fuente: Pérez y Parra (2007). Evaluación y Análisis de la Calidad de un Servicio de Apoyo desde la Perspectiva del Usuario: Primer Paso hacia la Confiabilidad.

Este método es similar al propuesto por Brady y Cronin (2001), denominado Modelo Jerárquico Multidimensional; en él la percepción global que los clientes tienen sobre la calidad se basa en una evaluación del desempeño en múltiples niveles. Manifiestan que la percepción de la calidad conforma una estructura de tercer orden, definiéndose a través de dimensiones, las cuales, a su vez, están constituidas por diversas subdimensiones. Esas dimensiones y subdimensiones son características del servicio que para el cliente son de calidad pero que no son universales, sino que deben ser determinadas para cada tipo de producto o servicio evaluado.

En 1996, Dabholkar, Thorpe y Rentz desarrollaron una metodología para medir la calidad del servicio de almacenes de ventas al por menor, de una manera jerárquica. De esta manera, concluyeron que en ese tipo de servicios la calidad depende de: aspectos físicos, confiabilidad, interacción personal y solución de problemas, y éstos a su vez dependen de otros aspectos, por ejemplo,

encontraron que la interacción personal es evaluada a través de la inspiración de confianza y la cortesía.

2.2.2 Modelos que presentan metodologías para medir la Satisfacción del Cliente, sin abordar el análisis profundo de los resultados

Existen metodologías más específicas que indican cómo medir la satisfacción del cliente, pero que se quedan cortas en el desglose de los resultados de modo que se identifiquen las actividades críticas de los procesos que deben mejorarse, a saber:

2.2.2.1 Modelos que emplean un índice.

➤ SERVQUAL – (*Service Quality*)

Fue desarrollado por Parasuraman, Zeithaml y Berry en 1985, quienes diseñaron un instrumento para empresas de servicios, con el interés de brindar una herramienta a este tipo de organizaciones en las que la medición de la calidad percibida por el cliente es más compleja por la naturaleza de los servicios (lo que no ocurre en la producción de bienes, donde pueden usarse indicadores objetivos relativos al producto). Plantean un modelo basado en el paradigma de la desconfirmación, en donde se miden las diferencias o brechas que tiene el cliente en cuanto a ciertos aspectos del servicio recibido. Para ello inicialmente establecieron diez dimensiones que determinan la calidad del servicio (Parasuraman, *et. al.* (1988):

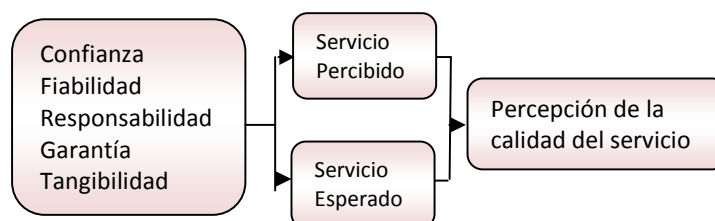
1. Elementos tangibles: En esta dimensión se evalúan: instalaciones, máquinas, materia prima, equipos y personal.
2. Fiabilidad: Implica la realización del servicio en forma exacta y fiable

3. Capacidad de respuesta: Tiene que ver con la prontitud en la prestación del servicio solicitado.
4. Profesionalidad: Se relaciona con el conocimiento requerido para la prestación del servicio.
5. Cortesía: Atención, amabilidad y trato que se da al cliente.
6. Credibilidad: Veracidad y honestidad en el servicio que se provee.
7. Seguridad: Está relacionado también con la competencia del personal.
8. Accesibilidad: Del cliente a la información requerida y al servicio.
9. Comunicación: Fluidez de la información y la calidad de ésta que se da al cliente.
10. Compresión del cliente: Conocimiento de necesidades y expectativas del cliente.

Esas dimensiones fueron reducidas a cinco (ver figura 7), luego de críticas realizadas al modelo, debido a que las dimensiones no eran independientes. En el nuevo modelo se mantuvieron tres dimensiones: los elementos tangibles, la fiabilidad, y la capacidad de respuesta; y se crearon dos nuevas dimensiones:

- Confianza o empatía: En esta nueva dimensión se agruparon: accesibilidad, comunicación y compresión del usuario.
- Responsabilidad: Agrupó a las dimensiones: seguridad, profesionalidad, cortesía, y credibilidad).

Figura 7. Dimensiones Modelo SERVQUAL



Fuente: Parasuraman, Zeithaml, Berry (1988). Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality.

De manera práctica “SERVQUAL”, consistió en un instrumento o cuestionario de 22 items relacionados con las cinco dimensiones mencionadas, que se evaluaron haciendo uso de una escala de siete puntos, variando desde 7 (muy de acuerdo) hasta 1 (muy en desacuerdo), teniendo en cuenta que no existen categorías intermedias entre esos dos extremos.

Finalmente la calidad del servicio se cuantifica mediante la siguiente fórmula:

$$Q_{1i} = \sum_{j=1}^k (P_{ij} - E_{ij})$$

Donde:

Q_{1i} es la calidad percibida global del elemento i ;

K es el número de atributos, en este caso 22;

P_{ij} es la percepción del resultado del estímulo i con respecto al atributo j ;

E_{ij} es la expectativa de calidad de servicio del atributo j para el elemento i . (Parasuraman *et al.*, 1988).

Las preguntas buscan identificar las diferencias o brechas entre la percepción del cliente acerca del servicio prestado y el servicio brindado en cinco aspectos (Figura 8).

Brecha 1: Diferencia entre las expectativas de los usuarios y las percepciones de los directivos.

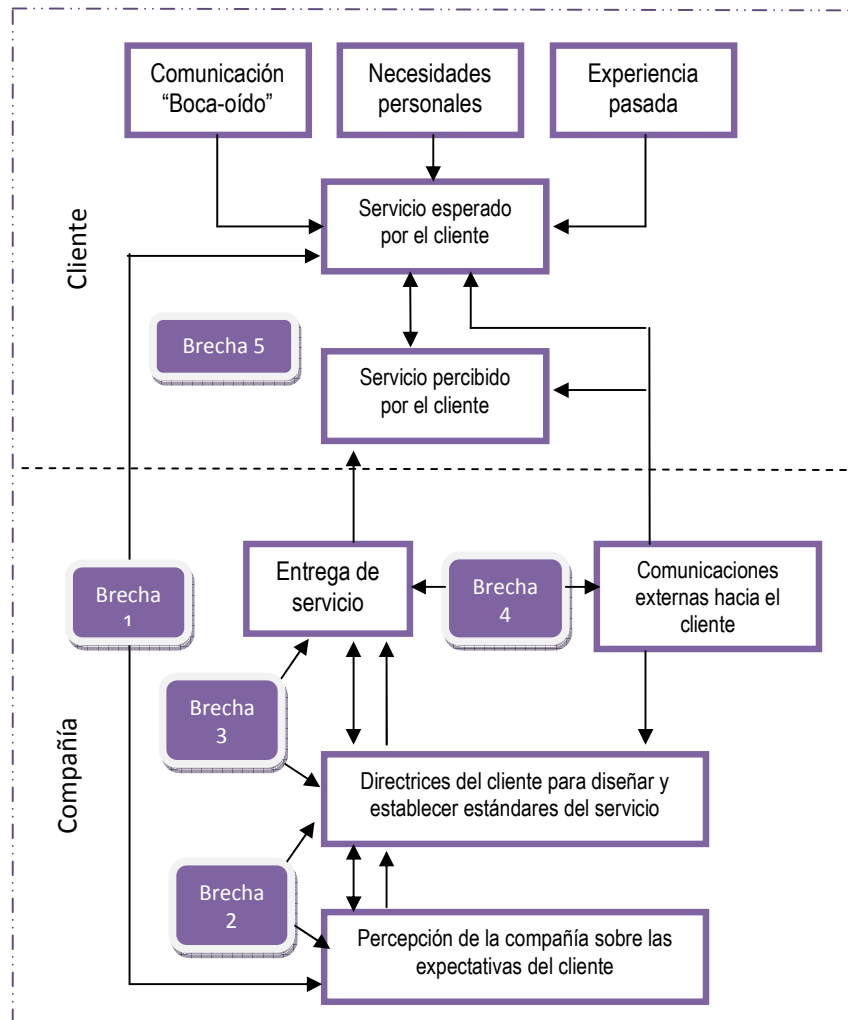
Brecha 2: Diferencia entre las percepciones de los directivos y las especificaciones o normas de calidad.

Brecha 3: Diferencia entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación del servicio.

Brecha 4: Diferencia entre la prestación del servicio y la comunicación externa.

Brecha 5: Diferencia entre las expectativas del consumidor sobre la calidad del servicio y las percepciones que tiene del servicio.

Figura 8. Modelo SERVQUAL



Fuente: Parasuraman, et al. Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality (1988) en Duque (2005)

La metodología plantea identificar en dónde existen diferencias entre lo que el cliente espera y el servicio que se brinda, para que se tomen las acciones necesarias que permitan cerrar esas brechas y de esa manera, mejorar la satisfacción del cliente.

Esta es una metodología más completa que las anteriores, considerando que presenta un instrumento de medición definido y una cuantificación de la satisfacción, a través de la fórmula de calidad percibida del servicio.

Como se mencionó anteriormente, en la literatura han aparecido críticas a este modelo (Buttle, 1996, Camisón y Bou, 2000), entre ellas se encuentran:

- Las cinco dimensiones de SERVQUAL pueden no ser tan universales, es decir, no son aplicables a todas las industrias sin requerirse hacer adaptaciones.
- No hay suficiente evidencia de que la satisfacción del cliente o calidad del servicio se realice con base en brechas o diferencias de lo esperado y lo recibido.

A raíz de las críticas realizadas a la escala, se presentaron réplicas y contraréplicas por parte de los autores defendiendo la validez de la escala; y por otro lado, de otros investigadores como Cronin y Taylor (1994) y Teas (1993) criticando dicha escala (Duque, 2005).

➤ *SERVPERF*

Cronin y Taylor (1992) establecieron la metodología SERVPERF, una escala basada en SERVQUAL y ajustada con el ánimo de subsanar algunas de sus limitaciones. Con base en ello, este modelo es similar al SERVQUAL en que está basado en la teoría de la desconfirmación y fue diseñado para empresas de servicios.

Entre los ajustes realizados está la consideración de las percepciones o actitudes sin tener en cuenta las expectativas del cliente, y se identificó la necesidad de aplicar escalas diferentes, de acuerdo con la industria analizada. Adicionalmente, esta metodología evalúa además de la calidad del servicio y la satisfacción del cliente, la intención de recompra.

En este caso, la fórmula utilizada para cuantificar la calidad del servicio es:

$$SQ = \sum_{j=1}^K W_j * P_{ij}$$

Donde,

SQ = Calidad de Servicio

k = número de atributos

Wj = Importancia del atributo j en la calidad percibida

Pij = Percepción del resultado del objeto i respecto al atributo j. (Santoma, 2008)

La investigación realizada por Cronin y Taylor les permitió concluir que la calidad del servicio es un antecedente de la satisfacción del cliente y que ésta incide significativamente en la intención de recompra.

➤ *El modelo de Desempeño Evaluado*

En 1993, Teas postuló el modelo de Desempeño Evaluado, que también surge de la intención de subsanar algunas de las fallas que presentó SERVQUAL. De manera similar a ese modelo, Teas (1993) utiliza la misma escala de valoración (1 a 7), sin embargo utiliza puntuaciones ponderadas para calcular la calidad del servicio, y no define dimensiones que agrupen los elementos del modelo.

Según Duque (2005), Teas planteó que el modelo SERVQUAL era inconsistente en tres aspectos: la definición de expectativas, la forma de llevar a lo operativo ese concepto y la valoración de modelos alternativos a él. Teas plantea superar esas falencias en el modelo propuesto.

➤ *Índices Nacionales de Satisfacción del Cliente*

A nivel mundial, se ha destacado la tendencia a establecer índices nacionales de satisfacción de beneficiarios. Esa tendencia inició en 1989 con el índice sueco, el cual sirvió como base para el desarrollo del índice correspondiente en los Estados

Unidos de Norteamérica (1994), posteriormente, se han creado los equivalentes en diferentes naciones y regiones, entre los que destaca el europeo. Estos índices nacionales se basan en modelos teóricos de evaluación, que no sólo evalúan a la satisfacción del beneficiario en empresas manufactureras o de servicios, sino también identifican sus causas y sus efectos, por ende el tipo de variables que contienen son endógenas y exógenas (Johnson, *et Al.*, 2001).

Los modelos de evaluación más reconocidos internacionalmente son: el índice Sueco (SCSB), el *American Customer Satisfaction Index* (ACSI), el *Norwegian Customer Satisfaction Barometer* (NCSB) y el *European Customer Satisfaction Index* (ECSI). En ellos se identifican aspectos que afectan la satisfacción de los clientes, tales como las expectativas del cliente, percepción del desempeño, calidad percibida, se determina cómo cuantificar la satisfacción, pero no proporcionan metodologías para el análisis de los resultados.

➤ *Método MUSA: Análisis Multicriterio de la Satisfacción*

Otro modelo que describe el comportamiento del cliente se basa en los principios del análisis multicriterio, utilizando técnicas de regresión ordinal. El procedimiento utiliza datos de la encuesta sobre criterios de satisfacción del cliente y desglosa de forma simultánea todos los juicios de satisfacción global a través de la formulación de programación lineal. El modelo proporciona las funciones colectivas de satisfacción global y parcial, así como los índices de satisfacción media.(Siskos, *et. al*, 1998).

Se construye una función matemática que representa la satisfacción del cliente, que es una función múltiple. Se trata de la evaluación de la satisfacción global, de empresas manufactureras o de servicios, a través de un conjunto de funciones marginales.

El modelo usa las siguientes variables:

Y : Satisfacción global del cliente

α : Número de niveles de satisfacción global

y^m : Los m niveles de satisfacción ($m = 1; 2; \dots; \alpha$)

n : número de criterios

X_i : satisfacción del cliente de acuerdo con el i-ésimo criterio ($i = 1; 2; \dots; n$)

α_i : número de niveles de satisfacción del criterio i

x_i^k

x_i^k : Nivel de satisfacción k-ésimo del criterio i

Y^* : Valor de la función Y

y^{*k} : Valor del Nivel Y^k

X_i^* : Valor de la función X_i

x_i^{*k} : Valor del nivel X_i^k

La ecuación propuesta es la siguiente:

$$Y^* = \sum_{i=1}^n b_i X_i$$

$$\sum_{i=1}^n b_i = 1$$

➤ Metodología Análisis de Conjunto

Tradicionalmente, las organizaciones realizan encuestas a una muestra de sus clientes para conocer su percepción. Usando una metodología denominada análisis conjunto, los datos obtenidos en esos cuestionarios se utilizan para construir una función de utilidad colectiva en representación de las preferencias del cliente. Esta función de utilidad permite medir la satisfacción de los clientes y determinar las características más importantes de los productos o servicios. Esta metodología analiza los datos de la encuesta, a través de la teoría de conjuntos aproximados y de la representación de las preferencias de los clientes mediante reglas de decisión simples como "Si la característica α se considera buena y la

característica β se considera suficiente entonces la evaluación global del producto es media". (Greco *et al.*, 2006)

2.2.2.2 Modelos que establecen una metodología sin utilizar índices. Estos son modelos cualitativos que indican cómo medir la satisfacción del cliente:

➤ *Auditoría del Servicio*

Es el conjunto de estrategias que una empresa diseña para realizar metódica y sistemáticamente la evaluación del cliente con respecto a la calidad y los niveles de satisfacción con el servicio que se recibe, de acuerdo con estándares previamente definidos. (Serna y Gómez, 1996)

Para la implementación de esta metodología se deben surtir las siguientes etapas:

- Conocimiento de clientes.
- Identificación del servicio a auditar.
- Elaboración del ciclo del servicio.
- Definición y diseño de los momentos de verdad.
- Establecimiento de estándares de calidad.
- Definición de metodología para obtención de índices de satisfacción.
- Convertir a la Auditoría del Servicio en una metodología permanente.
- Retroalimentación de resultados.
- Lograr compromiso de la Alta Dirección.

Este modelo fue diseñado para empresas de servicios, pero puede aplicarse en empresas manufactureras que provean servicios como parte de su oferta.

De otra parte, aunque en este modelo se dan pautas generales para monitorear la calidad del servicio y evaluar la satisfacción del cliente, se encuentra que no especifica dimensiones o aspectos asociados a la calidad, ni presenta una

herramienta detallada que permita hacer un análisis de los resultados relacionándolos con las actividades o los procesos de la organización, para facilitar la toma de decisiones a la Gerencia.

➤ *Método Priex – Priorización de Expectativas*

Este método determina y prioriza las expectativas de los nuevos clientes, teniendo como base el método de entrevistas en grupos foco. Reúne algunos ítems del método SERVQUAL y del método QFD, y fue diseñado para empresas de servicios (Laurenciano, 2001).

Este método se subdivide en ocho etapas:

- Conocimiento de los aspectos socio-económicos de los clientes.
- Elaboración del cuestionario.
- Determinación de los participantes en los grupos foco.
- Realización de prueba piloto del cuestionario.
- Preparación de la entrevista.
- Entrevista de los grupos foros
- Interpretación de los resultados: Análisis cualitativo de las entrevistas, determinar y priorizar las expectativas.
- Presentación de las conclusiones obtenidas.

En la elaboración del cuestionario, se tienen en cuenta los siguientes aspectos: empatía, tangibilidad, confiabilidad, costo, responsabilidad, seguridad, competencia, flexibilidad, comunicación, acceso, credibilidad, rapidez en la atención, procesos y estética.

2.2.2.3 Modelos que establecen relaciones entre las dimensiones del servicio y la satisfacción del cliente

➤ Modelos que aplican Ecuaciones Estructurales.

Se encuentran también modelos que pueden aplicarse a industrias específicas, como es el caso del presentado por Hee-Sok *et. al* (2003) , en el que evalúan la satisfacción del cliente con los servicios de Internet móvil en un país determinado, mediante ecuaciones estructurales. Este tipo de modelos son cuantitativos e identifican los aspectos que afectan a la satisfacción del cliente de la empresa que se estudie (ya sea manufacturera o de servicios), determinando su importancia relativa. A través del cálculo de coeficientes de correlación, se demuestra que la satisfacción del cliente de la organización estudiada está influenciada por unas dimensiones de calidad; para el caso del servicio de internet móvil, los investigadores encontraron que la satisfacción del cliente está influenciada por la calidad de la información, la calidad del sistema y la calidad de la interfaz. (Hee-Sok, *et. Al*, 2003).

2.2.3 Modelos que establecen metodología para el análisis de los resultados.

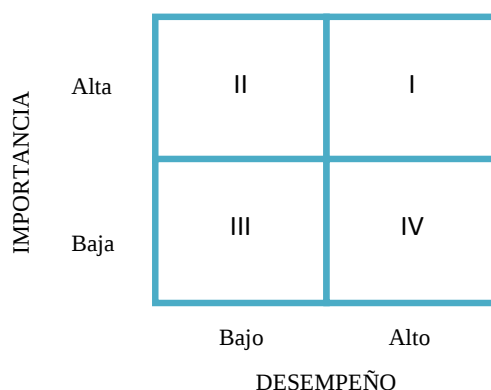
➤ Análisis Importancia de Desempeño – IPA (Importance-Performance Analysis)

El Análisis Importancia de Desempeño es una técnica que permite el análisis de los resultados de la medición de la satisfacción de clientes de empresas manufactureras o de servicios, a través de la clasificación de los diferentes aspectos evaluados, de acuerdo con la valoración obtenida. Es una técnica general que permite la clasificación, según la importancia y desempeño de lo que se quiere evaluar, y no es exclusiva de la medición de la satisfacción del cliente.

El Análisis Importancia Desempeño consiste en una matriz que permite clasificar por áreas ciertos aspectos del producto o servicio mediante la evaluación que el cliente hace acerca de la importancia y el desempeño de los resultados generados por ese aspecto; de esa manera, se identifican fortalezas y debilidades en la organización (Betancourt y Mayo, 2010).

El área de cada rectángulo o cuadrado que conforme la matriz es definido por cada empresa, sin embargo, frecuentemente se usan áreas similares para cada uno de los cuatro cuadrantes (Figura 9): desempeño bajo - importancia baja, desempeño bajo - importancia alta, desempeño alto - importancia baja y desempeño alto - importancia alta (Martilla y James, 1977).

Figura 9. Matriz importancia – Desempeño



Fuente: Blanco (2007).

Con el uso de esta matriz pueden identificarse los aspectos que pueden ser mejorados y formularse estrategias. Una propuesta al respecto fue formulada por Blanco (2007) en la Tabla 1.

Tabla 1. Interpretación de la Matriz Importancia Desempeño

Cuadrante	Interpretación	Estrategia a Seguir
I	ALTA IMPORTANCIA Y ALTO DESEMPEÑO Este cuadrante muestra los atributos importantes que son bien desempeñados por la organización y representan las fortalezas.	Mantener el desempeño de estos atributos.
II	ALTA IMPORTANCIA Y BAJO DESEMPEÑO Este cuadrante revela los atributos vulnerables, o sea, aquellos que necesitan un esfuerzo especial debido a que tienen una alta importancia pero su desempeño no alcanza los niveles deseados.	Concentrarse en la mejora del desempeño de estos atributos.
III	BAJA IMPORTANCIA Y BAJO DESEMPEÑO El desempeño de los atributos ubicados en este cuadrante no alcanza la calidad requerida, pero los encuestados no le atribuyen un alto nivel de importancia, por lo que se les trata con relativa indiferencia.	Baja prioridad, estos atributos no necesitan de atención especial
IV	BAJA IMPORTANCIA Y ALTO DESEMPEÑO Este cuadrante muestra los atributos menos importantes que están siendo desempeñados con excelencia, por lo que se considera que se les ha atribuido una superioridad irrelevante.	Redistribuir recursos o esfuerzos hacia atributos más importantes que tengan un desempeño bajo
Fuente: Betancourt y Mayo (2010).		

2.2.4 Medición de la Satisfacción en el Sector Salud. En Salud, principalmente se llevan a cabo investigaciones cuyo objeto es identificar la efectividad de un tratamiento o la calidad del servicio de una institución o de un área específica a través de encuestas, pero como resultado de dichos trabajos no se genera un modelo a aplicar en otras áreas de la salud o en otras industrias. Entre ellos se puede mencionar estudios de medición de la satisfacción en cuanto a: cuidados de pacientes en tratamientos de próstata (Jayadevappa, et al., 2010), unidades de oncología (Kritsotakis, et al., 2010), servicios de una clínica en Hong Kong (Chung, et al., 2008).

También existen investigaciones en las que aplican modelos de medición existentes en áreas u organizaciones de salud, como Servqual. Entre este tipo de estudios se encuentran, por ejemplo, la valoración de la satisfacción del cliente en un hospital privado en Sao Pablo (Souza da Cruz, et al., 2010), medición de la

satisfacción de los pacientes en Entidades Públicas de Salud en Croacia, (Dosen, *et al.*, 2010).

De otra parte, se han realizado estudios en los que se identifican atributos o aspectos asociados a la satisfacción de los pacientes. Lee, *et al.* (2010) analiza la relación entre la administración del hospital, la calidad del tratamiento médico y la satisfacción del cliente. Ese estudio es realizado en una clínica dental en Taiwan.

Por su parte, Rahmqvist (2001) analizó la incidencia de aspectos como edad, sexo, estado de salud y dolor, en la satisfacción el paciente. El estudio fue realizado en un hospital de Suecia.

Andaleeb (2001) halló relaciones entre cinco dimensiones (respuesta, seguridad, comunicación, disciplina y valor agregado) y la satisfacción del cliente. El resultado fue obtenido a través del análisis factorial y regresión múltiple, con base en el estudio realizado en algunos hospitales de Bangladesh.

De manera similar, existen muchos estudios en los que se determinan aspectos que inciden en la satisfacción de los pacientes, a partir de estudios realizados en una institución de salud específica. Esos estudios son válidos en situaciones particulares, razón por la cual los autores no proponen, a partir de su investigación, un modelo generalizado.

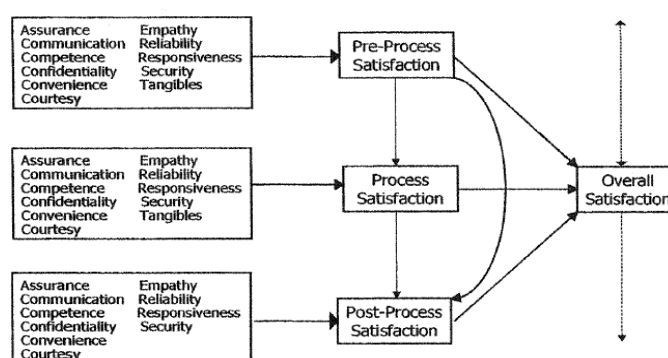
En la tabla 2 se presenta un resumen de aspectos que algunos investigadores han asociado a la calidad en los servicios médicos.

Se encontraron estudios más profundos, como el de Wick (2004), que propuso un modelo de evaluación de la satisfacción de los pacientes externos en organizaciones de salud (Figura 10), con base en un estudio realizado en un centro de cirugía externa. Wick establece la relación que tienen variables como empatía, cortesía, comunicación, competencia, confidencialidad, conveniencia, responsabilidad y seguridad en la satisfacción del paciente, antes, durante y después del servicio.

Tabla 2. Resumen de las dimensiones de calidad en los servicios médicos encontradas por algunos autores

Autor	Dimensión de calidad propuesta para los servicios médicos	
Coddington et al., 1987	1. Empatía/Cuidado/Respeto y Cuidado 2. Personal Médico 3. Equipo y Tecnología 4. Especialización/Equipos disponibles 5. Resultados	
Comisión Conjunta para la Acreditación de Instituciones de Salud	1. Eficacia 3. Eficiencia 5. Continuidad 7. Urgencia en la prestación del servicio 8. Seguridad	2. Conveniencia 4. Respeto y cuidado 6. Efectividad 9. Disponibilidad
Bowers et al (1994)	1. Empatía 3. Urgencia en la prestación del servicio 4. Comunicación	2. Confiabilidad 5. Cuidado
Jun et al., 1998	1. Tangibles 3. Confiabilidad 5. Competencia 7. Acceso 9. Cuidado 11. Colaboración	2. Cortesía 4. Comunicación 6. Entendimiento del cliente 8. Responsabilidad 10. Resultados en pacientes
Fuente: Cuevas (2004)		

Figura 10. Modelo de Satisfacción propuesto por Wick



Fuente: Wick (2004)

Wick enfatiza en que el modelo puede variar en otras áreas de la institución de salud, en otras instituciones de salud o en otras industrias, debido a que los aspectos identificados como antecedentes de satisfacción, no necesariamente son

los mismos. De manera similar, si el modelo se aplica en otro país, pueden variar los aspectos constructores de la satisfacción del paciente, debido a las características propias de los Sistemas de Salud definidos en cada nación.

De otra parte, Cuevas (2004) realizó un estudio exploratorio en las áreas oeste y noroeste de Puerto Rico. A través del análisis de factores utilizando el método de componentes principales, se mostró que la calidad en el servicio provisto por los hospitales puede ser medida en términos de respeto y cuidado, disponibilidad de los servicios, atención al paciente, cuidados especiales a los pacientes, apariencia del personal y de las instalaciones físicas, eficacia y efectividad, servicios de comida, evidencia física y servicio a tiempo.

Los resultados obtenidos reflejaron que los pacientes perciben la calidad en los servicios en términos de la manera en la que el servicio es ofrecido y no el nivel de competitividad técnica del proveedor de los servicios.

Entre las líneas de investigación futura, la autora sugiere modificar el instrumento de medida para que pueda ser administrado en otras áreas de la salud, tales como en salas de emergencia, clínicas externas y en oficinas de médicos, ello implica que el modelo desarrollado aplica específicamente para el servicio de hospitalización.

De manera similar al estudio realizado por Wick (2004), el modelo aplicaría para servicios de hospitalización en Instituciones de Salud de Puerto Rico, dado que el instrumento desarrollado y los aspectos contemplados se definieron considerando el Sistema General de Salud de Puerto Rico.

En el ámbito nacional, se han realizado estudios contratados por entidades del Gobierno Nacional, que no generan un modelo aplicable a la medición de la satisfacción de los pacientes en los diferentes servicios de salud, ni incluyen

aspectos relativos al desglose de los resultados, sólo se limitan a la presentación de resultados usando estadística descriptiva; tal es el caso de:

- Las Encuestas de Calidad de Vida-ENCV realizadas por el Departamento Nacional de Planeación desde 1993, para evaluar el impacto general del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, la cual hace seguimiento al desempeño del Sistema de Salud, más que el del servicio prestado, considerando aspectos relativos a: cobertura, tipos de afiliación y uso de medicamentos.
- La Encuesta Nacional de Calidad en Salud Percibida por los Usuarios-ENCAL realizada por la Defensoría del Pueblo en el año 2000. Según estudio del Ministerio de Protección Social (2009), con este instrumento se indagó más que la percepción de la calidad de los servicios, un conjunto de informaciones, conocimientos y prácticas estudiables de modo más válido con otros recursos metodológicos e indicadores propios de la calidad técnica, pero no con la percepción de calidad obtenida de usuarios finales de los servicios.
- El estudio de percepción de la calidad según usuarios de instituciones prestadoras de servicios de salud, realizado por la Universidad de Antioquia a solicitud del Ministerio de Protección Social (2009), en los años 2006 y 2008. Este estudio trabaja de manera global con las Instituciones de salud, sin abordar la especificidad de los diferentes servicios de salud.
- También se encuentra el estudio realizado por Briceño (2001), para evaluar la calidad de los servicios de salud en una IPS de alta complejidad, aplicable sólo a nivel institucional y con carencia de validación técnica del instrumento utilizado. A diferencia de los anteriores, este estudio se realiza por iniciativas particulares y no de alguna entidad del Gobierno Nacional.

Con base en la revisión literaria realizada, se identifican aportes en cuanto al desarrollo de modelos muy generales y estudios muy particulares, en los cuales no se identifica un único modelo que considere el marco regulatorio del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, utilice al menos un instrumento validado técnicamente, tenga en cuenta las particularidades de cada servicio de salud y que analice los resultados relacionándolos con los procesos del servicio estudiado; resultado que es esperado de la presente investigación.

2.3 CONTEXTO DEL OBJETO DE ESTUDIO

A continuación se presenta una contextualización de las empresas de servicios, haciendo énfasis en el sector salud, por ser éste el elegido para la aplicación del modelo diseñado. Teniendo en cuenta esas consideraciones, se procede a caracterizar las clínicas y hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana.

2.3.1 Empresas de Servicios. Este tipo de empresas corresponde a aquellas cuyo principal elemento es la capacidad humana para realizar trabajos físicos o intelectuales. Entre ellas se encuentran empresas de: transporte, bancos, comercio, salud, seguros, hotelería, asesorías, educación, restaurantes (De Zuani, 2003 en Thompson, 2006).

Según Grande (2005) los servicios se caracterizan por ser intangibles, inseparables, heterogéneos y perecederos, así (Tabla 3):

Tabla 3. Características de los servicios

Intangibilidad	- Los servicios no se puede apreciar con los sentidos antes de ser adquiridos. - Los servicios no se pueden almacenar - Los servicios no se pueden patentar.
Inseparabilidad	- Los servicios no pueden separarse de quien los produce. - Los clientes participan en la producción del servicio. - Los servicios generalmente se producen y consumen simultáneamente. - La producción masiva puede ser difícil
Heterogeneidad	- La producción del servicio depende de cómo interactúen el comprador y el proveedor. - La calidad puede verse afectada por factores no controlables por el proveedor del servicio o por imprevistos. - Puede que el servicio prestado no se ajuste a lo planificado. - El riesgo percibido por los consumidores suele ser más alto que con los bienes.
Carácter perecedero	- Los servicios no se pueden devolver. - El servicio no prestado se pierde - Los servicios generalmente no se pueden revender.
Ausencia de propiedad	- Los compradores de un servicio adquieren un derecho pero no la propiedad del soporte tangible del servicio.
Fuente: Adaptado de Grande, Ildefonso. Marketing de los servicios. 2005. Págs. 35 a 39.	

Se aclara que los servicios no necesariamente tienen todas las características, ni se presentan simultáneamente, por ejemplo: el suministro de energía eléctrica puede ser un servicio que permita su almacenamiento a través de baterías o acumuladores.

Sector de servicios en el mundo².

En la economía mundial el sector de servicios se ha ido configurando como uno de los sectores más importantes, teniendo un crecimiento extendido en todas las

²ORGANIZACIÓN MUNDIAL DEL COMERCIO. Estadísticas del comercio internacional 2011. [online]. [citado 4 de enero de 2012]. Disponible en Internet: http://www.wto.org/spanish/res_s/statistics/its2011_s/its11_highlights1_s.pdf

regiones y en diversas actividades económicas. La innovación tecnológica ha sido uno de los factores primordiales para la ampliación de este mercado; cada vez surgen nuevos servicios para ofrecer y más individuos que intervienen en este comercio.

Las exportaciones mundiales de servicios ascendieron a 3,69 billones de dólares para el año 2010, presentando un crecimiento del 9% respecto al año anterior.

Por regiones geográficas, el comercio mundial de servicios se concentra en la Unión Europea, Estados Unidos y Asia.

Entre los países que se destacan por exportación de servicios están los de la Unión Europea con un 23,2% de participación en el total de servicios exportados, seguido de Estados Unidos con 15,9%, China e India, cada uno con 6,6% y 4,3%, respectivamente.

Sector de servicios en Colombia³

En Colombia, se consolida información mediante las cifras de la Balanza de Pagos elaboradas por el Banco de la República, por la Encuesta Anual de Servicios y la Muestra Trimestral de Servicios que desde el año 2007 viene desarrollando el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE.

De acuerdo con las cifras de la Balanza de pagos, el comercio de servicios durante el último trimestre del año 2010 presentó una balanza deficitaria de 1.082 millones de dólares como resultado de tener exportaciones por valor de 1.248 millones de dólares e importaciones por 2.330 millones de dólares.

³ COMUNIDAD ANDINA. Comercio de Servicios de la Comunidad Andina IV Trimestre de 2010 Decisión 701. Publicado: 19 de abril de 2011 [online]. [citado 4 de enero de 2012]. Disponible en Internet: <http://intranet.comunidadandina.org/Documentos/DEstadisticos/SGde411.pdf>

El comercio de servicios de “Viajes” representó en el año 2010, el 50,7% de las exportaciones y por parte de las importaciones se destacaron los servicios de “Transporte” que participaron con el 40,4% del total importado.

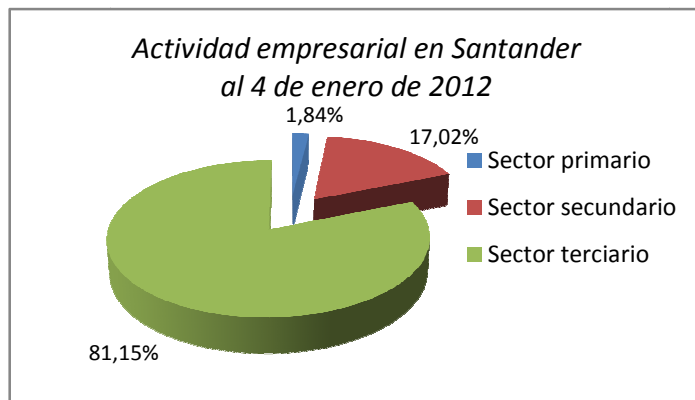
En la Encuesta Anual de Servicios (EAS) el DANE reveló que para el año 2010, la mayor producción bruta real de las actividades de servicios se registró en las empresas de telecomunicaciones y en las actividades empresariales por un valor de \$31.772 miles de millones de pesos.

La mayor cantidad de empleos se generaron en las actividades empresariales con 778.894 personas, seguidos de otras actividades empresariales y las actividades relacionadas con la salud humana con 148.944 y 104.109 empleos, respectivamente.

La Muestra Trimestral de Servicios investiga las empresas de servicios que ocupan 50 o más personas o cuyos niveles de ingresos anuales son mayores o iguales a \$5000 millones y que desarrollan alguna de las siguientes actividades: servicios de alojamiento y suministro de alimentos y bebidas; actividades complementarias y auxiliares al transporte; actividades de agencia de viajes, correo y telecomunicaciones; actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler; actividades relacionadas con la salud humana; servicios de educación superior; actividades de cinematografía, radio, televisión, otras actividades de entretenimiento y otras actividades de servicios. De acuerdo con los resultados de ese estudio en el año 2010, la producción bruta de los servicios investigados creció en promedio 7,48% con relación al 2009, mostrando una tendencia al crecimiento del sector servicios en este país. Los mayores crecimientos se registraron en los servicios de educación superior privada, otros servicios y actividades complementarias al transporte. Además, los datos de la Muestra, confirman la creciente importancia de los servicios privados de salud, al haber crecido 7.9% con respecto al año anterior.

Con respecto al Departamento de Santander, se observa a inicios del año 2012 que la mayor parte de las empresas constituidas (81,15%) corresponden al sector de servicios, como se muestra en la Figura 11.

Figura 11. Actividad empresarial en Santander a enero 4 de 2012.



Fuente: Observatorio de Competitividad de la Cámara de Comercio de Bucaramanga

2.3.2 Sector Salud en Colombia. Como se manifestó anteriormente, entre las organizaciones que se clasifican como empresas de servicios se encuentran las incluidas en el sector salud. Dado que ese sector será objeto de estudio en la presente investigación, a continuación se presenta una descripción de sus principales características en Colombia, con el ánimo de realizar una contextualización:

La ley 100 de 1993 definió la reforma que dio lugar al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS en Colombia y sentó las bases para la prestación de los servicios de salud a través una red de instituciones privadas y públicas que compiten por el aseguramiento de la población, bajo la supervisión y regulación del Estado. Ese Sistema está dividido en dos regímenes: El régimen contributivo que vincula a los trabajadores dependientes, los trabajadores independientes, los pensionados y sus familias y, se financia con contribuciones de los empleadores y empleados; y el régimen subsidiado, vincula a la población

pobre y vulnerable que ha sido previamente identificada por el Estado y se financia con el 1% de los aportes recaudados en el régimen contributivo y otras fuentes de ley. (Orozco, 2006).

La Prestación de Servicios de Salud en Colombia, se encuentra reglamentada por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, obedeciendo a la Ley 1122 de 2007 y sus decretos reglamentarios.

En la configuración del Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentran, entre otros:

- Las Entidades Promotoras de Salud: Son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitalización al Fondo de Solidaridad y Garantía.
- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: Se encargan de prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

2.3.3 Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) - Clínicas y Hospitales en Colombia. Conforme a la Ley 100 de 1993, las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Entre ellas se encuentran: Clínicas, hospitales, laboratorios clínicos, centros médicos, unidades odontológicas y centros de ayudas diagnósticas.

Las IPS deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además, propenderán a la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios y evitando el abuso de posición dominante en el sistema.

Adicionalmente, el Gobierno ha reglamentado diversas disposiciones que buscan garantizar la calidad de los servicios prestados por estas Instituciones. Entre ellas cabe resaltar:

- Organización del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud definido mediante el Decreto 2174 de 1996 expedido por el Ministerio de Salud.
- Definición del Sistema Único de Habilitación, del Sistema Único de Acreditación y establecimiento del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud y el Sistema de información para la calidad, mediante el Decreto 1011 de 2006 y las Resoluciones: 1043 de 2006, 1446 de 2006, 2680 de 2007, 3763 de 2007 expedidas por el Ministerio de Protección Social.

En Colombia, las IPS se clasifican según el tipo de actividades, intervenciones y procedimientos que desarrollan en tres niveles de complejidad, así⁴:

* Nivel I: En este nivel se encuentran las instituciones que prestan atención primaria en los siguientes servicios:

Atención Ambulatoria: consulta médica general, atención inicial, estabilización, resolución o remisión del paciente en urgencias, atención odontológica, laboratorio clínico, radiología, medicamentos esenciales, citología, acciones intra y extramurales de promoción, prevención y control, atención quirúrgica.

⁴ Resolución 5261 de 1994, expedida por el Ministerio de Salud. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Servicios con internación: Atención Obstétrica, atención no quirúrgica u obstétrica, laboratorio Clínico, radiología, medicamentos esenciales, valoración diagnóstica y manejo médico, atención quirúrgica.

* Nivel II: En este nivel las instituciones realizan procedimientos y exámenes de laboratorio un poco más avanzados y realizan atención ambulatoria especializada, la cual consiste en atención médica, no quirúrgica, no procedimental y no intervencionista, brindada por un profesional de la medicina, especialista en una o más de las disciplinas de esta ciencia y en la cual ha mediado interconsulta o remisión por el profesional general de la salud.

* Nivel III: Se trata del mayor nivel de complejidad. Las IPS que se encuentran en este nivel disponen de tecnología de punta para la realización de cirugías mayores, trasplantes, atención de cuidados intensivos adultos, cuidado intensivo prenatal y/o pediátrico, servicio de urgencias, entre otras. La utilización de los servicios incluidos en este nivel requiere la aprobación previa de la Entidad Promotora de Salud, quien puede utilizar comités médico-científicos, quienes deben ceñirse a las Guías de Atención Integral. El uso de esos comités se da por tratarse de procedimientos de alto costo.

2.3.4 El Proceso de Medición de la Satisfacción del Cliente en Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Con el objeto de conocer los aspectos relevantes relacionados con la medición de la satisfacción del cliente, utilizados por las clínicas y hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana, se realizó un estudio, con las siguientes características:

- Población objetivo: Clínicas y hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Se definió trabajar con este grupo específico de IPS considerando que en ellas, los procesos administrativos se encuentran definidos y estandarizados de una mejor manera que en instituciones

pequeñas como consultorios médicos, odontológicos o laboratorios. Con base en ello, de la lista de Instituciones Prestadoras de Salud - IPS - suministrada por la Secretaría de Salud del Departamento se identificaron 19 instituciones y se determinó realizar un censo y no un muestreo, dado el bajo número de empresas.

- Instrumento: Se diseñó una encuesta en la que se indagó acerca del tipo de método utilizado, escala, frecuencia de aplicación, aspectos principales y secundarios asociados a la satisfacción del cliente, responsables de analizar los resultados, uso y mecanismo de divulgación de los mismos, entre otros. El instrumento utilizado se muestra en el Anexo A, éste fue validado mediante una prueba piloto aplicado a la Empresa Metrolínea S.A, empresa de servicios; de ella surgieron algunos ajustes al instrumento.
- Trabajo de campo: Se realizaron visitas a las instituciones seleccionadas y se realizó entrevista al personal encargado del manejo de la información relacionada con la medición de la satisfacción del cliente. En esta etapa, dos instituciones no suministraron la información solicitada, motivo por el cual el número de encuestas analizadas fue de 17; el 47% de ellas corresponde al nivel 3 de complejidad, el 29% al nivel 2 y el 24% al nivel 1.
- Tabulación de la información: Luego de revisar las encuestas diligenciadas, se procedió a su tabulación, con la ayuda de Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) y Microsoft Excel, obteniendo los resultados que se muestran en el Anexo B.

A partir de los resultados obtenidos en ese estudio, se concluye que el proceso de medición de la satisfacción del cliente en clínicas y hospitales de Bucaramanga y su área Metropolitana posee las siguientes características principales:

- Las clínicas y hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana utilizan como metodología para la recolección de datos, principalmente, encuestas aplicadas de manera personal en las instalaciones de la institución. Otras metodologías empleadas son: encuestas que el cliente deposita en un buzón o envía por correo electrónico y encuestas aplicadas telefónicamente. Las instituciones generalmente, utilizan dos de estas metodologías.

- El tamaño de muestra que se utiliza para determinar a cuántos clientes aplicar el instrumento de medición de la satisfacción es muy disímil pues se encuentra instituciones que encuestan al 0,12% de sus clientes y otras al 92%, ello depende del tipo de cliente a entrevistar. Se utilizan muestras mayores cuando el número de clientes es menor, ello ocurre en el caso de las EPS y personas jurídicas. Cuando se trata de clientes cuya población excede de 10.000 personas (caso de afiliados a EPS), las instituciones utilizan muestras que no superan el 0,6%.

- La frecuencia de tabulación de las encuestas puede diferir para cada tipo de cliente objetivo. Todas las instituciones encuestadas tabulan mensualmente la información recolectada para alguno de sus tipos de cliente. Se utilizan frecuencias más distantes (semestral y anual), para tipos de clientes compuestos por menor número de integrantes, como es el caso de las EPS y personas jurídicas.

- Los servicios más evaluados por las clínicas y hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana corresponden a: Urgencias, Consulta Externa General y Consulta Externa Especializada, Hospitalización y UCI. Otros servicios evaluados son: Ayudas Diagnósticas (entre ellas: Rayos x, Laboratorio Clínico), Cirugía, Terapias, Banco de Sangre, Farmacia.

- El momento de aplicación de las encuestas no es un aspecto controlado por la mayoría de esas instituciones (88%), pues aplican el instrumento a usuarios que son seleccionados sin tener claro en qué etapa del servicio se encuentran.
- Las escalas más utilizadas son las de 4 niveles, entre ellas la escala: Excelente, bueno, regular y malo. Existen diferentes escalas de acuerdo con el aspecto o factor evaluado y debido a ello las instituciones utilizan escalas diferentes en un mismo instrumento.
- En las encuestas aplicadas se consulta más comúnmente acerca de: el trato/atención/amabilidad, la información suministrada en general y la relacionada con deberes y derechos, el tiempo de espera/agilidad y la oportunidad del servicio. Dentro de estos aspectos asociados directamente con el servicio prestado se encuentran además: accesibilidad, seguridad, calidad de medicamentos, eficacia del tratamiento, confiabilidad, competencia del personal, competencia y tarifas.
- Otros aspectos relacionados con el servicio de una manera menos directa acerca de los cuales se consulta al cliente son: comodidad y adecuación de las instalaciones, aseo/limpieza, tecnología/recursos, comida, hotelería y señalización.
- En su mayoría (64%), las instituciones no tienen claramente identificada la metodología utilizada para el establecimiento de los aspectos asociados a la satisfacción de los clientes. Sólo una de ellas menciona para ello, el análisis interno de factores claves de éxito. Otra pequeña parte (24%) manifiesta seguir lineamientos del Ministerio de Protección Social.

- En la mayoría de instituciones (70%), la Oficina de Servicio Información y Atención al Usuario –SIAU- es la encargada del análisis de los resultados de la satisfacción del cliente.
- Las clínicas y hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana utilizan el porcentaje de clientes satisfechos como indicador para monitorear la satisfacción del cliente.
- Los resultados de la medición de la satisfacción del cliente se utilizan para plasmarlos en informes y menos del 60% de las instituciones, genera planes de mejoramiento a partir de ellos.
- No se han realizado estudios de correlación de variables que permitan identificar qué tan relacionados están los factores utilizados para medir la satisfacción del cliente e identificar también su independencia.
- Las clínicas y hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana divulgan los resultados de la medición de la satisfacción del cliente mediante reuniones de comités primarios o de calidad, boletines y charlas informativas.
- No necesariamente las instituciones que iniciaron desde hace varios años la medición de la satisfacción del cliente, son quienes dan un mayor uso a la información que proporcionan esos resultados, pues se encuentran instituciones que aplican encuestas de este tipo desde hace más de 4 años y no generan a partir de allí de planes de acción o mejoramiento, ni comunican los resultados.
- La madurez administrativa en cuanto al manejo de los resultados de la satisfacción del cliente, tampoco depende del nivel de complejidad de las clínicas y hospitales, pues se encuentra cómo las instituciones que no comunican los resultados de esa evaluación a sus empleados, corresponden a los niveles 2 y 3.

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Este capítulo presenta la metodología desarrollada en esta investigación, para el diseño del modelo propuesto que permite medir de manera integral la satisfacción de los clientes. El modelo se planteó para empresas de servicios y se realizó una aplicación en la Clínica Chicamocha de la ciudad de Bucaramanga.

La investigación realizada fue de tipo mixta, descriptiva, no experimental, y transversal (Pita y Pértegas, 2002; Rojas, 2010). Mixta porque la formulación del modelo empleó elementos de la investigación cualitativa y en la aplicación del mismo, se utilizaron aspectos de la investigación cuantitativa. Descriptivo porque buscó analizar cómo realizar la medición de la satisfacción del cliente y sus componentes. No experimental ya que en esta investigación no se manipularon una o más variables para estudiar una situación, sino que se estudió tal y como se da el fenómeno (medición de la satisfacción del cliente) en su contexto natural. Y fue de tipo transversal porque se trató de un estudio realizado en un momento único, es decir, en un periodo corto, sin recolectar datos a través del tiempo ni hacer inferencias respecto a los diferentes momentos.

3.1 ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN

Las etapas utilizadas para el diseño del modelo propuesto se encuentran en la Figura 12:

Figura 12. Proceso metodológico de la investigación



3.1.1. Identificación de las metodologías utilizadas para medir la satisfacción

del cliente. El desarrollo de la investigación se origina en una revisión bibliográfica centrada en la búsqueda de información relacionada con modelos y/o metodologías existentes para evaluar la satisfacción de los clientes, que permitió conocer el estado de avance en ese tema, a nivel mundial. Adicionalmente, se realizó un estudio en las clínicas y hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana con el objeto de conocer cómo se desarrolla el proceso de medición de la satisfacción del cliente en la región.

Para la identificación de las metodologías existentes empleadas para evaluar la satisfacción del cliente se emplearon:

❖ Bases de datos e Información de portales de internet.

A través de ellas, se revisó la normatividad que le aplica al Sector Salud en Colombia, con el objeto de identificar aspectos relevantes que lo caracterizan, principalmente en lo relacionado con la medición de la satisfacción del cliente. Entre ellas se encuentran:

- Página web del Ministerio de Protección Social.
- Página web del Observatorio de Calidad de la Atención en Salud.
- Listado de IPS existentes en Bucaramanga y su Área Metropolitana suministrado por la Secretaria de Salud de Santander. Éste brindó información de utilidad para identificar el tamaño de la población objeto del estudio realizado en las Clínicas y Hospitales de la región y la posterior selección de la muestra.

Adicionalmente, se realizó la revisión bibliográfica mediante la consulta de bases de datos bibliográficos electrónicos en la que pudieron accederse a artículos de revistas y tesis de maestría y doctorado internacionales. Entre las bases consultadas se encuentran: ProQuest, Elsevier, ISI [Web of Knowledge](#).

❖ Encuestas.

Para el caso de la presente investigación, se planeó la realización de encuestas a clínicas y hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana, con el objeto de conocer acerca de las metodologías que emplean para evaluar la satisfacción del cliente en cuanto a:

- Tipo de encuesta aplicada.
- Tamaño de muestra utilizado.
- Frecuencia de tabulación de encuestas.
- Servicios evaluados.
- Momentos de aplicación de encuestas.
- Instrumento (aspectos o dimensiones de calidad medidos, escalas empleadas).
- Indicadores relacionados con la satisfacción del cliente.
- Análisis y uso de información.

Para la recolección de la información se diseñó un instrumento que constó de 21 preguntas, cerradas: dicotómicas, de selección múltiple (una o varias respuestas); y abiertas (Anexo A). Las encuestas se aplicaron al personal administrativo de las clínicas y hospitales, encargado de la medición de la satisfacción del cliente, y fueron tabuladas con el uso del Software estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Los resultados obtenidos se presentan en la sección 2.4.4 del presente documento.

3.1.2 Diseño Preliminar del Modelo. A partir de los resultados obtenidos en la revisión bibliográfica y en el análisis del contexto regional, se definieron los principales aspectos que el modelo diseñado debía contener, de modo que se creara un modelo integral de medición de satisfacción de los clientes que permitiera la identificación de aspectos críticos del servicio.

En ese diseño se tuvo en cuenta la determinación de pautas relacionadas con la medición de la satisfacción del cliente, el análisis de la información, el establecimiento de la relación entre los resultados de la medición y los procesos, y el uso que se da a esa información.

Para determinar las pautas a incluir en el modelo se tuvo como referencia las mejores prácticas encontradas en la revisión bibliográfica y el análisis del contexto regional realizado.

3.1.3 Operativización del modelo. Consistió en el desglose del modelo, de modo que se definió en detalle los diferentes aspectos incluidos en el mismo. Se establecieron pautas relevantes para la medición de la satisfacción del cliente, el análisis y uso de la información, brindando una herramienta para quienes toman las decisiones, que permite relacionar los resultados obtenidos en la medición con

los procesos y actividades de la organización, facilitando el emprendimiento de acciones de mejora.

En la configuración del modelo diseñado, se definieron las relaciones entre los diferentes aspectos incluidos en el mismo y se determinaron sus condiciones de aplicabilidad.

3.1.4 Aplicación del modelo. El modelo fue aplicado en la Clínica Chicamocha, ubicada en la ciudad de Bucaramanga. La selección de la clínica se realizó considerando su interés en este proyecto y que es del mayor nivel de complejidad (nivel 3).

El servicio estudiado fue Urgencias, considerando las razones expuestas en la sección 5.1 de este documento.

Luego de seleccionado el servicio, se aplicó el modelo diseñado aplicando paso a paso, las disposiciones y técnicas en él establecidas.

3.1.5 Conclusiones y limitaciones. Con base en la aplicación del modelo, realizada en la Clínica Chicamocha, se establecieron ajustes requeridos al mismo. Los resultados de dicha aplicación, permitieron formular conclusiones acerca del modelo diseñado, identificar sus limitaciones y recomendar acerca de futuras líneas de investigación, que permitan avanzar en el estudio del tema de la medición de la satisfacción del cliente.

4. ESTRUCTURA GENERAL DEL MODELO PARA LA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE EN EMPRESAS DE SERVICIOS

En el presente capítulo se plantea la configuración de la propuesta del modelo integrado para la medición de la satisfacción del cliente en empresas de servicios que surgió a partir de la presente investigación.

El diseño del modelo se elaboró a partir de la revisión bibliográfica y la contextualización regional realizadas, las cuales permitieron la identificación de las diversas metodologías útiles para medir la satisfacción del cliente y justificaron la realización de este trabajo de investigación, al no encontrarse en esa revisión, una metodología que fuera más allá de la presentación de resultados y que incorporara en el análisis de la información, su relación con los procesos y/o actividades de las organizaciones.

Las metodologías identificadas se presentaron en el marco de referencia del presente documento.

El modelo se propone para empresas de servicios, no solo por la importancia del sector terciario en la economía mundial, sino por la complejidad de la medición de la satisfacción en este tipo de empresas, en las cuales no hay componentes que permitan la objetividad, como si sucede en empresas manufactureras, donde la satisfacción del cliente asociada a la calidad del producto puede ser medida a través de indicadores tales como duración o número de defectos (Parasuraman *et al.*, 1988).

4.1 PROPUESTA DE UN MODELO INTEGRADO PARA LA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

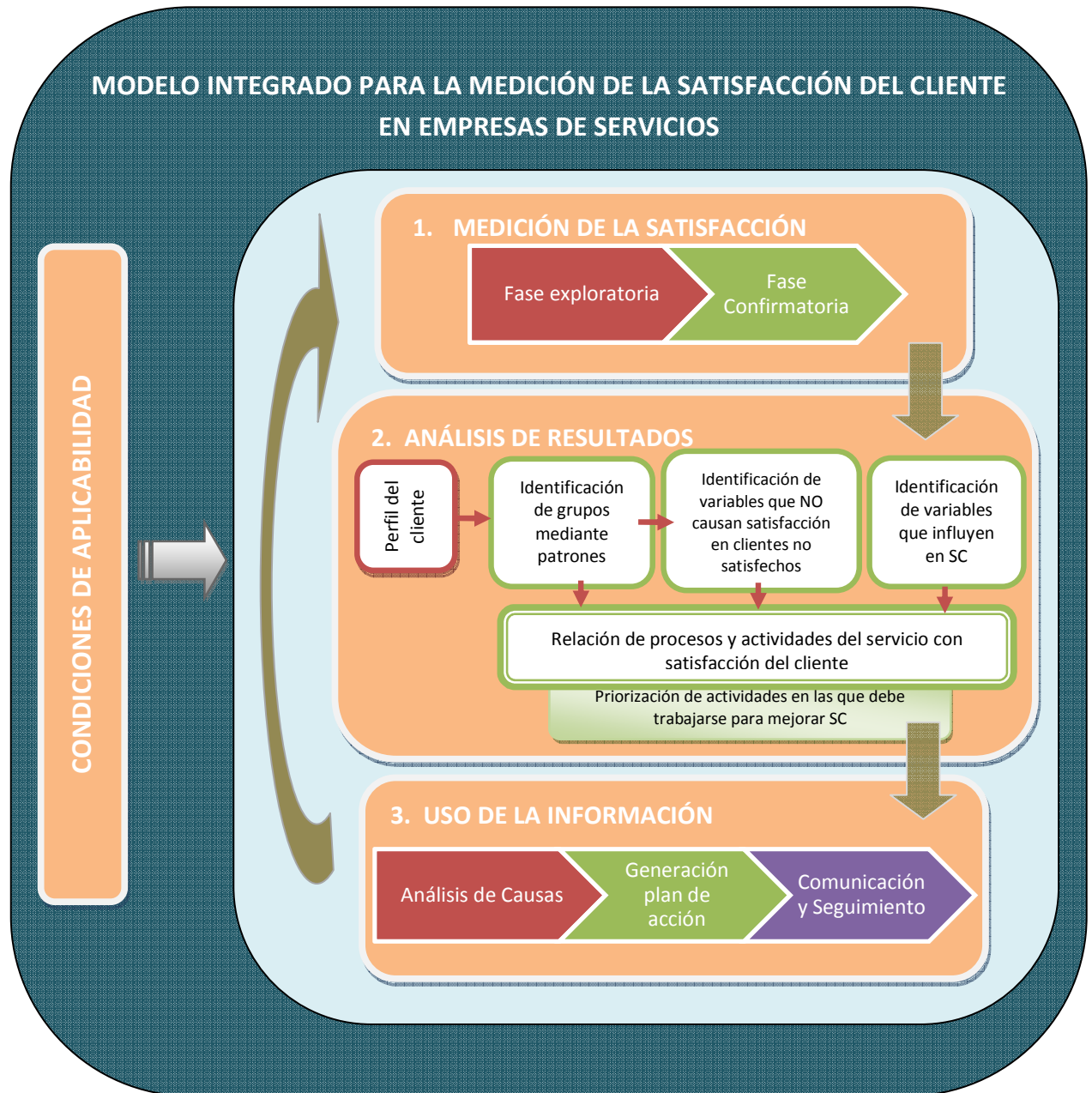
Como resultado del proceso adelantado, se identificaron cinco aspectos necesarios para la formulación del modelo, a saber:

1. Aspectos relacionados con condiciones de aplicabilidad del modelo: se trató del establecimiento de los requerimientos necesarios para que el modelo pueda aplicarse y funcione de acuerdo con los objetivos del mismo.
2. Aspectos relacionados con la medición de la satisfacción del cliente: implicó la definición de aspectos básicos e importantes relacionados con el diseño y la aplicación de la investigación en la que se recolectará la información relacionada con la satisfacción del cliente. Entre ellos se encuentran el establecimiento de disposiciones referentes a la recolección de la información tal como: instrumento a utilizar, escalas, aspectos a medir y tamaño de la muestra.
3. Aspectos relacionados con el análisis de resultados: consistió en establecer directrices y herramientas que permitan un análisis de los resultados de la medición de la satisfacción del cliente, considerando el perfil del cliente y que permitiera la identificación de:
 - Los aspectos que influyen en la satisfacción del cliente.
 - Los aspectos que causan insatisfacción en un periodo determinado.
 - Los subprocesos y actividades susceptibles de mejora, considerando los anteriores aspectos.

4. Aspectos relacionados con el uso de la información. Implicó el establecimiento de disposiciones que permitan la toma de decisiones en cuanto a las actividades a implementar para lograr la mejora de la percepción del cliente en cuanto al servicio ofrecido, a partir del análisis realizado a los resultados de la medición de su satisfacción y de un análisis de causas.

Con base en esos elementos, se diseñó el modelo planteado en la figura 13. Seguidamente se describe cada uno de los elementos del modelo diseñado, presentando las disposiciones, herramientas y/o metodologías que se sugiere aplicar, para realizar la medición de la satisfacción del cliente de forma integrada.

Figura 13. Modelo integrado para la medición de la satisfacción del cliente en empresas de servicios.



Fuente: Galviz y Ortíz (2011)

4.1.1 Condiciones de Aplicabilidad. El modelo diseñado presenta unas restricciones o condiciones necesarias que debe tener la organización que pretenda aplicarlo, para que funcione de acuerdo con lo planificado. Se trata de las siguientes:

- Los procesos de la organización deben estar definidos y estandarizados, ello es necesario, especialmente, para la etapa del modelo en la que se relacionan los resultados de la medición de la satisfacción con los procesos. Esa definición implica que para el servicio que se pretenda estudiar, estén identificados los procesos, actividades y responsables (personal) necesarios para la ejecución del mismo; para ello, las organizaciones pueden tener mapas y/o caracterizaciones de procesos, diagramas de flujo, procedimientos documentados, guías donde se especifique la prestación del servicio, y/o manuales de funciones. Para que esa documentación sea válida, se requiere que el personal reconozca y aplique las directrices que allí se consignan.
- En lo posible, los procesos deben estar controlados. Ello implica que los procesos relacionados con el servicio al que se aplicará el modelo, tengan indicadores cuyos resultados estén dentro de las metas establecidas, dado que si no se cumplen las expectativas de los administradores del servicio, es muy probable que tampoco se alcance la satisfacción de los clientes del mismo; sin embargo, en esos casos este modelo puede servir como una herramienta de identificación de actividades a mejorar. Con base en lo anterior, es preferible –pero no indispensable- que al menos el 60% de los indicadores definidos en la organización para el servicio a estudiar, estén cumpliendo la meta establecida.
- La organización cuente con la infraestructura básica para la prestación del servicio. En algunos servicios existen normas legales en las que se indican

las condiciones mínimas en las que un servicio debe ser prestado, por ejemplo: el Decreto 3075 de 1997 que aplica, entre otros, a los servicios de restaurante y transportadores de alimentos; la Resolución 2117 de 2010 que aplica para los servicios de estética ornamental tales como, barberías, peluquerías, escuelas de formación de estilistas y manicuristas, salas de belleza y afines; y Resolución 1043 de 2006 que aplica a los prestadores de servicios de salud (la normatividad anterior fue expedida por el Ministerio de la Protección Social). En el caso de que no exista normatividad que exija una infraestructura mínima, ésta puede estar definida por la organización dentro de su Sistema de Gestión de Calidad, si lo posee; en caso contrario la infraestructura mínima será definida por la organización en sus niveles pertinentes.

- Cuente con sistemas de información o bases de datos que le permitan obtener información del cliente relativa a los datos básicos del cliente, incluyendo los de contacto, en caso de que se defina aplicar el instrumento en un momento muy distante a la prestación de un servicio; por ejemplo si los clientes de un cinema o restaurante no son encuestados luego de prestado el servicio, se requerirá un número telefónico o correo electrónico que permita contactarlos para aplicar el instrumento. Además, datos demográficos como edad, ocupación, entre otros, podrían obviarse del instrumento si se cuenta con ellos a través del sistema de información.

Adicionalmente, se identifica que una organización no requiere contar con datos previos de la medición de la satisfacción de sus clientes para aplicar el modelo que aquí se plantea.

4.1.2 Medición de la Satisfacción. Luego de verificadas las condiciones anteriores, inicia la etapa de medición de la satisfacción. Un estudio cuyo objetivo sea la medición de la satisfacción del cliente implica dos fases de diseño: el diseño de una investigación de tipo exploratorio y una investigación de tipo concluyente. La investigación exploratoria puede llevarse a cabo por medio de la observación directa a los clientes, entrevistas grupales (grupos foco), entrevistas a profundidad, entre otros; de donde se puede obtener la información preliminar sobre los aspectos básicos a medir y su importancia relativa. La investigación concluyente retomará los resultados de la fase anterior, y basará su diseño en dos aspectos principalmente: Aspectos relativos a la conformación del instrumento de medición (cuestionario), y aspectos relativos al proceso de recolección de la información (trabajo de campo).

4.1.2.1 Fase 1: Investigación Exploratoria. En la definición de los aspectos a medir para evaluar la satisfacción del cliente, pueden fijarse aspectos relativos a:

- El servicio, tales como: valor percibido, precio, cumplimiento de lo acordado.
- La entrega, como el tiempo de respuesta, o
- La organización en general: cortesía y/o competencia del personal, suministro de información, asesoría en la solución de problemas, infraestructura (Pedic, 2004).

En todo caso, las organizaciones deben asegurarse que se consulte acerca de sus principales procesos.

En la literatura se encuentran estudios propios de diferentes sectores, realizados en países específicos, en los que se identifican esos aspectos relativos a cada servicio o aspectos asociados a la satisfacción del cliente; una muestra de ellos se encuentra en la Tabla 4.

Tabla 4. Aspectos asociados a la satisfacción del cliente en diferentes industrias o servicios

SECTOR O INDUSTRIA DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO	AUTOR(ES)	ASPECTOS QUE SE ASOCIAN A LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE
Comercio electrónico /Ventas en línea	Lee, et Al (2009)	- Calidad funcional del sitio web. - Ahorro de tiempo - Estética del sitio web - Riesgo - Soporte al cliente
	Choi (2008)	- Conveniencia: facilidad de uso, de acceso, de entendimiento, funcionalidad. - Proceso de transacción: Eficiencia, tiempo de respuesta, claridad en el proceso. - Confiabilidad el sitio web: garantía - Precio - Diseño del sitio - Seguridad/privacidad - Grado de personalización
Restaurantes de comidas rápidas	Kara, et. Al (1995)	- Precio - Variedad del menú - Velocidad del servicio - Contenido calórico - Amabilidad del personal - Limpieza - Comodidad - Horario de atención - Novedades para niños - Asientos
	Law, et. Al (2004)	- precios de los alimentos - calidad de los alimentos - variedad de alimentos - actitudes de los empleados - Tiempo de espera - el medio ambiente
Servicios financieros: cajeros automáticos	Moutinho y Smith (2000)	- Comodidad - Facilidad de acceso - Facilidad de uso
Hoteles de Lujo	Mohsin, en. At (2011)	- Comodidad - Limpieza

		- Cortesía y apariencia del personal - Manejo de quejas - Calidad y selección de alimentos y bebidas. - Conocimiento y servicio del personal del restaurante
Servicios de Salud	Wick (2004)	- Empatía - Cortesía - Comunicación - Competencia - Confidencialidad - Conveniencia - Responsabilidad - Seguridad
	Castillo, et. Al (2007)	- Relación del personal de enfermería con el paciente y las condiciones para el descanso: Nivel de ruidos por la actividad asistencial, trato del personal de enfermería, comunicación del personal de enfermería. - Orientación a la necesidad de comunicación y atención recibida del médico

Debe considerarse que los aspectos asociados a la satisfacción del cliente pueden no ser los mismos en una misma organización, pues deben tenerse en cuenta los diferentes tipos de servicios ofrecidos. Por ejemplo, en una institución de salud, no son iguales las características que evalúa un cliente de Consulta Externa y uno de Hospitalización o de Cuidados Intensivos (Zas, 2002). Cuando se tienen clientes corporativos sus necesidades pueden ser diferentes a las de los clientes individuales.

Los aspectos a evaluar en la medición de la satisfacción del cliente pueden definirse a través de:

- Comunicaciones del cliente (quejas, reclamos, felicitaciones).
- La consulta a los clientes actuales o retirados. En este caso, mediante grupos focales o entrevistas a profundidad, se puede usar las siguientes

metodologías que permitan identificar los aspectos más relevantes para los clientes (Malhotra, 2004):

- Suma constante.
 - Orden de clasificación.
 - Comparación Pareada. En este caso, para evitar una consulta extensa a un solo cliente, puede consultarse por algunos aspectos a grupos de clientes diferentes, de forma que se indague por todos los aspectos a la totalidad de los consultados.
 - Rejilla de Constructos Personales o Rejilla de Kelly, la cual fue creada para el estudio de las relaciones interpersonales, pero se ha utilizado en diferentes aplicaciones, entre ellas estudios de mercado y evaluación de satisfacción (Padilla, 2001; Vavra, 2003). Esta metodología se diferencia de las anteriores, en que los aspectos del servicio a evaluar son establecidos por el cliente y no por la organización.
- En caso de que la empresa ya cuente con un instrumento para medir la satisfacción del cliente, puede tomar los aspectos utilizados y realizar análisis de correlación para cerciorarse que las variables medidas son independientes, es decir que no se esté midiendo de manera repetida algún asunto; ello permitirá la reducción de los aspectos evaluados, lo cual también es posible mediante la realización de análisis factorial de los datos.

Los aspectos que impactan en la satisfacción del cliente no son estáticos, por ello es importante que las organizaciones hagan seguimiento a los mismos y verifiquen su vigencia.

4.1.2.2 Fase 2: Investigación Concluyente

- ❖ Aspectos referentes a la conformación del instrumento de medición (cuestionario).

Para consultar a los clientes con respecto a la percepción de los aspectos del servicio seleccionados, existen diferentes métodos de recolección como: entrevista personal, entrevista telefónica, encuesta enviada por correo o encuesta a través de internet. La recolección de la información deberá hacerse de manera estructurada y para ello se utilizan cuestionarios. El método que se seleccione dependerá de (ISO, 2010):

- el tipo, número y distribución geográfica (accesibilidad) de los clientes. Si se trata de una empresa de carácter nacional o internacional puede optarse por encuestas a través de internet.
- la duración y la frecuencia de interacción con el cliente. Si el cliente accede a los servicios frecuentemente puede optarse por realizar entrevistas personales en la empresa.
- la naturaleza del servicio proporcionado por la organización. Si el servicio implica la asistencia del cliente a las instalaciones de la empresa, puede optarse por entrevistas personales. En el caso de servicios en los que generalmente el cliente debe desplazarse hasta la organización para acceder a él, como clínicas u hospitales, restaurantes (sin considerar el servicio de domicilio), y algunos servicios ofrecidos por los bancos; se entiende que los clientes no se encuentran muy dispersos geográficamente, lo que permitiría que la recolección de los datos se realizara a través de entrevista personal. En el caso de hoteles o de servicios que se prestan a través de internet, donde los clientes pueden estar ubicados en diferentes ciudades, la información relativa a la satisfacción con el servicio puede recopilarse a través de encuestas telefónicas, por correo físico o electrónico.
- Los plazos para la recopilación de la información. Las entrevistas personales y telefónicas permiten una recolección de datos más rápida que las encuestas enviadas por correo o a través de internet.

- Los recursos disponibles. Las encuestas a través de internet, generalmente requieren menos recursos que los otros métodos, sin embargo, ello dependerá de qué tantos recursos son contratados externamente.

Una compilación de las ventajas y limitaciones de los diferentes tipos de métodos de recolección se muestran en el Anexo C.

En todo caso, la recolección de la información implica el diseño y uso de un instrumento o cuestionario que permita obtener la percepción del cliente de manera estructurada y que sirva como guía, de tal forma que se evite no consultar acerca de aspectos importantes para la organización.

En su diseño debe tenerse en cuenta que deben darse instrucciones claras acerca del diligenciamiento y las preguntas deben seguir una secuencia lógica, comenzando con aquellas de tipo general y sencillas, y continuando con consultas más específicas. La primera pregunta es muy importante porque es la primera idea que el cliente tiene del cuestionario y puede incentivar o desanimar el diligenciamiento de las preguntas restantes.

Cuando se formulan las preguntas, debe tenerse en cuenta (Universidad de Córdoba, 2008):

- Usar lenguaje común de tal forma que se entienda claramente por el encuestado.
- No redactar preguntas muy extensas para facilitar la comprensión y evitar que el cliente abandone el suministro de la información
- No consultar acerca de dos aspectos en una misma pregunta.
- Evitar que las preguntas inciten a las respuestas que la organización esperaba tener.
- Introducir preguntas que le permitan verificar la consistencia en las respuestas (preguntas de control), para ello formule de manera diferente una misma pregunta.

- Brindar un espacio para que el cliente pueda ampliar sus respuestas o dar mayor información acerca de los aspectos consultados. (Vavra, 2003).

Las preguntas que se formulen pueden ser evaluadas mediante diferentes escalas: nominales, ordinales, de intervalos o de razón matemática (Hair, et. al, 2003).

Para determinar el espectro de respuestas que el cliente puede usar, pueden usarse escalas de Likert, de Stapel o diferenciales semánticos (Malhotra, 2004). Generalmente para evaluar esas preguntas se utilizan escalas de 5 puntos, las cuales pueden ser cuantitativas o cualitativas como por ejemplo: totalmente de acuerdo, de acuerdo, neutro, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. El nivel de discriminación puede aumentarse a escalas de hasta 10 puntos, pero cuando esto se realice debe tenerse en cuenta la independencia de cada nivel de la escala, el cual debe ser claro para el encuestado. Si lo que se busca es evitar respuestas neutrales, de modo que el cliente tome una posición con respecto a la característica evaluada, deben emplearse escalas pares; pueden usarse escalas de 4 ó 6 niveles.

Cuando el instrumento esté diseñado, es adecuado validar que (Sánchez y Echeverry, 2004; Martín, 2004; Lamprea y Gómez, 2007; Granado, et. al, 2007; Armando, 2007):

- Mida lo que debe medir (validez de apariencia o contenido). Ello se realiza con la consulta a expertos acerca de la pertinencia de los ítems y de la revisión literaria.
- No deja factores sin medir, ni mide alguno(s) que no está relacionado con la satisfacción de los pacientes (validez de constructo). Esta evaluación se realiza mediante métodos estadísticos como el análisis factorial que permite

determinar cómo representan los ítems los distintos factores y eliminar aquellos que no aporten variabilidad a la medición de la satisfacción. Para efectuar este tipo de análisis se requieren por lo menos cinco clientes por cada ítem consultado en el instrumento, pero no menos de 100 clientes en total.

- Funciona de manera similar a otros instrumentos certificados o existe correspondencia con otros criterios (validez de criterio). Ello puede verificarse comparando el instrumento con un patrón validado disponible para el concepto que se va a medir, si los resultados son similares se tiene validez de criterio concurrente. La comparación se realiza calculando coeficientes de correlación. Si no se cuenta con el patrón validado, pueden utilizarse variables o criterios de referencia como la satisfacción global con el servicio, o efectuar contrastes de grupos. También puede evaluarse mediante la correlación del resultado actual del instrumento y un evento relacionado que puede suceder en el futuro, lo que permite corroborar que la realidad coincide con la medición realizada (validez de criterio predictiva).
- Funciona bien bajo diferentes condiciones (confiabilidad test-retest o interevaluador). Esta evaluación busca medir el error que puede generar el instrumento o el entrevistador:
 - La validación relacionada con el instrumento consiste en determinar la consistencia interna o fiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach.
 - La concordancia entre entrevistadores (si hay más de uno en el trabajo de campo) implica que deben obtenerse resultados similares, si un usuario o usuarios de características semejantes son evaluados por dos o más entrevistadores utilizando el mismo instrumento. Ello se evita con capacitación a los mismos. Esta concordancia puede verificarse con el porcentaje de acuerdo, análisis de diferencia de medias o con el índice Kappa.

- Detecta modificaciones del concepto que mide (sensibilidad al cambio). El procedimiento más usado para evaluar la sensibilidad al cambio consiste en comparar una puntuación inicial con una puntuación posterior, en un momento en el cual se tenga conocimiento de que se modificó el nivel de satisfacción de los pacientes, por ejemplo, cuando se implementan mejoras en el servicio.
- Es fácil de aplicar y procesar (utilidad). Tiene que ver con la comprensión del instrumento, el tiempo que se requiere para aplicarlo, el entrenamiento que requiere quienes aplicarán el instrumento, la facilidad para tabular la información.

Adicionalmente, es importante determinar el momento en que se recogerán los datos y su frecuencia, para ello puede considerarse que la aplicación del instrumento puede darse cuando: se desarrolle un nuevo servicio o se modifique el actual, se perciba insatisfacción en los clientes, disminuyan las ventas o simplemente cuando quiera monitorearse la relación con los clientes. Debe considerarse también, al momento de establecer la frecuencia de aplicación al instrumento, que no se incomode o irrite a los clientes al encuestarlos de una manera repetitiva y debe tenerse cuidado en no medir a intervalos tan próximos que no permitan a la organización emprender acciones con base en los resultados de la medición anterior, pues ello puede llevar al cliente a pensar que está perdiendo su tiempo porque le consultan acerca de lo mismo y no se toman las medidas pertinentes (Vavra,2003).

En empresas manufactureras, es claro que la recolección de los datos debe hacerse después del consumo del producto, si el objetivo de la investigación es conocer la percepción del cliente con respecto al mismo, pero en empresas de servicios debe identificarse la etapa del mismo en la que se encuentra el cliente al

momento de ser entrevistado, pues puede que no haya sido ejecutado totalmente el servicio al momento de la consulta, por ejemplo, puede indagarse a alguien en la fila de un banco, a alguien recién ingresado en un hotel o a pacientes en sala de espera que aún no han recibido la atención médica. Con base en lo anterior, debe tenerse especial cuidado para evitar que el cliente conteste acerca de aspectos del servicio que no conoce o que no ha experimentado.

En todo caso, la aplicación debe hacerse de modo que el cliente tenga el tiempo suficiente para responder las preguntas realizadas y debe ser algo opcional para él. En la selección del momento de aplicación de la encuesta, también debe tenerse presente que el cliente no se encuentre en situaciones donde su ánimo esté exaltado. No es conveniente consultar a un cliente si éste no tiene intención de aportar a la mejora. (Durán, 2009)

❖ Aspectos relativos al proceso de recolección de la información (trabajo de campo)

Para la aplicación del instrumento, es poco práctico y costoso, consultar a todos los clientes atendidos por la organización, especialmente cuando existe una cantidad considerable de éstos; ello hace que se requiera la selección de al menos una muestra de los mismos, la cual debe ser representativa de las características de ese conjunto de clientes o población. De esta manera, las conclusiones que se obtengan en el estudio realizado al grupo o muestra encuestada, serán generalizables para todos los clientes (Rojas, 2010). Se trata de obtener una versión simplificada de la totalidad de los clientes, que reproduzca sus características básicas. La selección de esa muestra no depende del sector al que pertenezca la empresa, sino del número y tipo de clientes que posee.

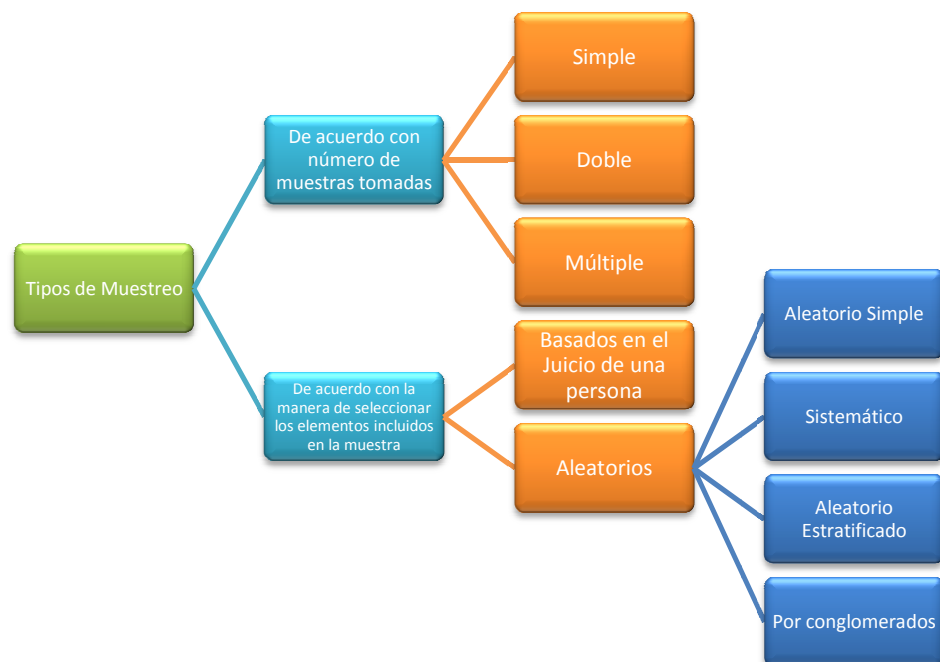
Si el número de clientes es relativamente pequeño, como en casos donde se manejan clientes corporativos, puede encuestarse a toda la población e incluso, pueden seleccionarse varias personas de un mismo cliente.

Existen diferentes métodos para la selección de la muestra (ver figura 14), los cuales dependen del tiempo, recursos y habilidades disponibles para tomarla y la naturaleza de los elementos de la población (Rodas, et. Al, 2008).

La organización debe definir el tipo de muestreo a utilizar, con base en las características propias de sus clientes. Además, la organización debe considerar la precisión de su estudio y el tiempo y recursos que se dispone para reunir los datos.

Un método usado comúnmente es el muestreo aleatorio que consiste en seleccionar a los clientes de manera que todos tienen la misma posibilidad de ser seleccionados. Este puede ser utilizado cuando los clientes tienen características similares u homogéneas o cuando no se tiene mucha información sobre esas características. Otra posibilidad consiste en utilizar "muestreo estratificado"; en este caso, los clientes se agrupan en estratos o categorías con base en algunos criterios, como: sitio de residencia, participación en las ventas de la organización, la actitud (tolerante / tendiente a queja), el sexo, edad. Con este método se extraen muestras proporcionales de cada categoría con el fin de obtener información de las mismas. Este método también puede aplicarse en empresas que prestan diferentes tipos de servicios, de este modo se consulta la percepción de diferentes tipos de clientes (ISO 10004, 2010).

Figura 14. Métodos para selección de muestras



Fuente: Elaboración propia a partir de Rodas et. Al, 2008.

Información relativa a otros tipos de muestreo y su aplicación pueden ser consultados en Hair, et. Al, 2003, y Chospab, 2010.

Una vez determinado el número de clientes a consultar procede la aplicación del instrumento, la cual puede ser realizada por la misma organización o ser contratada. Cuando la organización es quien la realiza se disminuyen costos y puede obtenerse una mejor información, debido al conocimiento que se tiene del producto/servicio y/o del cliente, pudiendo dar lugar a una mejor comprensión del cliente. Cuando la recolección de la información es subcontratada, esta ventaja se pierde, aunque puede ganarse objetividad ya que se evitan posibles sesgos (Vavra, 2003).

Otro aspecto a considerar, al momento de la recolección de la información es la presencia de eventos inciertos no originados por la organización que pueden

afectar la satisfacción del cliente (por ejemplo: paros, huelgas, entre otros), sesgando su percepción al momento de evaluarla. Para evitar esa situación, el responsable de la medición de la satisfacción del cliente debe asegurarse de permitir la recolección de los datos, sólo cuando la organización opere adecuadamente y no evidencie presencia de eventos atípicos en el interior de ella o en su entorno externo.

En resumen, al medir la satisfacción del cliente, las organizaciones deben determinar:

- ✓ Los aspectos relacionados con el servicio que impactan en la satisfacción del cliente, los cuales se pretende evaluar.
- ✓ Los clientes a evaluar: Tipo de clientes y cantidad.
- ✓ El método de recolección de la información a utilizar y el responsable de hacerlo.
- ✓ La frecuencia y momento de recolección de la información.
- ✓ El instrumento a utilizar: tipo de preguntas, tipo de respuestas, forma de validación.

Una vez recolectada la información considerando las pautas anteriormente establecidas, procede el análisis de la misma.

4.1.3 Análisis de Resultados. Cuando se han recibido las encuestas diligenciadas, puede tenerse información variada del cliente:

- Datos demográficos: edad, género, estado civil, ubicación o lugar de residencia.
- Datos socio-económicos: ingresos, ocupación, nivel de educación.
- Datos psicográficos: intereses (tipo de servicio por él consumido), preferencias, y además, se tiene información relativa a su satisfacción (evaluación de cada aspecto consultado).

- Datos conductuales: frecuencia de utilización del servicio, consumo o monto gastado, beneficios buscados (precio, calidad, servicio), entre otras.

Dichos resultados pueden analizarse mediante múltiples técnicas, que permitirán obtener diferente tipo de información, con base en el objetivo que persigue cada una de ellas. Es así como:

- Si se busca identificar la tendencia de los datos, de modo que se conozca el estado general de las variables estudiadas, pueden usarse medidas de tendencia central como la media, mediana y la moda. Cuando se realiza este análisis, es importante conocer si la mayoría de los encuestados tienen opiniones similares a esa tendencia central calculada, y ello puede hallarse mediante el cálculo de la desviación estándar, rangos o el uso de fractiles (deciles, cuartiles o percentiles).
- Si se requiere determinar si hay diferencias importantes entre grupos, por ejemplo, diferencias en la satisfacción de los clientes de dos sedes diferentes, o, diferencias en la satisfacción entre hombres y mujeres, pueden emplearse pruebas de hipótesis z ó t. Es posible hacer ese tipo de comparaciones entre más de dos grupos, con la aplicación de técnicas como: Análisis de varianzas (ANOVA ó MANOVA), prueba chi cuadrada y análisis discriminante.
- Cuando se requiere conocer si las variables de estudio o aspectos que se asociaron a la satisfacción del cliente están relacionados entre sí y de esta manera validar que no se esté midiendo lo mismo a través de dos o más variables, puede calcularse la covarianza, coeficientes de correlación como Pearson y Spearman, y/o realizar análisis de regresión. También puede conocerse la relación que existe entre variables mediante la aplicación de ecuaciones estructurales.
- Si se busca identificar qué variables o aspectos que se asociaron con la satisfacción del cliente, influyen más en ella, y en algunos casos realizar

predicciones, puede utilizarse la regresión múltiple, el análisis factorial y el análisis de conjunto.

- Finalmente, existen técnicas que permiten clasificar a los clientes por grupos de acuerdo con su percepción y de esa manera emprender acciones específicas hacia ellos. Se trata del análisis de grupos y técnicas de clasificación como las usadas en minería de datos -si la organización cuenta con suficiente información para aplicarla-.

Con base en lo anterior, se identifica que pueden realizarse diversos análisis a la información recolectada. Mayor información acerca de qué tipo de variables puede emplearse en cada caso y aspectos relevantes de las técnicas se presenta en el Anexo D.

Cada organización definirá el tipo de análisis a realizar de acuerdo con la información que desee obtener; sin embargo, mediante la presente propuesta se sugiere, además de la aplicación de la estadística descriptiva relacionada con promedios y medidas de dispersión, que da una noción general básica de los resultados y que sirve como punto de partida para la medición de la satisfacción del cliente, la aplicación de técnicas que permitan identificar patrones con base en el perfil y la percepción de los clientes, consiguiendo de esta manera, información útil para la toma de decisiones. Es por ello que a continuación se hace una breve descripción de la forma en que pueden ser utilizados la regresión múltiple, análisis factorial, análisis de grupos y las técnicas de clasificación utilizadas en Minería de datos, en el proceso de medición de la satisfacción de los clientes.

El Análisis de Grupos o Clúster y técnicas de clasificación como las aplicadas en Minería de datos permitirán clasificar a los clientes encuestados en diferentes grupos de acuerdo con su similitud en las variables estudiadas e identificar el perfil

de los clientes, de acuerdo con los niveles de satisfacción con el servicio. En esta etapa también se obtiene la identificación de las variables que afectan la satisfacción del grupo de clientes catalogados como insatisfechos.

Regresión Múltiple

Se utiliza para medir la relación de diversas variables independientes y una dependiente, las cuales deben ser métricas. En el caso de la medición de satisfacción del cliente, puede tomarse como variable dependiente la satisfacción global (que depende de otras) y las preguntas relacionadas con el servicio como variables independientes (las que causan o tienen que ver con la satisfacción de sus clientes).

Con esta técnica puede conocerse cuál de las variables independientes influye más en la variable dependiente estudiada. Esta comparación es posible, sólo si las variables se miden en las mismas escalas, de lo contrario, debe usarse el coeficiente de regresión estandarizado beta (Hair, 2003).

El resultado de esta técnica es una ecuación lineal que muestra la contribución de cada variable independiente, a la variable dependiente. De este modo el aspecto evaluado con mayor coeficiente, será aquel que más afecte la satisfacción general de los clientes.

Una de las ventajas de esta técnica, es que para su aplicación puede utilizarse el programa informático Microsoft Excel, el cual es utilizado por la mayoría de organizaciones.

La aplicación de esta técnica puede ser consultada en Hair (2003) y Barón F. y Tèllez F. (2004).

Análisis Factorial.

Es una técnica que permite resumir la información contenida en las variables originales, las cuales se encuentran interrelacionadas, mediante una serie de dimensiones compuestas (factores “no observables”) con una pérdida mínima de información. En este caso, se tratan todas las variables simultáneamente y no existe una variable dependiente y otras independientes (Gutiérrez, 2010). Los factores no son variables independientes sino que cada uno está constituido por un grupo de variables que caracterizan el concepto que ellos representan.

Esta técnica se aplica con variables métricas, aunque pueden realizarse adaptaciones con variables no métricas.

En el caso de la medición de la satisfacción del cliente, mediante el instrumento diseñado se recoge simultáneamente información de diferentes variables, al aplicar análisis factorial a las respuestas de los clientes, se pueden encontrar grupos de variables con significado común y de esta manera se conseguiría reducir el número de dimensiones necesarias para explicar la satisfacción del cliente, identificando las variables que más inciden en ella.

En Gutiérrez (2010) y Peña (2002) puede consultarse acerca de la aplicación de esta técnica.

Este modelo propone que al aplicar el análisis factorial se considere lo siguiente:

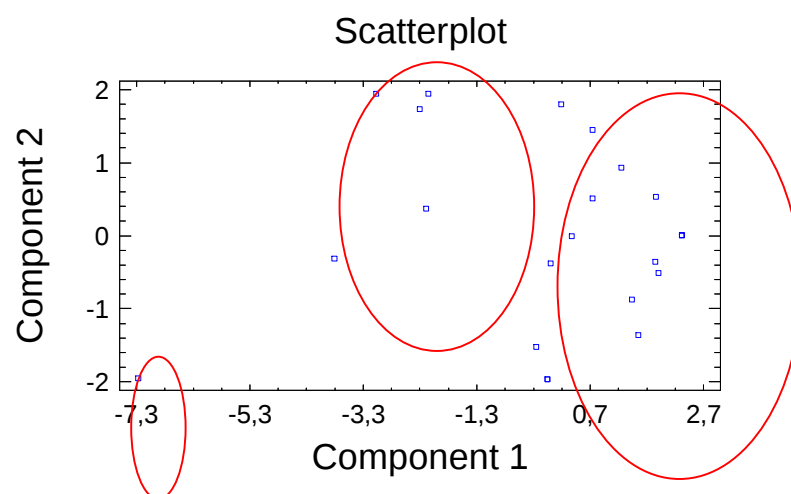
- Como en los estudios de medición de satisfacción del cliente, es común que se requieran análisis exploratorios en los que se identifiquen los factores que la impactan, se propone trabajar con el método de Componentes Principales. Se aclara que cuando las escalas de medida de las variables son muy

distintas es conveniente estandarizarlas antes de aplicar este método, para evitar resultados inadecuados (Peña, 2002).

- Para determinar el número de factores a conformar se sugiere que se consideren los factores cuyo Eigenvalue sea superior a 1 y se analice conjuntamente el porcentaje de varianza acumulada explicada por cada factor.
- En caso de requerirse la rotación de los datos, se propone el uso métodos de rotación oblicua y observar las diferencias para la selección del método de rotación que mejor refleje los propósitos del estudio. Se sugieren estos métodos porque son más realistas y suelen ofrecer resultados más claros. (Mahia, 2007)

Al aplicar análisis factorial, pueden graficarse el valor de las nuevas componentes o factores para cada cliente (con base en las combinaciones lineales obtenidas) y a partir de allí puede realizarse una clasificación de los mismos, como se ilustra en el ejemplo de la Figura 15. Esto es posible cuando se ha medido la satisfacción de pocos clientes, pues entre mayor es la muestra más se complica el análisis.

Figura 15. Gráfico de componentes principales que permite la clasificación de individuos



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de medición de satisfacción del cliente

Además de la posibilidad de la clasificar a los individuos estudiados, el mayor aporte de esta técnica es la reducción del número de variables a estudiar, mediante la generación de nuevos factores, sin perder mucha información. En este punto, el investigador debe encontrar significado y sentido a los factores hallados.

Análisis De Grupos o de Cluster.

Están relacionados con una amplia variedad de procedimientos que pueden ser usados para crear una clasificación. Un método cluster es un procedimiento estadístico multivariante que comienza con un conjunto de datos que contienen información sobre una muestra de individuos o clientes y busca clasificarlos en grupos o cluster, de tal manera que los clientes de cada uno de ellos sean similares respecto de las diversas variables estudiadas, y diferentes con respecto a los integrantes de otros grupos (Gallardo y Vera, 2004). Con la aplicación de esta técnica, pueden identificarse grupos con base en datos demográficos, socio-económicos y/o psicográficos y en la calificación que den los clientes a cada aspecto consultado en la medición de la satisfacción, lo que permitiría definir estrategias para el manejo de cada grupo de clientes.

Con este método se trata de identificar los conglomerados o grupos entre numerosas variables, sin designar ninguna de ellas como variable independiente; esas variables generalmente son métricas, aunque pueden realizarse adaptaciones con variables no métricas (Hair, 2003),

Información acerca de esta técnica puede ser consultada en Gallardo y Vera (2004), Mahia (2007), Díaz (2002), Peña (2002). Para su aplicación puede utilizarse software como SPSS o el complemento de Minería de Datos de Microsoft Excel.

Dado que el resultado final del grupo depende radicalmente de la medida de distancia o asociación que se emplee para el análisis, es conveniente, en cada estudio, observar empíricamente esas diferencias y seleccionar aquel que refleje los propósitos del mismo (Mahia, 2007).

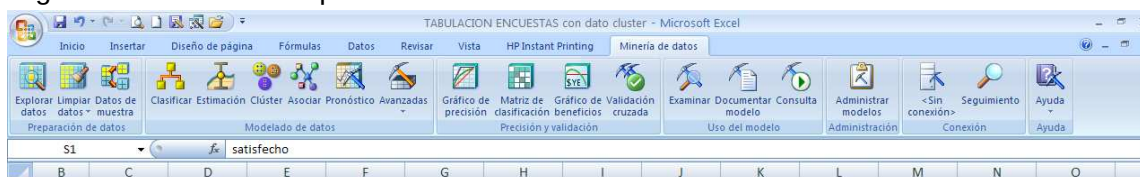
En cuanto a la técnica clúster a emplear, este modelo propone el método de enlace simple o vecino más cercano debido a que es un método sencillo y su respuesta no depende del orden de la matriz de similaridad; y el método de Ward, por su eficiencia y tendencia a crear clúster de tamaño pequeño (Vicente, 2009).

En cuanto a la definición del número de grupos apropiado para clasificar adecuadamente a los individuos, se sugiere el uso del dendograma. Este procedimiento es guiado por las necesidades y opiniones del investigador acerca de la adecuada estructura de los datos.

Árboles de Decisión y Cluster - Complementos de Minería de Datos de Microsoft Excel

Microsoft creó un complemento que permite que desde Excel, se pueda acceder a tecnologías mucho más avanzadas como lo son las herramientas es la minería de datos, ello lo realiza soportado por Microsoft SQL Server en sus versiones 2005 y 2008. Ellas derivan los patrones y tendencias existentes en datos complejos, visualizan dichos patrones en gráficos y visores interactivos, y generan resúmenes completos. Entre las opciones que da este complemento de Excel se encuentra la clasificación de los datos mediante árboles de decisión y clúster (Figura 16)

Figura 16. Vista del complemento Minería de Datos Microsoft Excel



Fuente: Microsoft Excel

Los árboles de decisión son una herramienta de clasificación, mediante la construcción de un diagrama o árbol a través de reglas. A través de la opción *Clasificar* se puede generar un modelo de clasificación basado en datos existentes de una tabla de Excel, un intervalo de Excel o un origen de datos externos. Un modelo de clasificación extrae patrones de los datos que indican similitudes y permiten realizar predicciones basadas en las agrupaciones de valores.

En el análisis de los resultados de la medición de la satisfacción de los clientes, esta opción permite la clasificación de los mismos con base en su nivel de satisfacción y su perfil (datos demográficos, psicográficos y socioeconómico). A través de esta herramienta se puede conocer, por ejemplo, el porcentaje de clientes satisfechos e insatisfechos y el porcentaje de cada uno de ellos según género, nivel educativo, estrato socioeconómico, entre otros; ello si se encuentran patrones en los datos. Los resultados que pueden obtenerse son similares a los mostrados en la figura 17.

Dado que el análisis de clúster puede realizarse a través del software SPSS o de Microsoft Excel, la definición de cual utilizar, queda a juicio del investigador de acuerdo con sus preferencias y habilidades en el manejo de los mismos.

En resumen, de la aplicación de las metodologías citadas se obtendrá:

- La identificación de las variables que más afectan la satisfacción del cliente
- Una clasificación de los clientes en diferentes grupos de acuerdo con sus datos demográficos y su similitud en las variables estudiadas.
- La identificación de perfiles de clientes según los niveles de satisfacción con el servicio, especialmente de los no satisfechos.

4.1.3.1 Relación de Resultados con los Procesos. A partir de esa información se procederá a la identificación de los procesos y actividades que están relacionadas con los resultados de la satisfacción del cliente. Para ello se propone la implementación de la metodología de Despliegue de Función de Calidad (QFD por sus siglas en inglés), con algunas variantes.

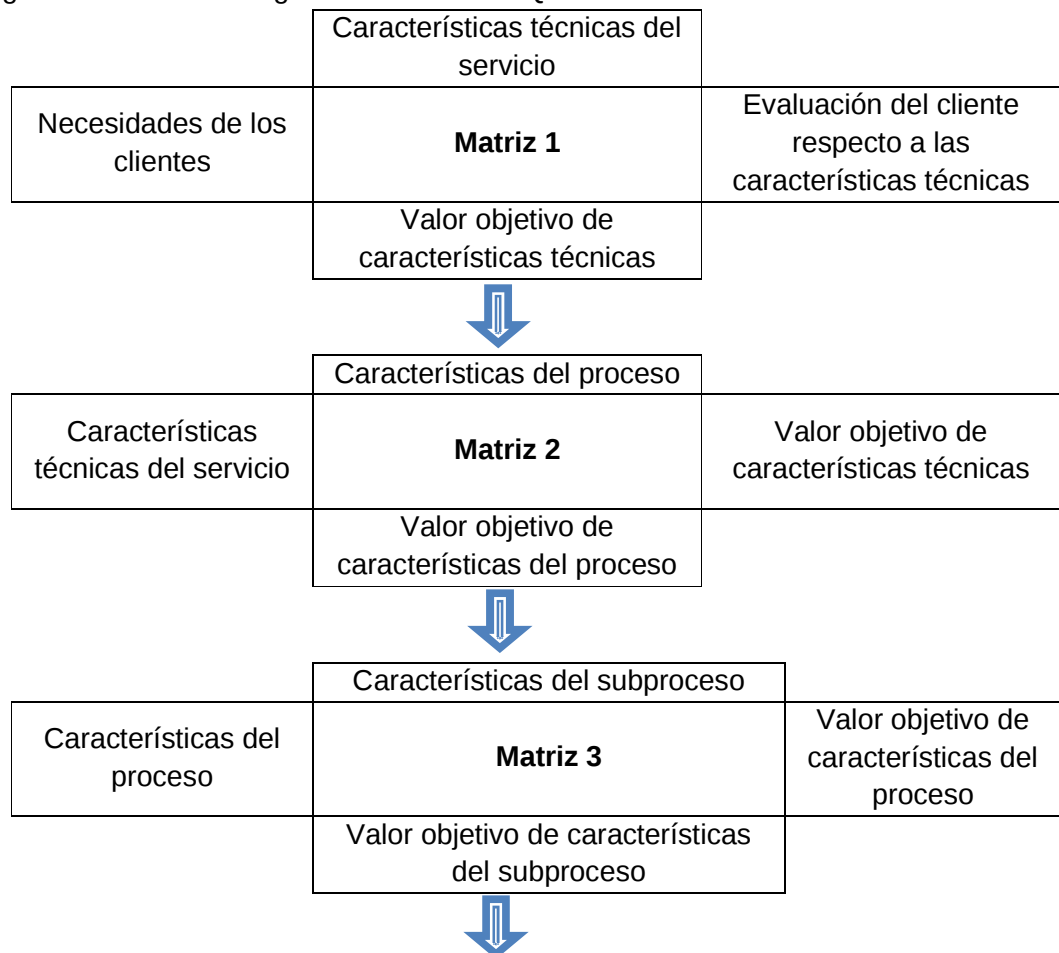
Esa técnica permite traducir, de una manera sistemática, las expectativas del cliente en especificaciones operativas internas y en acciones para la definición del producto, diseño, producción, control, venta y postventa (Zaidi, 1993). QFD se basa en un mapa conceptual que relaciona los requerimientos de los clientes con las características técnicas del producto o servicio necesarias para satisfacerlos, mediante una tabla llamada "matriz de la calidad".

El QFD permite el despliegue sistemático de las funciones operativas necesarias para lograr los estándares de calidad. Un sistema integral de QFD está conformado por 4 matrices (Ver figura 18), que se van extendiendo, llegando a niveles cada vez más específicos de trabajo, de modo que la voz del cliente se despliega hacia las distintas funciones de la organización.

Se trata de:

1. La matriz de la calidad que relaciona los requisitos del cliente con las características técnicas del producto o servicio. En ella se establece la importancia relativa y un valor objetivo de cada característica técnica.
2. La matriz de producto/servicio-proceso. Analiza las relaciones entre las características técnicas del producto o servicio y los procesos que intervienen para satisfacerlas. El esquema de la matriz generada se presenta en la Tabla 5.

Figura 18. Sistema Integral de Matrices de QFD



	Especificaciones funcionales	
Características del subproceso	Matriz 4	Valor objetivo de características del subproceso
	Valor objetivo de especificaciones funcionales	

Fuente: Basado en Yacuzzi y Martín (2003)

Tabla 5. Esquema de la Matriz producto/servicio – proceso

Matriz de producto/servicio – proceso	Atributo de calidad 1 del proceso 1 relacionado con característica técnica	Atributo de calidad 2 del proceso 1	Atributo de calidad n del proceso 1	Atributo de calidad 1 del proceso n	Atributo de calidad n del proceso n
	Proceso 1 ...			Proceso n	
Característica técnica 1					
...					
Característica técnica n					

Fuente: Elaboración propia a partir de Yacuzzi y Martín (2003)

- La matriz de proceso-subproceso, permite determinar las relaciones entre los procesos y los subprocesos que los integran. El esquema de la matriz generada se presenta en la Tabla 6.

Tabla 6. Esquema de la Matriz proceso- subproceso

	Matriz de proceso - subproceso	Atributo de calidad 1 del subproceso 1 relacionado con característica técnica	Atributo de calidad 2 del subproceso 1	Atributo de calidad n del subproceso 1	Atributo de calidad 1 del subproceso n	Atributo de calidad n del subproceso n
		Subproceso 1 ...			Subproceso n	
PROC ESO 1	Característica técnica 1					
	... Característica técnica n					

PROC ESO n	Característica técnica 1 ...					
	Característica técnica n					
	Característica técnica 1					
	... Característica técnica n					
Fuente: Elaboración propia a partir de Yacuzzi y Martín (2003)						

4. La matriz funcional. Relaciona los requerimientos operativos de los subprocesos con las actividades funcionales concretas para cumplir con las exigencias de los clientes. El esquema de esta matriz se presenta en la Tabla 7.

Tabla 7. Esquema de la Matriz subproceso-función

			Matriz de subproceso - función	Atributo de calidad 1 de la función 1	Atributo de calidad n de la función 1 ...	Atributo de calidad 1 de la función n...	Atributo de calidad n de la función n
				Función 1 del subproceso 1 del proceso 1...		Función n del subproceso n del proceso n	
PROCESO 1	Subproceso 1	Característica técnica 1					
		... Característica técnica n					
	Subproceso n	Característica técnica 1 ...					
		Característica técnica n					
PROCESO n	Subproceso 1	Característica técnica 1					
		... Característica técnica n					
	Subproceso n	Característica técnica 1 ...					
		Característica técnica n					
Fuente: Elaboración propia a partir de Yacuzzi y Martín (2003)							

Basado en la fundamentación de QFD, este modelo realizará un despliegue de matrices, sin aplicar los pasos restantes que componen esa metodología. Se trata de las matrices:

1. Matriz de aspectos importantes relacionados con satisfacción del cliente - procesos del servicio: En lugar de partir de los requisitos del cliente, se propone ubicar en las filas los aspectos identificados en la etapa anterior, es decir, aquellos que más afectan la satisfacción y los que no causan satisfacción en el grupo de los clientes no satisfechos. Se deben incluir también los aspectos débiles o por mejorar que el cliente haya reportado en el instrumento de medición, si éste incluyó preguntas abiertas con ese fin. Estos aspectos son ponderados de acuerdo con los resultados de la satisfacción del cliente así (Tabla 8):

Tabla 8. Ponderación de aspectos según resultados de satisfacción

Clasificación del aspecto según el resultado de la satisfacción	Puntuación a otorgar
Aspecto que no causa satisfacción en el grupo de los no satisfechos y que simultáneamente es un aspecto que afecta la satisfacción del cliente, ó Aspecto que no causa satisfacción en el grupo de los no satisfechos y fue identificado como aspecto por mejorar en la pregunta abierta formulada en la encuesta.	10
Aspecto que no causa satisfacción en el grupo de los no satisfechos, ó Aspecto que afecta la satisfacción del cliente y fue identificado como aspecto por mejorar en la pregunta abierta formulada en la encuesta.	5
Aspecto que afecta la satisfacción del cliente	3
Aspecto por mejorar en la pregunta abierta formulada en la encuesta	1

En las columnas se ubicarán los procesos del servicio analizado.

Luego se identifica la relación de las filas y las columnas y para ello se propone la siguiente clasificación (Tabla 9):

Tabla 9. Puntuación de los tipos de relación entre aspectos y procesos del servicio

Símbolo	Tipo de relación	Puntuación a otorgar
	Relación fuerte	Valor de 5
	Relación moderada	Valor de 3
	Relación débil	Valor de 1

Luego se procede a calcular la importancia absoluta de cada proceso, multiplicando el valor de la Tabla 9 identificado en cada casilla por el *ponderado del aspecto de acuerdo con los resultados de la satisfacción del cliente* (estipulados en la Tabla 8).

Con base en ese cálculo, se halla la importancia relativa, para ello se suman los valores de la importancia absoluta de cada proceso y el valor de cada importancia absoluta es dividido en ese total y multiplicado por 100 para obtener un porcentaje.

La matriz que se obtiene es la siguiente (Figura 19):

Figura 19. Esquema de la Matriz aspectos importantes relacionados con el servicio - proceso

	Ponderado del aspecto de acuerdo con los resultados de la satisfacción del cliente	Procesos del servicio
Aspectos importantes relacionados con satisfacción del cliente		Matriz 1
	Importancia absoluta	
	Importancia relativa	

Fuente: Elaboración propia a partir de QFD

2. Matriz procesos del servicio - actividades de los procesos

Para la construcción de esta matriz se ubican en las filas los procesos que tuvieron alguna relación con los aspectos importantes relacionados con satisfacción del cliente y se transcribe el valor de la importancia relativa hallado en la matriz anterior.

En la columna se ubican las actividades de cada proceso del servicio estudiado.

Nuevamente se establece la relación entre filas y columnas, con base en la Tabla 9 y se calcula la importancia absoluta y relativa de la misma manera que se hizo en la matriz anterior.

La matriz que se obtiene es la siguiente (Figura 20):

Figura 20. Esquema de la Matriz procesos – actividades del servicio

	Importancia relativa del proceso	Actividades de los procesos del servicio
Procesos del servicio		Matriz 2
	Importancia absoluta	
	Importancia relativa	

Fuente: Elaboración propia a partir de QFD

3. Matriz actividades de los procesos – responsables

Para la elaboración de esta matriz se ubican en las filas las actividades de los procesos que tuvieron alguna relación con los aspectos importantes relacionados con satisfacción del cliente y se transcribe el valor de la importancia relativa hallado en la matriz anterior.

Finalmente, en la columna se ubican los cargos que ejecutan las diversas actividades de los procesos del servicio analizado, y se relacionan las filas y las columnas, marcando con una x en aquellos casos donde los cargos ejecutan las actividades.

La matriz que se obtiene es la siguiente (Figura 21):

Figura 21. Esquema de la Matriz actividades del servicio – cargos que participan en los procesos

	Importancia relativa de la actividad	Cargos que participan en los procesos del servicio
Actividades de los procesos del servicio		Matriz 3

Fuente: Elaboración propia a partir de QFD

Como resultado de la aplicación de esas 3 matrices de despliegue, se obtendrán las actividades de los procesos que deben abordarse para mejorar la satisfacción del cliente y sus responsables.

4.1.4 Uso de la Información. En primera instancia se priorizan las actividades, dado que generalmente no existen recursos para trabajar en todos los aspectos identificados. Para hacerlo, éstas se organizan de mayor a menor valor de importancia relativa y se calcula la importancia relativa acumulada, sumando la importancia relativa del aspecto anterior, la cual se suma sucesivamente hasta obtener el valor de 100%.

La priorización consiste en aplicar el principio de Pareto según el cual un pequeño porcentaje de las causas (20%), producen la mayoría de los efectos (80%) y tomar

las actividades cuya importancia relativa acumulada sea del 20% o el valor más cercano por encima de él.

Con la aplicación de esta fase, la organización habrá identificado en cuáles actividades del servicio debe generar acciones para mejorar la satisfacción del cliente, de acuerdo con sus recursos disponibles. En este punto es importante corroborar que los aspectos del servicio que tienen la relación más fuerte con cada proceso en la *Matriz de aspectos importantes relacionados con satisfacción del cliente – procesos*, hayan sido identificados como resultado de la aplicación del principio de Pareto, de no ser así deben ser incluidos en la siguiente fase, pues también es importante trabajar en ellos.

Se procede a determinar las acciones a emprender y los responsables de realizar el seguimiento a su implementación. Esos y otros aspectos deben definirse en una tabla o matriz que contenga al menos la siguiente información:

- Proceso del servicio al que pertenece la actividad identificada con la aplicación del principio de Pareto.
- Actividad identificada con la aplicación del principio de Pareto.
- Responsable(s) de la actividad identificada con la aplicación del principio de Pareto.
- Aspecto del servicio en el que debe trabajarse.
- Actividad a implementar para mejorar el aspecto del servicio. Para ello se sugiere la realización de un análisis de causas que permita orientar el establecimiento de esa actividad a implementar.

Existen metodologías para realizar análisis de causas como: diagramas causa-efecto, técnica de los por qué en secuencia o análisis de causa raíz. Información acerca de ellas puede ser consultada en Palomo (2008), Izar y González (2004) y Amendola (2006).

El investigador seleccionará la metodología que, a su juicio, sea de más fácil de aplicación con base en sus conocimientos y en las condiciones propias de la organización; sin embargo, este modelo propone el análisis de las causas asociadas a materiales, mano de obra, metodología, maquinaria y medio ambiente, lo cual hace parte de la metodología del Diagrama Causa-Efecto, ya que permite analizar las diversas fuentes existentes en una organización.

- Responsable de implementar la actividad.
- Recursos requeridos para implementar la actividad.
- Fecha límite de implementación
- Responsable de realizar seguimiento a la implementación de la actividad.
- Fecha de realización del seguimiento.
- Meta esperado con la ejecución de la actividad a implementar. Se trata de establecer un indicador que permita monitorear el cumplimiento de la actividad y/o la mejora de la satisfacción.
- Resultado del seguimiento. Esta casilla es diligenciada por el responsable del seguimiento, en la fecha de realización del mismo.

- Observaciones del cumplimiento de la meta: Esta casilla es diligenciada por el responsable del seguimiento. Se trata del valor que toma el indicador establecido en la casilla *meta*, al momento del seguimiento.

Para su adecuada implementación, es necesario que los responsables de los procesos involucrados, el personal que participa en ellos, y los responsables de las actividades a implementar y de los seguimientos, conozcan el plan y la importancia de su ejecución.

5. APLICACIÓN DEL MODELO DISEÑADO

Con el objeto de validar la funcionalidad del modelo diseñado se definió su aplicación en una empresa del Sector servicios. Considerando las razones expuestas en la Sección 1.3 se seleccionó al Sector Salud y específicamente a la Clínica Chicamocha S.A, ubicada en la ciudad de Bucaramanga.

Dicha institución es de carácter privado, está clasificada como de III nivel de complejidad y cuenta con 25 años de experiencia. Presta servicios de cuidados intensivos para pacientes adultos, pediátricos y neonatos, ginecoobstetricia, cirugía, tratamiento médico de mediana y alta complejidad, urgencias con énfasis en trauma y pacientes severamente críticos -única en la ciudad- así como radiología intervencionista, tomografía y ecografía tridimensional, un servicio de imaginología, medicina nuclear y el Instituto de Neumología y Cirugía de Tórax, los cuales se ejecutan siguiendo las directrices establecidas en el marco del Sistema de Gestión de calidad basado en la norma ISO 9001 y del Sistema de Gestión Ambiental basado en la norma ISO 14001.

Adicionalmente, ofrecen a sus usuarios la opción de medicina prepagada y particular, en la cual se brinda un servicio VIP, tipo hotelería 5 estrellas.

5.1 SELECCIÓN DEL SERVICIO EN EL QUE SE APLICARÁ EL MODELO

Se seleccionó el servicio de Urgencias considerando que:

- Es posiblemente la estructura orgánica y funcional de una institución de salud, que tiene un mayor impacto social sobre la población adscrita a ella y constituye la principal vía de ingreso a los hospitales (Tejedor et.al, 2004).

- Es un servicio de alto riesgo, alto volumen y alto costo, criterios que se utilizan para definir la prioridad al seleccionar actividades de mejoramiento, dentro de la reglamentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Resolución 1474 de 2002 y Resolución 1445 de 2006 expedidas por el Ministerio de Protección Social).
- Dada su importancia, es uno de los servicios de salud que el Estado ha buscado garantizar a través de diversas leyes y decretos: Ley 10 de enero 10 de 1990, Decreto 0412 de 1992, Ley 100 de 1993, Resolución 5261 de 1994, Decreto 806 de 1998, Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007 y Decreto 4747 de 2007.

El servicio de Urgencias de la Clínica Chicamocha S.A está definido como consta en la caracterización de ese proceso, el cual se presenta en el Anexo E.

5.2 VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE APLICABILIDAD

Al revisar si el servicio de Urgencias de la Clínica Chicamocha S.A. cumplía las condiciones de aplicabilidad establecidas en el modelo se encontró que (Tabla 10):

Tabla 10. Condiciones de aplicabilidad del modelo en la Clínica Chicamocha S.A

Condición del modelo	Estado de la condición en la Clínica Chicamocha S.A
Procesos definidos y estandarizados	El servicio de Urgencias cuenta con su caracterización del proceso, así como con protocolos de enfermería y guías de manejo médicas, ya que la Clínica tiene implementado un Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001. La verificación de que las disposiciones establecidas en esa documentación se apliquen en la práctica por el personal es realizada mediante auditorías. Adicionalmente, el proceso de Urgencias cuenta con 3 indicadores, los cuales han cumplido las metas establecidas en la última medición realizada (entre julio a noviembre de 2011).

Infraestructura básica	El servicio de Urgencias cuenta con la infraestructura necesaria para la prestación de los servicios ya que cumple con lo dispuesto al respecto en la Resolución 1043 de 2006.
Sistema de Información	A pesar de que la Clínica Chicamocha S.A cuenta con un sistema de información propio en el que se tienen algunos datos demográficos y de contacto de todos los usuarios, para la aplicación del modelo no se requerirá de ese Sistema, dado que la encuesta se aplicará inmediatamente se preste el servicio y los datos del usuario que se requieran se recolectarán mediante el instrumento de medición de la satisfacción.
Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Clínica Chicamocha	

En mérito de lo anterior, se identificó que es procedente aplicar en modelo planteado en el servicio de Urgencias de la Clínica Chicamocha S.A.

5.3 MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN

5.3.1 Investigación Exploratoria. Con el objeto de determinar los aspectos a medir para evaluar la satisfacción del cliente en el servicio de Urgencias de la Clínica Chicamocha, se realizó una búsqueda en la literatura encontrándose el uso de diversos instrumentos e identificándose varios aspectos como predictores de la satisfacción de los pacientes tanto en servicios de salud como en el servicio de Urgencias de manera específica. Adicionalmente se encontró que en el Sector Salud, los estudios para medir la calidad percibida de un servicio se han llevado a cabo a partir del análisis del grado de satisfacción de los usuarios (Correia y Miranda, 2010).

Como se citó anteriormente, según Grönroos (1988) la percepción de la calidad del servicio está influenciada por la Calidad Técnica, la Calidad Funcional, el servicio esperado y la imagen. En consonancia con ello, Lam (1997), sostiene que la dimensión técnica está relacionada con el diagnóstico médico y la realización de los procedimientos médicos dentro de las especificaciones, y la funcional, se

refiere a la manera en que se presta el servicio (ver Figura 22). Algunos autores (Lam, 1997; Pakdil y Harwood, 2005) manifiestan que aunque la calidad técnica tiene alta prioridad para los pacientes, la mayoría no tiene los conocimientos para evaluar su efectividad, por eso, ellos basan su evaluación de calidad en cómo el cuidado es administrado, a través de factores ambientales e interpersonales con el médico, y no en las definiciones hospitalarias de manejo apropiado.

Figura 22. Percepción de la calidad en Hospitales.



Fuente: Elaboración propia a partir de Lam (1997), y Correia y Miranda (2010).

Existen variados estudios en los que se busca medir la calidad del servicio percibido a través de la satisfacción mediante la escala SERVQUAL, la cual ha sido validada y utilizada en estudios de empresas de servicios, incluyendo las correspondientes al sector salud (Reidenbach y Sandifer-Smallwood, 1990; Lam, 1997; Mira et Al. 1998; Lee, 2005; Pakdil y Harwood, 2005). Se destaca especialmente el estudio realizado por Mira et. al, quienes adaptan esa escala a la atención hospitalaria y crean el instrumento SERVQHOS.

A pesar de existir esa escala que ha sido ampliamente utilizada, se han realizado otros estudios en los que se crean y utilizan escalas diferentes a Servqual. Entre ellos, se destaca, por el objeto de la presente investigación, el estudio: *Validación de un Instrumento para Medir Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales de Colombia. PECASUSS - percepción de calidad según usuarios de servicios salud* (Cabrera et. al, 2008).

En todos esos estudios se ha identificado que uno de los predictores más importantes de la satisfacción del paciente es la calidad de la interacción con el personal de la atención en salud, principalmente médicos y enfermeras (Chung, 1999; Sun. et al,2000; Boudreaux et al, 2004; Pettersen et al, 2004; Pakdil y Harwood, 2005; Castillo et al, 2007) y otros autores afirman que también influye la satisfacción con los tiempos de atención (Riveros y Berne, 2003; Olivera et. al, 2009), pero se ha determinado que influye más la percepción del tiempo de espera que el tiempo real de espera (Boudreaux, et al 2004; Sun et al, 2000).

Otros aspectos asociados a la satisfacción del paciente que se han identificado son: la comunicación con el paciente, entendida como el suministro de información tal como: la explicación del estado de salud, del tratamiento, y las instrucciones luego de la salida del paciente del centro asistencial (Pettersen et al, 2004; Bernard et al, 2007; Castillo et al, 2007; Soleimanpour et al; 2011), las condiciones para el descanso (Castillo et al, 2007), y mejora en el estado de salud (Correia y Miranda, 2010).

Todos esos aspectos, a excepción de las condiciones para el descanso, han sido identificados como predictores de la satisfacción del paciente, específicamente en el servicio de Urgencias.

Adicionalmente se ha identificado que la satisfacción de los pacientes está relacionada con su edad (Chung, 1999; Sun et al, 2001; Olivera et. al, 2009;

Rahmqvist et. al, 2010), nivel de escolaridad (Olivera et. al, 2009 ; Rahmqvist et. al, 2010), nivel de ingresos (Sun et. al, 2000; Olivera et. al, 2009), estado de salud (Rahmqvist et. al, 2010). Se ha encontrado que a mayor edad, menor nivel de escolaridad, menores ingresos, mayor estado de salud, se percibe mayor satisfacción.

Con base en los estudios citados, se consolidaron los aspectos utilizados para evaluar la satisfacción de los pacientes, clasificándolos en los que se realizaron en hospitales o centros de salud (Anexo F) y los aplicados específicamente al servicio de Urgencias (Anexo G).

Al momento de definir la aplicación de una escala, a pesar de que ya esté validada, debe analizarse su aplicación, ya que pudieron ser probadas en una cultura con características de mercado diferentes, donde los pacientes pudieron tener diferentes expectativas del servicio a las de las personas donde la escala se desea aplicar (Mira et al, 1998). Además, deben tenerse en cuenta las limitaciones propias de cada estudio, identificadas por sus autores, entre ellas: su falta de validez en otras instituciones (Sun, 2001; Correia y Miranda, 2010) y que su utilización debe hacerse, asegurándose que se asemejen las condiciones en las que la escala o instrumento fue validado (Mira et al, 1998).

Con base en la revisión literaria realizada, se define aplicar una escala basada en PECASUSS (Cabrera et. al, 2008), la cual surgió de una investigación realizada con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo, en el marco de un Programa de reorganización, rediseño y modernización de redes prestadoras de servicios de salud, al identificar que “a pesar de la variedad de mediciones y recursos, no existía en Colombia ni se había adaptado del exterior un instrumento validado para medir el asunto de interés de la consultoría”. La ventaja de basarse en esa escala, es que contempló el contexto colombiano, se basó en una revisión literaria, fue discutida por varios investigadores con experiencia en cuestionarios y estudios

de conocimientos, actitudes, percepciones y prácticas en salud y en calidad, y el instrumento fue validado en cuanto a apariencia, constructo y criterio.

Dado que el instrumento aplica para instituciones de salud como un todo, pero no es específico para el Servicio de Urgencias y teniendo en cuenta que los aspectos asociados a la satisfacción del cliente pueden no ser los mismos en una misma organización, pues deben tenerse en cuenta los diferentes tipos de servicios ofrecidos -por ejemplo, en una institución de salud, no son iguales las características que evalúa un cliente de Consulta Externa y uno de Hospitalización o de Cuidados Intensivos- (Zas, 2002), se definió adicionar dos ítems en el instrumento. Eso se da por las características particulares del servicio; en el caso de Urgencias se tiene: un contacto breve, con gran carga de ansiedad y con difícil seguimiento posterior (Mowen et. al, 1990 en López et al, 2001).

Para determinar qué aspectos incluir, se comparó la escala Pecasuss con los aspectos que se identificaron como predictores de la satisfacción del paciente en el servicio de urgencias: calidad de la interacción con el personal de la atención en salud, tiempos de atención, la comunicación con el paciente, entendida como el suministro de información y mejora en el estado de salud (Ver tabla 11).

Debido a que la comunicación con el paciente incluye información relativa a la explicación del estado de salud, del tratamiento y estos aspectos no son consultados directamente en el instrumento Pecasuss, se define incluirlos en la encuesta que se aplicó en el servicio de Urgencias de la Clínica Chicamocha.

Tabla 11. Comparación de Escala Pecauss y predictores de la satisfacción del paciente en el servicio de urgencias.

Aspecto evaluado	Pregunta realizada	Aspectos utilizados para evaluar la satisfacción de los pacientes en el servicio de Urgencias
Complejidad del trámite	El trámite que hizo para ser atendido(a), hoy o el día que ingresó a la institución, le pareció	
Costos	Si tuvo que pagar algo para ser atendido(a), este pago le pareció	
Tiempo de atención	El tiempo desde que llegó a urgencias, a cumplir o pedir una cita, hasta que lo(a) atendieron fue de	Tiempo de atención real
Percepción del tiempo de atención	Este tiempo que tuvo que esperar hasta que lo(a) atendieron, le pareció	Tiempo de atención percibido
Solución a necesidad de salud	La solución que le dieron a la necesidad de salud por la que consultó esta institución u hospital le pareció	Mejora en el estado de salud
Respuesta a inquietudes	Las respuestas del personal de la institución ante sus inquietudes o preguntas le parecieron	Comunicación con el paciente
Aseo	El aseo de la institución le pareció	
Planta física	La planta física o sea el edificio de la institución le pareció	
Salas de espera	Las salas de espera, la silletería, las camas y camillas, si las vió o las usó, le parecieron	
Trato de profesionales de salud	El trato que recibió de médicos, enfermeras y otros profesionales de salud le pareció	calidad de la interacción con el personal de la atención en salud
Trato de personal administrativo	El trato que le dieron porteros, cajeros, auxiliares y otro personal administrativo le pareció	calidad de la interacción con el personal de la atención en salud
Cooperación entre funcionarios	La cooperación entre funcionarios de la institución (o de instituciones) ante su necesidad de atención fue	
Competencia profesionales	La capacidad de los profesionales para solucionar su necesidad de salud le pareció	
Orientación para cuidado en casa	La orientación que recibió en la institución para efectuar cuidados de su salud en casa le pareció	Comunicación con el paciente
Calidad global del servicio	Desde cero (pésimo) hasta cinco (excelente), con cuanto calificaría la calidad del servicio recibido ?	
Atención recibida en general	La atención recibida en la institución lo dejó en general ?	
Intención de regresar	Volvería al hospital?	
Aspectos susceptibles de mejora	Que debe mejorar el hospital?	
Fuente: Elaboración propia a partir de Chung, 1999; Sun. et al, 2000; Riveros y Berne, 2003; Boudreaux et al, 2004; Petterson et al, 2004; Pakdil y Harwood, 2005; Castillo et al, 2007; Bernard et al, 2007; Cabrera et. al, 2008; ; Olivera et. al, 2009; Correia y Miranda, 2010 y Soleimanpour et al, 2011		

Se tuvo en cuenta además, que la normatividad establecida en Colombia define como características de la calidad en salud del Sistema General de Seguridad Social: la accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad; asimismo establece la evaluación de la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y la calidad del servicio, como uno de los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de Protección Social).

En la Tabla 12 se muestra cómo las características de calidad se asocian a los aspectos incluidos en el instrumento para evaluar la satisfacción de los pacientes en el servicio de Urgencias; ellos no se establecen de manera directa, para evitar extender el instrumento y porque se considera que corresponden a aspectos que pueden medirse objetivamente a través de indicadores de desempeño del servicio relacionados con los aspectos técnicos del mismo –por ejemplo: tiempo de espera real para acceso al servicio, número de eventos adversos-.

En relación con la evaluación de la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, se define adicionar ese aspecto, de una manera general, para dar cumplimiento a la Reglamentación vigente. En la Tabla 12 también se muestra la relación de los derechos de los pacientes establecidos por la Resolución No. 13437 de 1991 del Ministerio de Salud.

Los aspectos a evaluar que se determinaron luego de esta revisión, se presentan en el cuestionario del Anexo H.

Tabla 12. Comparación de Escala Pecauss con Derechos de los Pacientes y características de calidad en salud

Aspecto evaluado	Pregunta realizada	Derechos de Pacientes según Resolución No. 13437 de 1991	Características de Calidad en la atención en Salud. Decreto 1011 de 2006
Complejidad del trámite	El trámite que hizo para ser atendido(a), hoy o el día que ingresó a la institución, le pareció		accesibilidad y continuidad
Costos	Si tuvo que pagar algo para ser atendido(a), este pago le pareció		
Tiempo de atención	El tiempo desde que llegó a urgencias, a cumplir o pedir una cita, hasta que lo(a) atendieron fue de		
Percepción del tiempo de atención	Este tiempo que tuvo que esperar hasta que lo(a) atendieron, le pareció		oportunidad
Solución a necesidad de salud	La solución que le dieron a la necesidad de salud por la que consultó esta institución u hospital le pareció	Mejor asistencia médica disponible	pertinencia
Respuesta a inquietudes	Las respuestas del personal de la institución ante sus inquietudes o preguntas le parecieron	Recibir información de los costos	
Aseo	El aseo de la institución le pareció		
Planta física	La planta física o sea el edificio de la institución le pareció		seguridad
Salas de espera	Las salas de espera, la silletería, las camas y camillas, si las vio o las usó, le parecieron		
Trato de profesionales de salud	El trato que recibió de médicos, enfermeras y otros profesionales de salud le pareció	Trato digno	
Trato de personal administrativo	El trato que le dieron porteros, cajeros, auxiliares y otro personal administrativo le pareció	Trato digno	
Cooperación entre funcionarios	La cooperación entre funcionarios de la institución (o de instituciones) ante su necesidad de atención fue		
Competencia profesionales	La capacidad de los profesionales para solucionar su necesidad de salud le pareció	Mejor asistencia médica disponible	seguridad
Orientación para cuidado en casa	La orientación que recibió en la institución para efectuar cuidados de su salud en casa le pareció		
Comunicación relacionada con estado de salud	Información de la explicación del estado de salud.		

Aspecto evaluado	Pregunta realizada	Derechos de Pacientes según Resolución No. 13437 de 1991	Características de Calidad en la atención en Salud. Decreto 1011 de 2006
Comunicación relacionada con tratamiento	Información de la explicación del tratamiento		
Calidad global del servicio	Desde cero (pésimo) hasta cinco (excelente), con cuanto calificaría la calidad del servicio recibido ?		
Atención recibida en general	La atención recibida en la institución lo dejó en general ?		
Ejercicio de derechos	Desde cero (pésimo) hasta cinco (excelente), con cuanto calificaría la satisfacción con el ejercicio de sus derechos como paciente?	Libre escogencia, confidencialidad de historia clínica, apoyo espiritual-moral, muerte digna, elección de donación de órganos, participación voluntaria en investigaciones	
Intención de regresar	Volvería al hospital?		
Aspectos susceptibles de mejora	Que debe mejorar el hospital?		

5.3.2 Investigación Concluyente. Luego de definidos los aspectos a consultar mediante la encuesta, se definió la escala en la que se evaluarían cada uno de esos aspectos, determinándose utilizar la escala propuesta por Pecassus, teniendo en cuenta que como ese estudio manifiesta, no hay en la literatura uniformidad en cuanto al número de opciones para cada aspecto consultado, sin embargo, las escalas que se usan estén entre 3 y 9 niveles, pero 3 es poco informativo y 9 discrimina demasiado y hace más extenso el interrogatorio. También existen diferentes opiniones relacionadas con establecer un número par o impar. Si es par, no hay opción neutra, lo que hace que cuando el encuestado no conozca del tema, tienda a no contestar, incrementando las preguntas sin respuesta, por ello en ese estudio usaron una escala compuesta por 5 alternativas, la cual se acogió en el presente modelo.

Una vez diseñado el instrumento propuesto, se procedió a la validación de apariencia o contenido la cual fue realizada por el Ingeniero de Calidad, la Jefe de Atención al Usuario y el Jefe de Urgencias de la Clínica, quienes hicieron algunas modificaciones relacionadas con la forma en que consultaba por algunos aspectos, se fusionaron otros y se eliminaron algunos, como por ejemplo la solución a la necesidad de salud, ya que cuando el paciente sale de urgencias, generalmente, no ha finalizado el tratamiento planteado y por ende no sabe si éste va solucionar su problema de salud.

Luego se realizó la validación de utilidad del instrumento, para ello, el 2 de diciembre de 2011 se entregó a 10 usuarios para su lectura y diligenciamiento. En esta revisión se encontró la necesidad de resaltar la instrucción “Marque con una x” y reubicar la pregunta 19 de modo que fuese claro que el por qué consultado hace referencia a la pregunta 18. Además, se encontró que el mínimo tiempo de diligenciamiento fue de 2 minutos y el máximo de 5 minutos, por lo cual se consideró adecuada la longitud y estructura del cuestionario propuesto.

Con base en los ajustes planteados por empleados y usuarios de la Clínica, se creó el instrumento que se presenta en el Anexo I, el cual se aplicó de la siguiente manera:

* Clientes a encuestar: Pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias entre el 16 y el 19 de diciembre de 2011, mayores de 18 años y que aceptaron llenar el cuestionario antes de abandonar la Clínica; en el caso de menores de edad se procedió a encuestar a su acudiente. Los pacientes que reunían estos criterios también tenían que estar en capacidad de responder el cuestionario, por ello se excluyó a aquellos pacientes con marcado deterioro del estado de salud, aquellos imposibilitados para comunicarse adecuadamente, pacientes hospitalizados y aquellos que no aceptaron responder el cuestionario.

* Tamaño de la muestra: Dado que existen criterios de selección de los encuestados, se trata de un muestreo no probabilístico a juicio. En estos casos el

tamaño de la muestra es definido por el investigador. Se estableció una muestra mínima de 100 personas, considerando los requerimientos de la validez de constructo. En la práctica se recolectaron 101 encuestas.

* Método de recolección de la información: Consistió en la entrega del cuestionario al paciente al momento del egreso, en la Oficina de liquidaciones. Esta forma de recolección tiene como ventajas que permite obtener la información inmediatamente, se tienen valoraciones más veraces ya que la percepción del servicio es reciente para quien diligencia la encuesta, permite aclarar las preguntas al encuestado- en caso de que éste lo requiera-, y evita incurrir en los costos adicionales de los entrevistadores, así como la posible distorsión que éstos pueden generar.

Para su aplicación se elaboró un instructivo que explicaba el diligenciamiento del mismo, el cual se dio a conocer a los 4 auxiliares de liquidación, de modo que si un usuario tenía alguna duda con respecto a algún aspecto del cuestionario, ellos podían aclararla. En él se incluyó la instrucción *“En sus notas, escriba cualquier situación extraordinaria o anormal que llegue a conocer que ha ocurrido ese día, que pueda generar una mayor o menor demanda de servicios o que influya la percepción o directamente modifique la calidad de los mismos por la ocurrencia de situaciones extraordinarias tales como: calamidades, accidentes múltiples, paros, festividades, etc.”*, con el ánimo de identificar la presencia de eventos no originados por la Clínica que pudieran afectar la satisfacción del paciente. Durante la recolección de la información no se identificó ningún evento de este tipo.

5.4 ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.4.1 Validación del instrumento: Antes de iniciar el análisis de la información obtenida, se validó el instrumento en cuanto a:

- Validez de Constructo: Se utilizó análisis factorial mediante el software SPSS encontrándose que el instrumento no mide aspectos que no está relacionados con la satisfacción de los pacientes, ya que como se observa en la Tabla 13, cada factor o nuevo componente, es afectado en mayor medida por al menos un aspecto evaluado.

Tabla 13. Resultados del análisis Factorial

	Componente 1	Componente 2	Componente 3
APOYO_DIAG	0,330333	-0,235362	-0,228776
CALIDAD_GRAL	0,262582	0,371364	-0,51348
EJERCIC_DEREC	0,334556	0,111482	-0,0449044
INFO_SALUD	0,388301	-0,103461	-0,163621
INFO_TTO	0,329886	0,0979553	-0,205047
INSTALAC	0,20635	-0,512276	0,241537
RTA	0,243959	0,252422	0,333255
TIEMPO	0,131909	0,492434	0,536081
TRAMITE	0,316721	0,242053	-0,0466299
TRATO_PADTIVO	0,332864	-0,378345	0,120705
TRATO_PALUD	0,346112	-0,0599729	0,373687
Fuente: SPSS			

Mediante la tabla 14 se define extraer 3 factores o componentes principales, los cuales presentan un Eigenvalue mayor de 1. Ello significa que la combinación lineal de los aspectos evaluados representada en las 3 primeras componentes explican o sintetizan el 65,459% de la varianza total. Esta situación puede considerarse ventajosa porque podemos explicar la percepción de los clientes a través de 3 nuevas variables y no a través de 10 variables (Este análisis arrojó una medida Kaiser-Meyer-Olkin adecuada pues fue de 0,764).

Tabla 14. Análisis de Componentes Principales
Number of components extracted: 3

Principal Components Analysis			
Component Number	Eigenvalue	Percent of Variance	Cumulative Percentage
1	4,88898	44,445	44,445
2	1,29147	11,741	56,186
3	1,02001	9,273	65,459
4	0,859719	7,816	73,274
5	0,741913	6,745	80,019
6	0,642	5,836	85,855
7	0,484991	4,409	90,264
8	0,411516	3,741	94,005
9	0,320148	2,910	96,916
10	0,200608	1,824	98,740
11	0,13865	1,260	100,000

Fuente : SPSS

Los nuevos factores están conformados así:

Factor 1 = 0,330333*APOYO_DIAG + 0,262582*CALIDAD_GRAL + 0,334556*EJERCIC_DEREC + 0,388301*INFO_SALUD + 0,329886*INFO_TTO + 0,20635*INSTALAC + 0,243959*RTA + 0,131909*TIEMPO + 0,316721*TRAMITE + 0,332864*TRATO_PADTIVO + 0,346112*TRATO_PSalud

Factor 2 = 0,371364*CALIDAD_GRAL + 0,111482*EJERCIC_DEREC + 0,0979553*INFO_TTO + 0,252422*RTA + 0,492434*TIEMPO + 0,242053*TRAMITE - 0,378345*TRATO_PADTIVO - 0,0599729*TRATO_PSalud - 0,235362*APOYO_DIAG - 0,103461* INFO_SALUD - 0,512276* INSTALAC

Factor 3 = 0,241537*INSTALAC + 0,333255*RTA + 0,536081*TIEMPO + 0,120705*TRATO_PADTIVO + 0,373687*TRATO_PSalud - 0,228776*APOYO_DIAG - 0,51348*CALIDAD_GRAL - 0,0449044*EJERCIC_DEREC - 0,163621* INFO_SALUD - 0,205047*INFO_TTO - 0,0466299*TRAMITE

El factor 1 está influenciado principalmente por la información del estado de salud, la satisfacción con el apoyo o ayudas diagnósticas, el ejercicio de los

derechos, la información acerca del tratamiento, el trámite para ser atendido y el trato tanto de personal administrativo como del personal de salud.

El factor 2 es afectado principalmente por el tiempo en ser atendido, el trato de personal administrativo y las instalaciones o infraestructura. Aunque el trato de personal administrativo se encuentra también relacionado con el factor 1, para efectos de análisis se consideró en ese factor, por afectarlo en mayor medida que al factor 1.

El factor 3 es influenciado en mayor medida por la calidad general, el tiempo en ser atendido, el trato de personal de salud y la respuesta a inquietudes. Aunque el tiempo en ser atendido se encuentra también relacionado con el factor 2 y el trato del personal de salud con el factor 1, para el análisis de estos factores se consideraron en el factor 3 ya que afectan en mayor medida a este factor.

Con base en lo anterior pueden sugerirse los 3 nuevos factores (Tabla 15):

Tabla 15. Composición de factores de acuerdo con los aspectos evaluados

FACTOR No.	NOMBRE DEL FACTOR	ASPECTOS EVALUADOS QUE LO COMPONEN
1	Información y procesos de apoyo	Información del estado de salud Información acerca del tratamiento Ejercicio de los derechos Apoyo diagnóstico Trámite para ser atendido
2	Infraestructura y amabilidad	Instalaciones Trato del personal administrativo
3	Pertinencia	Calidad general Tiempo en ser atendido Trato del personal de salud Respuesta a inquietudes

A partir de los resultados obtenidos en el análisis factorial se definió no eliminar ningún aspecto evaluado, ya que todos aportaron variabilidad a la medición de

la satisfacción (la menor variabilidad significativa fue de 0,316 y correspondió a trámite para ser atendido).

- Validez de criterio: Consistió en examinar la correlación de todos los aspectos con la calidad general. Como se observa en la Tabla 16 esa variable está relacionada de manera positiva con todas las variables, aunque en menor medida con las instalaciones o infraestructura y el trato del personal administrativo.

Tabla 16. Correlación de variables con la calidad general

	APOYO_ DIAG	EJERCIC_ DEREC	INFO_ SALUD	INFO_ TTO	INSTALAC	RTA	TIEMPO	TRAMITE	TRATO_ PADTIVO	TRATO_ PSALUD
Correlación con Calidad General	0,69	0,69	0,62	0,58	0,36	0,45	0,41	0,41	0,31	0,44

- Confiabilidad test-retest: Para determinar la consistencia interna del instrumento se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach encontrándose un valor mayor de 0,7 lo cual indica que el cuestionario es confiable (Tabla 17).

Tabla 17. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,859	,870	11

5.4.2 Análisis descriptivo. Luego de realizar las anteriores valoraciones, se realizaron gráficos que se presentan en el Anexo J, y se calcularon promedios aritméticos y sus desviaciones estándar con el ánimo de conocer el

comportamiento de los datos, ello con el apoyo de Microsoft Excel y el software SPSS 14 (Tabla 18).

Se encontró que los encuestados corresponden a pacientes con una edad mínima de 14 años y una máxima de 87, de estratos socioeconómicos del 1 al 6, pero con un estrato promedio de nivel 3. El 55% de los encuestados fueron mujeres y el 45% restante fueron hombres. La mayoría de encuestados se encuentra afiliado a Sanitas o Coomeva, el intervalo de la edad que más predominó fue la de 21 a 30 años (33%), el nivel de estudios que más presentaron los encuestados fue secundaria y el estrato socioeconómico que más prevaleció fue el nivel 3.

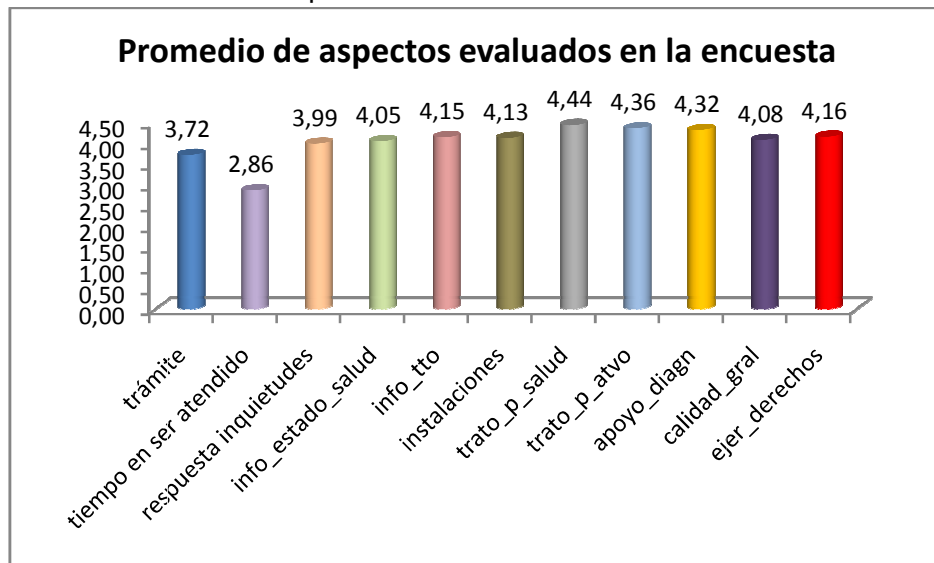
En cuanto a la percepción de la satisfacción con los aspectos relacionados con el servicio de Urgencias, 8 variables presentan medias superiores a 4 puntos y las 3 variables restantes presentan medias entre 2,86 y 3,98 puntos. Los datos no están muy dispersos ya que la máxima desviación estándar que se encuentra para esas variables es de 1,13. Las desviaciones más altas corresponden a las variables: trámite y tiempo en ser atendido.

Tabla 18. Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Estrato	100	1,00	6,00	2,9800	1,28692
Trámite	100	1,00	5,00	3,7200	,93290
Tiempo	101	1,00	5,00	2,8614	1,13163
Respuesta	97	1,00	5,00	3,9897	,81003
info_estado	101	1,00	5,00	4,0495	,86460
info_tto	95	1,00	5,00	4,1474	,75749
Instalaciones	100	2,00	5,00	4,1300	,59722
trato_psalud	100	2,00	5,00	4,4400	,64071
trato_patvo	100	2,00	5,00	4,3600	,61167
apoyo_diag	50	3,00	5,00	4,3200	,58693
calidad_gral	99	1,00	5,00	4,0808	,72389
Edad	101	14	87	36,69	15,704
ejer_derech	94	,00	5,00	4,1596	,81390
N válido (según lista)	37				

La menor puntuación fue obtenida por el tiempo en ser atendido y la mayor calificación fue otorgada al trato tanto del personal de salud como el personal administrativo (Figura 23)

Figura 23. Promedio de los aspectos evaluados en la encuesta.



5.4.3 Identificación de aspectos que más afectan la satisfacción del paciente.

Para examinar la influencia relativa de cada aspecto evaluado sobre la calidad general del servicio de Urgencias se realizó un análisis de regresión múltiple mediante el software SPSS, cuyos principales resultados se encuentran en el Anexo K.

En primera instancia se evaluó la significancia estadística del modelo regresión general mediante la estadística F y su probabilidad asociada, dado que la F de 8,9 fue significativa con un nivel de probabilidad de 0.000 se continuó con la evaluación de la r^2 obtenida, la cual fue de 0,497 lo que significa que el 49,7% de la variación en la calidad general puede ser explicada con los 10 aspectos del servicio evaluado. Dado que la r^2 corregida es menor (0,44), la inclusión de una

nueva variable al modelo no mejorará la variación de los aspectos evaluados en la calidad general del servicio.

Se procedió a examinar los coeficientes de regresión individuales y sus estadísticas *t* encontrándose que en su mayoría no son estadísticamente significativas, pues sólo el *ejercicio de los derechos* tiene una significancia menor de 0,05, lo que implica que la calidad general está influida en pequeña medida por ese aspecto ($b=0,216$).

Los datos analizados cumplieron los supuestos de regresión ya que (Anexo K):

- Mediante el *histograma de residuos estandarizados comparados con la distribución normal* se observa que muchos de los residuos estuvieron bastante cerca de la curva.
- En la gráfica de *Residuos estandarizados observados versus esperados*, los residuos observados cayeron directamente sobre la línea de 45° lo cual indica una distribución normal.
- En la gráfica de *Valores predichos estandarizados versus residuos estandarizados* no se presentó gran diferencia en el esparcimiento de los residuos, lo cual sugiere que la relación que se trata de rededir es lineal y los errores están normalmente distribuidos.
- No se presenta multicolinealidad ya que los valores de tolerancia son mayores de 0,10 y los de VIF son menores de 10.

Con base en el análisis factorial realizado, el análisis de regresión múltiple y el estudio de la correlación de los aspectos evaluados con la calidad en general, se tiene que las variables que más influyen en la satisfacción del cliente son: la satisfacción con el ejercicio de los derechos, la información acerca del estado de salud, la información acerca del tratamiento y la satisfacción con las ayudas diagnósticas (tabla 19).

Tabla 19. Aspectos que más influyen en la satisfacción del paciente

	Regresión Múltiple	Análisis Factorial	Correlación con calidad general
Aspecto evaluado que más influye en la satisfacción del paciente	Ejercicio de derechos	Información del estado de salud (variable asociada a la componente 1 con mayor valor en ese factor)	- Ejercicio de derechos - Información del estado de salud - Apoyo diagnóstico - Información del tratamiento

Las puntuaciones dadas por los encuestados en esas variables se encuentran por encima de los 4 puntos.

5.4.4 Identificación de grupos de clientes según perfil de los encuestados.

Mediante el complemento Data Mining de Microsoft Excel se realizó una clasificación de los pacientes encuestados, a través del árbol de decisión y de los clúster que se presentan en el Anexo L.

El árbol de decisión a través de esa herramienta no permite desagregar en gran medida la información, ya que sólo genera la clasificación de clientes satisfechos e insatisfechos según género, indicando que el 11% de los encuestados no está satisfecho con el servicio (puntuaron con un valor menor o igual de 3 puntos) y de ellos el 55% corresponde a mujeres y el 45% a hombres. El 89% de los encuestados que se encuentra satisfecho con el servicio de Urgencias está distribuido así: 56% mujeres y 44% hombres.

Se realizó también con ese complemento un análisis de clúster, el cual indicó la presencia de 5 grupos, conformados como se muestra a continuación (Anexo L y Tabla 20 y Tabla 21):

Grupo 1: conformado por 25 personas, 85% de ellas son mujeres, la edad promedio de este grupo es de 24 años, el mayor nivel educativo es técnico-tecnológico (66%), el estrato que más se presenta es el 3 (48%). Este grupo es el de menor puntuación con el servicio de apoyo diagnóstico y de los menos satisfechos con el trámite. Además no se encuentran satisfechos con el tiempo en ser atendido.

Grupo 2: conformado por 23 personas, 73% de ellas son hombres, la edad promedio de este grupo es de 27 años, el mayor nivel educativo es secundaria (80%), los estratos que más se presentan son 1 y 3 (26% cada uno). Este grupo es el de mayor puntuación con el apoyo diagnóstico, con la información del estado de salud, el ejercicio de los derechos y las instalaciones. Se encuentran satisfechos con todos los aspectos, aunque en menor medida con el tiempo en ser atendido.

Grupo 3: conformado por 21 personas, 57% de ellas son mujeres, la edad promedio de este grupo es de 33 años, el mayor nivel educativo es profesional (65%), el estrato que más se presenta es el 4 (44%). Este grupo se encuentra satisfecho con todos los aspectos evaluados. Corresponden a los que presentan mayor satisfacción en cuanto al trámite, al tiempo en ser atendido, la respuesta a inquietudes y la información del tratamiento. La menor puntuación se presenta en el tiempo en ser atendido.

Grupo 4: conformado por 15 personas, 65% de ellas son mujeres, la edad promedio de este grupo es de 54 años, el mayor nivel educativo es profesional (52%), el estrato que más se presenta es el 4 (52%). Este grupo únicamente no se encuentra satisfecho con el tiempo en ser atendido. Corresponde a los que presentan mayor satisfacción con el trato del personal de salud y del personal administrativo.

Grupo 5: conformado por 17 personas, 57% de ellas son hombres, la edad promedio de este grupo es de 53 años, el mayor nivel educativo es primaria (69%), el estrato que más se presenta es el 2 (51%). Este grupo únicamente no se encuentra satisfecho con el tiempo en ser atendido, pero presenta menor satisfacción con la mayoría de los aspectos: el trámite, el tiempo en ser atendido, la respuesta a inquietudes, la información del tratamiento y del estado de salud.

Paradójicamente corresponde a los que presentan mayor satisfacción con la Calidad en General, lo que indica que no asocian la puntuación esta variable con los anteriores aspectos.

Tabla 20. Promedio de las variables estudiadas en los grupos identificados.

GRUPO	TRAMITE	TIEMPO	RESP.	INFO ESTADO SALUD	INFO TTO	INSTAL.	TRATO SALUD	TRATO ADTIVO	APOYO DIAGN.	CALIDAD EN GRAL	EJERC. DEREC
1	3,48	2,80	4,09	3,88	4,04	4,08	4,50	4,21	4,08	3,92	3,9
2	3,74	3,04	4,09	4,39	4,27	4,35	4,52	4,43	4,50	4,18	4,45
3	4,14	3,14	4,10	4,29	4,45	4,15	4,43	4,43	4,44	4,24	4,29
4	3,87	2,67	4,07	3,87	4,08	4,00	4,53	4,53	4,40	3,80	3,96
5	3,38	2,53	3,53	3,71	3,81	4,00	4,18	4,24	4,27	4,25	4,19

Tabla 21. Principales características de cada grupo

	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4	GRUPO 5
Aspecto con el que se encuentran más satisfechos	Trato del personal de salud	Trato del personal de salud	Información del tratamiento	Trato del personal de salud y trato del personal administrativo	Apoyo Diagnóstico
Aspectos con los que no se encuentran satisfechos	Tiempo en ser atendido	-	-	Tiempo en ser atendido	Tiempo en ser atendido
Aspecto de menor satisfacción	Tiempo en ser atendido	Tiempo en ser atendido	Tiempo en ser atendido	Tiempo en ser atendido	Tiempo en ser atendido
Características del grupo en cuanto a los resultados de la satisfacción con el cliente	menor puntuación con el servicio de apoyo diagnóstico y de los menos satisfechos con el trámite	Más satisfecho con apoyo diagnóstico, con la información del estado de salud, el ejercicio de los derechos y las instalaciones	presentan mayor satisfacción en cuanto al trámite, al tiempo en ser atendido, la respuesta a inquietudes y la información del tratamiento	presentan mayor satisfacción con el trato del personal de salud y del personal administrativo	mayor satisfacción con la Calidad en General
Características demográficas del grupo	85% mujeres, la edad promedio 24 años, el mayor nivel	73% hombres, la edad promedio 27 años, el mayor nivel educativo	57% mujeres, la edad promedio 33 años, el mayor nivel educativo es	65% mujeres, la edad promedio es de 54 años, el mayor nivel educativo es	57% hombres, la edad promedio es de 53 años, el mayor nivel

	educativo es técnico-tecnológico, el estrato que más se presenta es el 3	es secundaria, los estratos que más se presentan son 1 y 3	profesional, el estrato que más se presenta es el 4	profesional, el estrato que más se presenta es el 4	educativo es primaria (69%), el estrato que más se presenta es el 2
--	--	--	---	---	---

Con base en lo anterior, se tiene que las personas que se encuentran insatisfechas con el tiempo en ser atendidas corresponden a hombres y mujeres de mayor edad y a mujeres menores de 31 años.

5.4.5 Identificación de grupos de clientes según nivel de satisfacción. Se encontró que el 10,8% de los encuestados (11 de las 101 personas) no estuvieron satisfechos con la *Calidad en General*, es decir, calificaron este aspecto con una puntuación menor o igual a 3. Al analizar a este grupo de personas se encontró que el 55% de estas personas son mujeres, el 54% son de nivel Técnico o superior, el 47% son de estrato 4 ó 5 y la mayoría (36%) está afiliado a la EPS Sanitas (tabla 22)

Tabla 22. Perfil de pacientes no satisfechos con la Calidad en General

Género	Mujeres 55% Hombres 45%
Nivel Educativo	Primaria 18% Secundaria 27% Técnico-Tecnológico 36% Profesional 18%
Estrato Socio Económico	1= 18% 2= 9% 3= 27% 4= 36% 5=9%
EPS	Sanitas= 36% Cooameva= 18% Otros= 46%
Jornada de atención	Viernes de 2 a 9 p.m.= 55% Lunes de 10:40 am a 2 p.m = 36% Sábado 2 p.m.= 9%

Las puntuaciones dadas por las personas no satisfechas se resumen en la tabla 23.

Tabla 23. Estadísticos descriptivos personas no satisfechas

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
tramite	11	2,00	4,00	3,1818	,87386
tiempo	11	1,00	4,00	2,0909	,83121
respuesta	10	2,00	4,00	3,0000	,81650
info_estado	11	1,00	4,00	2,8182	1,25045
info_tto	11	1,00	4,00	3,1818	,98165
instalaciones	11	3,00	5,00	3,7273	,64667
trato_psalud	11	3,00	5,00	3,8182	,60302
trato_patvo	11	4,00	5,00	4,1818	,40452
apoyo_diag	5	3,00	4,00	3,8000	,44721
calidad_gral	11	1,00	3,00	2,5455	,68755
ejer_derech	11	0,00	4,00	2,9000	1,35000
N válido (según lista)	5				

Principalmente las personas que califican la variable Calidad General con una puntuación menor o igual a 3, no se encuentran satisfechos con el tiempo de atención, la información del estado de salud, la respuesta ante inquietudes y el ejercicio de derechos. Otros aspectos con promedios cercanos al 3 son el trámite para ser atendido y información acerca del tratamiento.

5.4.6 Identificación de los procesos y actividades relacionados con los resultados de la satisfacción del cliente. Para determinar cuáles actividades de los procesos deben abordarse con el objeto de mejorar la satisfacción de los clientes se aplicó la variante propuesta del Despliegue de Función de Calidad.

Para ello se tomaron:

- Los aspectos que se identificaron como aquellos que más afectan la satisfacción en la Tabla 19 (satisfacción con el ejercicio de derechos, información del estado de salud, apoyo diagnóstico e información del tratamiento).

- Los aspectos que no causan satisfacción en el grupo de los clientes no satisfechos (tiempo de atención, la información del estado de salud, la respuesta ante inquietudes y satisfacción con el ejercicio de derechos)
- Los aspectos débiles, diferentes a los consultados explícitamente en el instrumento de recolección de datos, reportados por los clientes en la pregunta 20. *¿Qué aspectos considera que debe mejorar esta Clínica?* (No tienen suficientes sábanas, almohadas, cobijas).

Estos 7 aspectos se incluyeron en la *Matriz de aspectos importantes relacionados con satisfacción del cliente - procesos del servicio de Urgencias* (Anexo M), en la cual el Jefe de Urgencias, la Jefe de Atención al Usuario y el Ingeniero de Calidad de la Clínica, establecieron las relaciones entre esos 7 aspectos del servicio y los procesos del Servicio de Urgencias, considerando los siguientes parámetros establecidos en la Tabla 9.

Con esa valoración se obtuvo la importancia absoluta y relativa de cada proceso.

Con base en esa información se construyó la *Matriz procesos del servicio de Urgencias - actividades de los procesos* (Anexo N). En ella se transcribieron los procesos relacionados con los aspectos del servicio y se vincularon, mediante la misma valoración, con las actividades de cada proceso. En esta matriz se tuvo en cuenta el valor de la importancia relativa de la matriz anterior, para el cálculo de los nuevos valores de las importancias absoluta y relativa.

Luego de ello, se realizó la *Matriz actividades de los procesos – responsables* (Anexo Ñ), incluyendo las actividades de los procesos relacionadas con los aspectos del servicio identificados inicialmente. Se procedió a identificar cuáles cargos eran los responsables de ejecutar esas actividades. En esta matriz también se transcribió la importancia relativa de cada actividad –valor hallado en la matriz anterior-. De esta forma se identificaron las actividades de los procesos y los

responsables de las mismas, relacionadas con los aspectos que deben abordarse para mejorar la satisfacción de los clientes.

5.5 USO DE LA INFORMACIÓN. Con la última matriz realizada se priorizaron las actividades de los procesos en las que debe trabajarse para mejorar la satisfacción de los clientes. Para ello, se reorganizó esa matriz de mayor a menor importancia relativa y se calculó la importancia relativa acumulada; luego se aplicó el principio de Pareto y se obtuvo que las actividades de los procesos y aspectos que deben generar acciones para mejorar la satisfacción del cliente (Anexo O y Tabla 24):

Tabla 24. Actividades de los procesos en las que debe trabajarse para mejorar la satisfacción

PROCESO DEL SERVICIO DE URGENCIAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	ASPECTO DEL SERVICIO EN EL QUE DEBE TRABAJARSE
Ejecución del Tratamiento	Valoración paciente por médico especialista	Médico	Tiempo espera
			Respuesta a inquietudes
			Información del estado salud
			Información del tratamiento
			Apoyo Diagnóstico
			Satisfacción Ejercicio de Derechos
	Seguimiento del paciente en observación	• Médico • Enfermera • Auxiliar de Enfermería	Tiempo espera
			Respuesta a inquietudes
			Información del estado salud
			Información del tratamiento
			Apoyo Diagnóstico
			Satisfacción Ejercicio de Derechos

Al revisar la *Matriz de aspectos importantes relacionados con satisfacción del cliente - procesos del servicio de Urgencias* se identifica que hay procesos que tienen la relación más fuerte con algunos aspectos y no están incluidos en la tabla anterior. Se trata del tiempo en ser atendido y la cantidad de cobijas, sábanas y almohadas y su relación con los procesos de clasificación e infraestructura,

respectivamente. Éstos también serán tenidos en cuenta al momento de generar acciones de mejora.

Con base en la información obtenida en la Tabla 24 y en el análisis anterior, se estableció el plan de acción que se presenta en el Anexo P. Las actividades que allí se definieron, se dispusieron con base en los análisis de causas del Anexo Q.

La ejecución de dichas actividades es responsabilidad de los funcionarios cuyos cargos se encuentran indicados en el plan de acción. El Ingeniero de Calidad es el encargado de la sociabilización de este plan a los responsables de las diferentes acciones. De acuerdo con las fechas allí establecidas, el responsable de cada uno de los seguimientos, deberá hacerlos y consignará los hallazgos acerca del avance de cada actividad en las columnas: Resultado de seguimiento y observaciones del cumplimiento de la meta.

Como resultado de esta aplicación se tienen entonces, la identificación de las actividades críticas del proceso en las que debe trabajarse para obtener una mejora en la satisfacción del cliente.

Para que la mejora se sostenida es necesario aplicar nuevamente la medición, iniciando el ciclo propuesto en el presente modelo.

6. CONCLUSIONES Y LINEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

- A pesar de que existen diversos estudios relacionados con la satisfacción del cliente, no se encontró en la literatura revisada alguno que tratara más a fondo el uso de los resultados, buscando relacionarlos con los procesos. La gran mayoría de investigaciones miden la satisfacción de una empresa o servicio llegando únicamente a la tabulación de la información y la presentación de resultados empleando una o dos técnicas estadísticas.

En ese tipo de estudios se identifica que es común medir la calidad del servicio a través de la satisfacción del cliente y también se observa una tendencia a aplicarlos en empresas de servicios y no manufactureras, por la dificultad que éstas tienen para medir la calidad, ya que los productos tienen características que permiten calificarla objetivamente, lo que no sucede en el sector servicios, donde ella es subjetiva y depende de los requisitos y expectativas del cliente.

- La revisión bibliográfica realizada y la contextualización de la medición de la satisfacción de los clientes en las clínicas y hospitales de la región, permitieron establecer un punto de partida para el diseño del modelo propuesto, ya que permitieron la identificación del estado del arte del problema de investigación, la detección de vacíos en los estudios realizados y la identificación de aspectos relevantes a considerar en el establecimiento del modelo generado.

En ese estudio regional, pudo identificarse que las clínicas y hospitales realizaban un análisis mínimo de la información, al utilizar únicamente el cálculo de promedios aritméticos para analizar la satisfacción y que en

algunos casos, no se realizaba retroalimentación a los procesos, no sacando, de esta forma, provecho de la información recolectada. Se detectó también que a pesar que algunas instituciones toman datos de la satisfacción del cliente desde hace varios años en cumplimiento de la legislación nacional, los análisis realizados no facilitan el emprendimiento de acciones que busquen la mejora del servicio, en pro de la mejora en la satisfacción de los clientes.

- Con el ánimo de brindar a las organizaciones una herramienta que les permita analizar los resultados de la medición de la satisfacción y utilizar esa información, se diseñó un modelo compuesto por 3 etapas.

La primera de ellas describe cómo realizar la medición, identificando los aspectos del servicio que se evaluarán y planificando la aplicación del instrumento que se diseñe. En este punto fue importante la información recopilada a través de la revisión bibliográfica relacionada con los aspectos que se miden nacional e internacionalmente tanto en las clínicas y hospitales como en el servicio de Urgencias; sin embargo, la selección de los aspectos a incluir en el modelo propuesto fue guiada con la normas y leyes que aplican al Sector Salud en Colombia, de modo que fueran pertinentes al contexto nacional. Además, se resalta la importancia de identificar eventos inciertos atípicos, no originados por la organización, que pueden afectar la satisfacción del cliente (por ejemplo: paros, huelgas, entre otros), ya que permite obtener información más real para incluirla en el análisis de los datos.

Otros aspectos importantes a tener en cuenta para evitar sesgos en los resultados son: el momento en que se recolecta la información, el cual no debe ser muy distante de la prestación del servicio para obtener respuestas veraces y no debe ser afectado por eventos que alteren la objetividad del cliente (por ejemplo: medir la satisfacción después de evaluaciones en una institución educativa) y la identificación del objeto de estudio ya que

dependiendo del modelo del negocio debe definirse a quien o quienes medir la satisfacción: comprador, usuarios directos, usuarios indirectos o distribuidores.

La segunda etapa presentó el análisis de la información a través de técnicas como: análisis factorial, regresión lineal, análisis de grupos y técnicas de clasificación de modo que se identificaran principalmente los aspectos que más inciden en la satisfacción general, grupos de clientes según su similitud con su perfil y con el nivel de satisfacción, y los aspectos que no causan satisfacción en los clientes que no están satisfechos. Con base en esa información, se utilizaron matrices que correlacionaron esos resultados con los procesos y actividades que componen el servicio estudiado, para obtener las actividades en las que debería trabajarse para mejorar la satisfacción del cliente. Es de observar que al analizar los resultados de la satisfacción del cliente no sólo deben considerarse los aspectos que obtuvieron menor puntuación, sino tener en cuenta el impacto que tienen en la misma; de no ser así, podrían emprenderse acciones e invertirse recursos en aspectos que no son muy relevantes para los clientes.

Finalmente, en la tercera etapa, se jerarquizaron esas actividades, priorizándolas mediante el principio de Pareto y se generó un plan de acción a partir de un análisis de causas y que incluyó indicadores que permitieran monitorear la implementación de las acciones propuesta y la eficacia de las mismas con respecto a la mejora en la satisfacción del cliente.

Adicionalmente, el modelo diseñado contiene los requerimientos o condiciones que debe tener una organización para poder aplicarlo y obtener los resultados esperados.

- Mediante la aplicación del modelo diseñado se validó que la identificación de las principales actividades que deben realizarse para mejorar la percepción del

cliente en cuanto a la calidad del servicio ofrecido es posible mediante la utilización de una metodología que incluye el análisis de los resultados del instrumento de medición, el perfil del cliente (datos demográficos, psicográficos y/o socioeconómicos), la determinación de los aspectos que más afectan la satisfacción y de aquellos que no causan satisfacción en el grupo de clientes no satisfechos, y la relación entre esos aspectos identificados y los procesos y actividades del servicio analizado.

Al aplicar el modelo diseñado en la Clínica Chicamocha, se identificó que para mejorar la satisfacción de los clientes en el servicio de Urgencias debe trabajarse en las actividades: Valoración paciente por médico especialista, seguimiento del paciente en observación, valoración triage y definición y mantenimiento infraestructura, en lo relacionado con tiempo de espera, respuesta a inquietudes, información del estado salud, información del tratamiento, apoyo diagnóstico, satisfacción con el ejercicio de derechos y cantidad de sábanas, almohadas y cobijas.

Los resultados obtenidos fueron confiables teniendo en cuenta que se cumplieron los requerimientos que existen para validar el instrumento en cuanto a apariencia, constructo, criterio, fiabilidad y utilidad. Se resalta que en las investigaciones estudiadas mediante la revisión bibliográfica no se revisan todas esas validaciones, comúnmente se limitan a revisar la validez interna o fiabilidad.

La aplicación del modelo en una institución del sector salud contribuyó además, al cumplimiento de la legislación colombiana en la que se exige la medición de la satisfacción de los usuarios, y a acercar a las instituciones a la Acreditación en Salud, ya que uno de los lineamientos que en él se exige es el enfoque de satisfacer las necesidades de los usuarios, a través de la comunicación con ellos, su entendimiento, la traducción de sus necesidades

en productos y servicios, la verificación de que los resultados de la atención cumplieron con sus expectativas y la promoción de las acciones de mejoramiento necesarias.

Mediante este trabajo de investigación se observa la importancia de los procesos en la satisfacción del cliente, pues es a través de ellos que una organización puede lograr que sus clientes estén complacidos con el servicio prestado.

- Debido a que en este trabajo de investigación el modelo sólo fue aplicado en una institución de salud, en futuras investigaciones puede validarse su aplicación en otras empresas de servicio, lo que podría ayudar a la consolidación y/o mejora del mismo al analizar otros contextos.

También sería pertinente que en futuras investigaciones se validara la aplicabilidad del modelo en empresas manufactureras lo cual no se encontraba en el alcance del presente proyecto.

De otra parte, la investigación podría continuar incluyendo en el modelo, el impacto o relación existente entre la satisfacción del cliente y las finanzas de las organizaciones.

Finalmente, podría aplicarse nuevamente el instrumento en la misma institución -luego de implementadas las acciones propuestas en el plan de mejora- y validar la sensibilidad al cambio, validación que no fue realizada por tratarse ésta de una investigación de tipo transversal.

REFERENCIAS

- AKAO, Yoji. Quality Function Deployment: integrating customer requirements into product design. New York: Productivity Press, 1990. 369 p.
- AMENDOLA, Luis. Gestión de proyectos de activos industriales. Valencia: Editorial Universidad Politécnica de Valencia, 2006. 171p.
- ANDALEEB, Syed Service Quality Perceptions and Patient Satisfaction: A Study of Hospitals in a Developing Country. En: Social Science & Medicine. Mayo, 2001. Vol. 52 No. 9, p. 1359 - 1370.
- ARMANDO, Pedro. Desarrollo y Validación de Cuestionarios de Satisfacción de Pacientes con los Servicios de Atención Farmacéutica en Farmacias Comunitarias. Tesis Doctoral. Granada: Universidad de Granada. Facultad de Farmacia, 2007. 211 p.
- ASOCIACIÓN LATIOMERICANA DE QFD. [Recuperado 20 abril de 2011]. Disponible en: <http://www.qfdlat.com>
- BANSAL, Harvir y TAYLOR, Shirley. Beyond Service Quality and Customer Satisfaction: Investigating Additional Antecedents of Service Providers Switching Intentions. En: Developments in Marketing Science. 1999, Vol. 22, p. 75-82
- BARÓN LÓPEZ, Francisco Javier y TÉLLEZ, Francisco. Apuntes de Bioestadística. [online]. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Málaga: 2004 [Recuperado Abril 18 de 2011]. Disponible en: www.bioestadistica.uma.es/baron/apuntes/ficheros/cap06.pdf.
- BERNARD, Aaron; INDSELL, Christopher; HANDEL, Daniel; COLLETT, Linsey; GALLO, Paul; KAISER, Kevin; LOCASIO, Donald. Postal survey methodology to assess patient satisfaction in a suburban emergency medical services system: an observational study. En: BMC Emergency Medicine. 2007, Vol. 7 No.5, p. 1-8.
- BETANCOURT, Yosleidy y MAYO Juan. La Evaluación de la Calidad de Servicio. En: Revista Contribuciones a la Economía. 2010. [Recuperado Julio 14 de 2010]. Disponible en: www.eumed.net/ce/2010a/bama.htm
- BITNER, Mary Jo. Evaluating Service Encounters: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses. En: Journal of Marketing. Abril, 1990, vol. 54 No. 2, p. 69-83.
- BITNER, Mary Jo y HUBERT, Amy. Encounter Satisfaction versus overall satisfaction versus quality en RUST, Roland y OLIVER, Richard. Service Quality: New Directions in Theory and Practice 1ª ed. California: Sage, 1994. 289 p.
- BLANCO, E. Evaluación de la Calidad del Servicio del Centro Comercial "Las Antillas". Trabajo de grado Licenciado en Economía. Cuba: Centro Universitario de Las Tunas. Departamento Docente de Economía, 2007.

BRADY, Michael y CRONIN, Joseph. Some new thoughts on conceptualizing perceived services quality: a hierarchical approach. En: Journal of Marketing. Julio, 2001, vol 65 No. 3, p. 34-49.

BRICEÑO, Cecilia. Un modelo para evaluar la calidad del servicio en una IPS de alta complejidad, en su componente de «satisfacción del usuario». En: Revista Colombiana de Marketing. Diciembre, 2001, vol. 2 No.3, p. 1-9.

BOLTON, Ruth y DREW, James. A Multistage Model Of Customers. Assessment of Service Quality and Value. En: Journal of Consumer Research. Marzo, 1991, Vol. 17, p. 375-384.

BOUDREAUX, Edwin y O'HEA, Erin. Patient satisfaction in the emergency department: a review of the literature and implications for practice. En: Journal of Emergency Medicine. Enero, 2004, Vol. 26 No. 1, p. 13-26.

BOWERS, Michael; SWAN, John y KOEHLER, William. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery. Health Care Management Review. 1994, Vol.19 No.4, p.49-55.

BUITRAGO, Misael. Satisfacción de los Clientes con los Servicios Hospitalarios en el Área de Mayagüez, Puerto Rico. Tesis en opción al título de Maestría en Ingeniería Industrial. Universidad de Puerto Rico. Recinto Universitario de Mayagüez. 2007.

BUTTLE, Francis. Servqual: Review, Critique, Research Agenda. En: European Journal of Marketing. 1996, vol. 30 No.1, p. 8-35.

CABRERA, Gustavo; LONDOÑO, Jaime y BELLO, León. Validación de un Instrumento para Medir Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales de Colombia. En: Revista Salud Pública. 2008. Vol. 10 No. 3, p. 443-451.

CAMISÓN, Cesar y BOU, Juan Carlos. Calidad Percibida de la Empresa: Desarrollo y Validación de un Instrumento de Medida. En: Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa. 2000, vol. 9 No. 1, p. 9-24.

CASTILLO, Luis; DOUGNAC, Albetro, VICENTEA, Irene, MUÑOZ, Víctor y ROJAS, Víctor. Los Predictores de Satisfacción de Pacientes en un Centro Hospitalario Universitario. En: Revista Médica de Chile. 2007, vol. 135, p. 696-701.

CIVERA, Manuel. Análisis de la Relación entre Calidad y Satisfacción en el Ámbito Hospitalario en Función del Modelo de Gestión Establecido. Castellón de la Plana: Universitat Jaume. Tesis doctoral. Departamento de Administración de empresas y Marketing. 273 p. 2008.

CHOI, Eun-Jung. An exploratory study of the effect of shopping congruence on perceptions, attitudes, and purchase intentions in online and offline stores. In partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. Michigan State University. 2008. 91 p.

CHOSPAB – Consejo Hospitalario Universitario de Albacete. Muestreo [online]. [citado 3 de diciembre de 2010]. Disponible en: www.chospab.es/calidad/archivos/Metodos/Muestreo.pdf

CHUNG, Joanne, CHUNG, Louisa, KWOK, Nedra y WONG, Thomas. Evaluation of services of the integrative health clinic in Hong Kong. En: J Clini Nurs. Octubre, 2008. Vol. 17 No. 19, p. 22550-2557

CHUNG, Kevin; Hamill, Jennifer; B., KIM, Hyungjin; WALTERS, Madonnay WILKINS, Edwin. Predictors of patient satisfaction in an outpatient plastic surgery clinic. En: Annals of Plastic Surgery. 1999. Vol. 42, p. 56–60.

COLMENARES, Óscar y SAAVEDRA, José. Aproximación teórica de los modelos conceptuales de la calidad del servicio. En: Revista Técnica Administrativa. 2007. Vol. 6 No. 32.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 10 (10, enero, 1990). Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá D.C., 1990.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 (3, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá D.C., 1993. Diario Oficial No. 41148. P. 1-168.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 715 (21, diciembre, 2001). Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2001. Diario Oficial No. 44654.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1122 (9, enero, 2007). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C., 2007. Diario Oficial No. 46506

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 (3 de abril de 2006). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C., 2006.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 3075 de 1997. Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 09 de 1979 y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C., 1997.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 4747 (7 de diciembre de 2007). Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C., 2007.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Percepción de la calidad según usuarios de instituciones prestadoras de servicios de salud. Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes Prestadoras de Servicios 2006-2008. Medellín, 2009.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1043 de 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C., 2006.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1445 de 2006. Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Anexo Técnico No. 2 Lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la Acreditación en Salud. Bogotá D.C., 2006.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1446 de 2006. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá D.C., 2006.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1474 de 2002. Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación. Manual de estándares de acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud. Bogotá D.C., 2002.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2117 de 2010. Por la cual se establecen los requisitos para la apertura y funcionamiento de los establecimientos que ofrecen servicio de estética ornamental tales como, barberías, peluquerías, escuelas de formación de estilistas y manicuristas, salas de belleza y afines y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C., 2010.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2680 de 2007. Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C., 2007.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3763 de 2007. Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C., 2007.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Decreto 412 (Marzo 6 de 1992). Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá D.C., 1992. No. 40.368

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Decreto 806 (Abril 30 de 1998). Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional. Diario Oficial. Bogotá D.C., 1998. No. 43.291.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Decreto 2174 (Noviembre 28 de 1996). Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial. Bogotá D.C., 1996. No. 42.931

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 5261 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C., 1994.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 13437 de 1991. Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes. Bogotá D.C., 1991.

COMUNIDAD ANDINA. Comercio de Servicios de la Comunidad Andina IV Trimestre de 2010 Decisión 701. Publicado: 19 de abril de 2011[online]. [citado 4 de enero de 2012]. Disponible en Internet: <http://intranet.comunidadandina.org/Documentos/DEstadisticos/SGde411.pdf>

CONSEJO PRIVADO DE COMPETITIVIDAD. Apuestas Productivas de Santander. 2007. [Recuperado Marzo 2 de 2010]. Disponible en: www.camaradirecta.com

CORREIA, Sandra y MIRANDA, Francisco. Calidad y Satisfacción en el Servicio de Urgencias Hospitalarias: Análisis de un Hospital de la Zona Centro de Portugal. En: Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa. 2010, Vol. 16 No. 2, p. 27-41.

CRONIN, Joseph y TAYLOR, Steven. Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. En: Journal of Marketing. Julio, 1992, vol. 56 No.3, p. 55 - 19.

CRONIN, Joseph y TAYLOR, Steven. Servpref versus Servqual: reconciling Performance-based and Perceptions minus Expectations Measurement of Service Quality. En: Journal of Marketing, Enero, 1994, vol. 58 No.1, p. 125-132.

CUEVAS, Caroline. Modelo Para Medir La Calidad En Los Servicios Brindados Por Los Hospitales Puertorriqueños. Tesis para el grado de Maestro En Ciencias en Ingeniería Industrial. Mayagüez: Universidad De Puerto Rico. 2004. 272 p.

CUÑADO, Ascensión; BERNARDO, Consuelo; RIAL, Carmen; MARCO, Ana y GARCÍA, Fernando. Validación de la traducción al español de una escala de medida de satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros en urgencias (CECSS). En: Enfermería Clínica. 2002, Vol. 12, No.5, p.273-280.

DABHOLKAR, Pratibha; THORPE, Dayle y Rentz, Joseph. A Measure of Service Quality for Retail Stores: Scale Development and Validation. En: Journal of the Academy of Marketing Science. 1996, vol. 24 No.1, p. 3-16.

DEAN, Alison. The applicability of Servqual in different health care environments. En: Health Marketing Quarterly. 1999. Vol 16 No. 3, p. 1 – 21.

DE SARBO, Wayne, HUFF, Lenard, ROLANDELLI, Marcelo y CHOI, Jungwha. On Measurement of Perceived Service Quality: A Conjoint Measurement Approach. En RUST Roland, and Oliver Richard, *Service Quality* (pp.199-220). California: Sage Press. 1994.

DE ZUANI, Elio R. Introducción a la Administración de Organizaciones. 2003. En: Págs. 82 al 86. En: THOMPSON, Iván. Tipos de Empresa. [online]. 2006 [citado 30 de marzo de 2011]. Disponible en <http://www.promonegocios.net/empresa/tipos-empresa.html>

DÍAZ, Luis. Estadística Multivariada: Inferencia y Métodos. Bogotá D.C.: Editorial Panamericana, 2002. 550p.

DÍAZ, Yelenys. Principales concepciones y enfoques teóricos-metodológicos sobre calidad: necesidad del estudio y aplicación del marketing. En: Contribuciones a la Economía, Octubre, 2009. Disponible en internet: <http://www.eumed.net/ce/2009b/>

DOMINICI, Gandolfo y GUZZO, Rosa. Customer Satisfaction in the Hotel Industry: A Case Study from Sicily. En: International Journal of Marketing Studies. Nov. 2010. Vol 2 No. 2, p. 3-12.

DOSEN D., SKARE Vatroslav y SKARE, Tatjana. (2010) Measuring Health Care Service Quality By Using Servqual. En: Revija Za Socijalnu Politiku. 2010, vol. 17 No. 1, p. 27-44

DRIVER, C. The Nature of Service Quality. Plymouth, UK: University of Plymouth Business School. 2002

DUQUE, Edison. Revisión del Concepto de Calidad del Servicio y sus Modelos de Medición. En: Revista de Ciencias Administrativas y Sociales de la Universidad Nacional de Colombia, 2005, vol. 15 No.25, p. 64-81.

DURÁN, Alexander. – Seminario Cómo medir y gestionar la satisfacción del cliente. Realizado el 19 y 20 de mayo de 2009, por la Cámara de Comercio de Cúcuta. Disponible en internet: http://www.cccucuta.org.co/c.c.c/web/ccemp/documentos/Sem_como_medir_gestionar_satisfaccion_cliente.pdf

EIGLIER, Pierre y LANGEARD, Eric. Servucción. El marketing de servicios. Madrid: McGraw-Hill, 1989. 220p.

FORNELL, Claes. A National Customer Satisfaction Barometer: The Swedish Experience. En: Journal of Marketing. 1992, vol. 56 No. 1, p. 6-21.

FORNELL, Claes; JOHNSON, Michael; ANDERSON, Eugene; CHA, Jaesung y BRYANT, Barbara. The American customer satisfaction index: Nature, purpose, and findings. En: Journal of Marketing, Octubre, 1996, vol. 60 No.4, p. 7-18.

GALLARDO, José y VERA, José. Técnicas aplicadas de análisis de datos multivariantes. España: Universidad de Granada, 2004

GARVIN, David. What Does "Product Quality" Really Meant?. En: Sloan Management Review, 1984, vol. 26 No.1, p. 25-44.

GIESE, Joan y COTE, Joseph. Defining consumer satisfaction. En: Academy of Marketing Science Review, 2002, Vol. 2000 No. 1, p. 1-34

GONZÁLEZ, José . Generalidades de la Minería de Datos [online]. Universidad de La Laguna. 2009 [citado 5 de enero de 2012]. Disponible en www.ecofin.ull.es/users/jggomez/K%20Informatica/.../Mineria.pdf

GRANADO, Susana; RODRÍGUEZ, Cristina; OLMEDO, María del Carmen; CHACÓN, Ana; VIGIL, Dolores y RODRÍGUEZ, Paz. Diseño y Validación de un Cuestionario para Evaluar la Satisfacción de los Pacientes Atendidos en las Consultas Externas de un Hospital de Madrid en 2006. En: Revista Española de Salud Pública. Noviembre-Diciembre, 2007, vol. 81 No. 6, p. 637-645.

GRANDE, Idelfonso. Marketing de los Servicios. 4 ed. Madrid: ESIC Editorial, 2005. 401p.

GRECO, Salvatore; MATARAZZO, Benedetto y SLOWINSKI Román. Rough Set Approach to Customer Satisfaction Analysis. En: Journal Springer-Verlag. 2006. p. 284-295.

GRÖNROOS, Christian. Service Quality: The Six Criteria of Good Service Quality. En: Review of Business. 1988, vol.9 No.3, p. 10-14.

GRÖNROOS, Christian. Marketing y Gestión de Servicios. Madrid, España: Editorial Díaz de Santos, 1994. 1283p.

GUMMESSON, Evert. Quality Management in Service Organizations. New York: ISQA, 1993. 270 p.

GUTIÉRREZ, Ramón. Análisis Factorial [online]. Departamento Estadística Universidad Nueva Granada. 2010 [citado 16 de abril de 2011] Disponible en internet: www.ugr.es/~ramongs/sociologia/tema10_factorial.pdf

HAIR, Joseph; BUSH, Robert; ORTINAU, David. Investigación de Mercados. 2 ed. México: Editorial Mc Graw Hill, 2003. 715p.

HAYES, Bob. ¿Cómo Medir la Satisfacción del Cliente?. México: Oxford University, 1999. 271p.

HEE-SOK Park y SEUNG Noh. A Customer Satisfaction Evaluation Model for Mobile Internet Services. En: Springer-Verlag. 2003, p.374-377.

[HUDAK Pamela](#), [WRIGHT James](#). The characteristics of patient satisfaction measures. En: SPINE. 2000, vol. 25, p. 3167-3177.

HUNT, Shelby. The Three Dichotomies Model of Marketing: An Elaboration of Issues. 1977. En: MORALES, Verónica y HERNÁNDEZ, Antonio, Calidad y Satisfacción en los Servicios: Conceptualización. En: Revista Digital. Junio, 2004, Año 10 No. 73

HUNT, H. K. "A" "10" Based on expectations, but normatively a 3.6371. Proceedings of the 7th annual. 1982. En: SEGARRA, Pedro, Influencia de la heterogeneidad del mercado en la intención de comportamiento del consumidor: Respuestas a la actividad relacional en la distribución de gran consumo. Tesis Doctoral.Universitat Rovira I Virgili. Tarragona, España.2007.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. ISO 10004 (15, abril, 2010). Quality management — Customer satisfaction — Guidelines for monitoring and measuring

IRAOLA, Marcos; ORDUÑEZ, Pedro; ROJAS, Omar; LIRIANO, Juan; FAMADA, Caridad; ALVARADO, Liuva y MONZÓN, Rudis. En: Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. 2004, vol. 16 p. 252 -257.

IZAR, Juan y GONZÁLEZ, Jorge. Las 7 herramientas básicas de la calidad: descripción de las 7 herramientas estadísticas para mejorar la calidad y aumentar la productividad. México: Universidad Autónoma de San Luis Potosí. 2004. 216 p.

JAYADEVAPPA Ravishankar, SCHWARTZ J Sanford, CHHATRE Sumedha, et al. [Satisfaction with Care: A Measure of Quality of Care in Prostate Cancer Patients](#). En: Medical Decision Making. Marzo-Abril, 2010, vol. 30 No. 2, 234-245.

JOHNSON, Michael; Gustafsson, Anders; Andrassen, Tor; Lervik, Lone y Cha, Jaesung. The Evolution and Future of National Customer Satisfaction Index Models. En: Journal of Economic Psychology. 2001, vol. 22, p. 217-245.

JUN, Minjoon; PETERSON, Robin y ZSIDISIN, George. The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. En: Health Care Management Review. 1998. Vol. 23 No.4, p. 81-96.

KANO, Noriaki, NOBUHIKU Seraku, FUMIO Takahashi y SHINICHI Tsuji. Attractive Quality and must-be Quality. En: Journal of the Japanese Society for Quality Control. 1984, vol. 14 No.2, p. 39-48.

KARA, Ali, KAYNAK, Erdener y KUCUKEMIROGLU, Orsay. Marketing strategies for fast-food restaurants: a customer view. En: International Journal of Contemporary Hospitality Management. 1995, vol. 7, No. 4, p. 16-22

KOTLER., P. y ARMSTRONG G. Principles of Marketing. 2004. En Buitrago, M., Satisfacción de los Clientes con los Servicios Hospitalarios en el Área de Mayagüez, Puerto Rico (p. 3). Mayagüez: Universidad de Puerto Rico. 2007.

KRITSOTAKIS , KOUTIS AD, KOTSORI A, et al. Measuring patient satisfaction in oncology units: [interview-based psychometric validation of the 'Comprehensive Assessment of Satisfaction with Care' in Greece](#). En: European Journal Of Cancer Care. Enero, 2010, vol.19 No. 1, p.45-52

LAM, Simon. SERVQUAL: A tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong. En: Total Quality Management. 1997, Vol. 8 No. 4, p. 145-152.

LAMPREA, Julio y GÓMEZ, Carlos. Validez en la Evaluación de Escalas. En: Revista Colombiana de Psiquiatría. 2007, vol. XXXVI, No. 002, p. 340-348.

LATOUR, Stephen y PEAT, Nancy. Conceptual and Methodological Issues in Consumer Satisfaction Research. 1979. En: CIVERA, Manuel. Análisis de la Relación entre Calidad y

Satisfacción en el Ámbito Hospitalario en Función del Modelo de Gestión Establecido
Castillón de la Plana: Universitat Jaume. 2008.

LAURENCIANO, Víctor. A Proposta de um Método de Determinação de Expectativas de Novos Clientes – O Método Priex. Título de “Mestre em Engenharia”, Especialidade em Engenharia de Produção. Florianópolis (Brasil): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. 2001. 127 p.

LAW, Agnes K. Y., HUI, Y. V. y ZHAO Xiande. Modeling repurchase frequency and customer satisfaction for fast food outlets. En: The International Journal of Quality & Reliability Management . 2004, vol. 21, No. 5, p. 545-563.

LEE, Jungki. Measuring Service Quality in a Medical Setting in a Developing Country: The Applicability of SERVQUAL. En: Services Marketing Quarterly. 2005, vol. 27 No.2, p. 1-14.

LEE, K, JOSHI, K, BAE, M. A cross national comparison of the determinants of customer satisfaction with online stores. En: Journal of Global Information Technology Management. 2009, vol. 12 No.4, p. 25-52.

LEE, Wan I ; CHEN, Cheng- Wu; WU, Chung-Han. Relationship between Quality of Medical Treatment and Customer Satisfaction – A Case Study in Dental Clinic Association. En: International Journal of Innovative Computing, Information and Control. Abril, 2010, vol. 6 No. 4, p. 1805-1822.

LEHTINEN, J.R. y LEHTINEN, O. Service Quality: A Study of Quality Dimensions. Helsinki: Service Management Institute, 1982. En: KANG, Gi-Du y JAMES, Jeffrey. Service quality dimensions: an examination of Gronroos's service quality model. En: Managing Service Quality. 2004, vol. 14 No.4, p. 266-277.

LEVIN, Richard y RUBIN, David. Estadística Para Administradores. México: Prentice Hall, 1996. 1018p.

LILJANDER, Verónica. Modeling perceived service quality using different comparison standards. En: Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour. 1994, vol. 7, p. 126-142.

LÓPEZ, E., MOZOTA, J., GONZÁLEZ, I., SÁNCHEZ, Y, ENRÍQUEZ, N., MOLINES, J. Satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital de agudos. En: Emergencias. 1999, vol. 11, p.184-190.

MAHIA, Ramón . Análisis de Cluster [online]. Universidad Autónoma de Madrid. 2007 [citado 6 de abril de 2011]. Disponible en internet: www.uam.es/personal_pdi/economicas/rmc/.../cluster.PDF

MAHIA, Ramón . Análisis Factorial [online]. Universidad Autónoma de Madrid. 2007 [citado 6 de abril de 2011]. Disponible en http://www.uam.es/personal_pdi/economicas/eva/pdf/factorial.pdf

MALHOTRA, Naresh. Investigación de Mercados. Un Enfoque Aplicado. 4 ed. México: Prentice Hall, 2004. 816p.

MARIMON, Frederic. La Consultoría Especializada en ISO 9000 en Cataluña: Calidad del servicio y beneficios. Tesis en opción al Grado de Doctor. Sant Martí de Tous: Universidad de Girona. Departamento de Organización, Gestión empresarial y Diseño de producto, 2002. 176 p.

MARTILLA, John y JAMES, John. Importance-Performance Analysis. An Easily Applied Technique For Measuring Attribute Importance And Performance Can Further The Development Of Effective Marketing Programs. En: Journal of Marketing. Enero, 1977, vol. 41 No.1, p.77-79.

MARTÍN, María Concepción. Diseño y Validación de Cuestionarios. En: Matronas Profesión. 2004, vol. 5 No. 17, p. 23-29.

MARTÍNEZ, María, JIMÉNEZ Ana y CASCIO, Robert. "Assessing the maximum level of customer satisfaction in grocery stores", En: International Journal of Retail & Distribution Management, 2011, vol. 39 No. 7, p. 504-521.

MIRA, José; ARANAZ, Jesús; RODRÍGUEZ-MARÍN, Jesús; BUIL, José; CASTELL, Miguel y VITALLER, Julián. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. En: Medicina Preventiva. 1998, Vol. IV, p.12-18.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. Página web: www.minproteccionsocial.gov.co link: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud.

MOHSIN, Asad, HUSSAIN, Irshad, KHAN, Muhammad. Exploring service quality in luxury hotels: Case of Lahore, Pakistan, En: Journal of American Academy of Business, Cambridge. Hollywood: Marzo, 2011, vol. 16, No. 2, p. 296-304

MORALES, Verónica y HERNÁNDEZ, Antonio. Calidad y Satisfacción en los Servicios: Conceptualización. En: Revista Digital. Junio, 2004, Año 10 No. 73

MOUTINHO, Luis y SMITH, Anne. Modelling bank customer satisfaction through mediation of attitudes towards human and automated banking. En: The International Journal of Bank Marketing. 2000, vol. 18, No. 3, p. 124

MOWEN, J.; LICATA, J. y McPHAIL, J. Waiting in the emergency room: how to improve patient satisfaction. En: LÓPEZ, Eva; MOZOTA, J.; GONZÁLEZ, I. y SÁNCHEZ, N. *Satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital de agudos*. En: Emergencias. 1999. Vol. 11, p.184-190

NATHORST-BÖÖS, Jörgen, MUNCK, Ingrid, ECKERLUND, Ingemar y EKFELDT-SANDBERG Carolina. An evaluation of the QSP and the APP: two methods for measuring patient satisfaction. En: International Journal for Quality in Health Care. 2011, Vol. 13 No. 3, p. 257-264.

OBSERVATORIO DE COMPETITIVIDAD DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA. Empresas Constituidas. [online]. [citado 4 de enero de 2012]. Disponible en Internet: <http://www.compite360.com/default.aspx>

OLIVER, Richard. A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. En: Journal of Marketing Research. Noviembre, 1980, vol 17, No. 4, p.460-469.

OLIVER, Richard. The rivals: notes on some intermediate-scale commercial topographic map series of Britain and Ireland since 1868. 1996. En MORALES, Verónica, HERNÁNDEZ, Antonio, Calidad y Satisfacción en los Servicios: Conceptualización. En: Revista Digital. Junio, 2004, Año 10 No. 73

OLIVERA, Ángel; ROJAS, Nicolás; TORNÉS, Víctor y SANTIAGO, Yamila. Satisfacción percibida por pacientes atendidos en el servicio de urgencia [online], Julio 2009 [citado 26 agosto de 2011] disponible de internet: www.portalesmedicos.com.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DEL COMERCIO. Estadísticas del comercio internacional 2011 [online]. [citado 4 de enero de 2012]. Disponible en Internet: http://www.wto.org/spanish/res_s/statistics/its2011/its11_highlights1_s.pdf

OROZCO, Julio. CARACTERIZACIÓN DEL MERCADO DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO EN COLOMBIA [online].2006. [citado el 15 de marzo de 2011]. Disponible en internet: <http://www.consultorsalud.com/biblioteca/e-book/Caracterizacion%20del%20mercado%20del%20aseguramiento%20en%20salud%20para%20el%20RC%20en%20colombia%20-%20jmoa.pdf>

PADILLA, María Teresa. La Rejilla de Constructos Personales: un Instrumento para el Diagnóstico y la Orientación. En: Revista @gora Digit@l. 2001, Núm. 2 [citado marzo 3 de 2011] Disponible en internet: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=963203>

PAKDIL, Fatma y HARWOOD, Timothy. Patient Satisfaction in a Preoperative Assessment Clinic: An Analysis Using SERVQUAL Dimensions. En: Total Quality Management. Enero, 2005, vol. 16 No. 1, p. 15–30.

PALOMO, María Teresa. Liderazgo y Motivación de Equipos de Trabajo. 5 ed. Madrid: Esci Editorial, 2008. 267p.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, Valarie y BERRY, Leonard. Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. En: Journal of retailing. 1988, vol. 64, No.1, p. 12-41.

PATTERSON, Paul y JOHNSON, Lester. Disconfirmation of expectations an the gap model of service qualitu: an integrated paradigm. En: Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior. 1993,Vol. 6, p. 90-99.

PEDIC, Fradil. Medición de la Satisfacción del Cliente. Bogotá D.C.: ICONTEC, 2004. 54p.

PEÑA, Daniel. Análisis de Datos Multivariante. Madrid: Mc Graw Hill, 2002. 539 p.

PÉREZ, Jorge y PARRA, Carlos. Evaluación y análisis de la calidad de de un servicio de apoyo desde la perspectiva del usuario: primer paso hacia la confiabilidad. En: Industrial Data. Enero –junio, 2007. Vol. 10 No. 1, p. 70-79.

PETERSON, Robert y WILLIAM, Wilson. Measuring customer satisfaction: Fact and artifact. 1992. En: SEGARRA, Pedro. Influencia de la heterogeneidad del mercado en la intención de comportamiento del consumidor: Respuestas a la actividad relacional en la distribución de gran consumo. Tesis Doctoral.Universitat Rovira I Virgili. Tarragona, España.2007.

PETTERSEN, Kjell; VEENSTRA, Marijke; GULDVOG, Bjorn y KOLSTAD, Arne. The Patient Experience Questionnaire. En: International Journal for Quality in Health Care. 2004, vol. 16 No. 6, p. 453–463.

PITA, S., PÉRTEGAS S. Investigación Cuantitativa y Cualitativa. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario-Universitario Juan Canalejo. En: Cad Aten Primaria. 2002; vol. 9, p. 76-78.

QUINTANA, J; ARÓSTEGUI, I; ARCELAY, A; GARCÍA, M; ORTEGA, M; CANDELAS, S. Encuesta de satisfacción a pacientes de servicios de urgencias de hospitales agudos. En: Gac Sanit. 1999, vol. 13 No.1, p. 38.45.

RAHMQVIST, Mikael. Patient Satisfaction In Relation To Age, Health Status And Other Background Factors: A Model For Comparisons Of Care Units. En: International Journal for Quality in Health Care. 2001, vol. 13 No.5, p. 385-390.

RAHMQVIST, Mikael y BARA, Ana-Claudia. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. En: International Journal for Quality in Health Care. 2010. Vol. 22 No. 2, p. 86–92.

REIDENBACH, Eric y SANDIFER-SMALLWOOD, Beverly. Exploring perceptions of Hospital operations by a modified Servqual approach. En: Journal of Health Care Marketing. Diciembre, 1990, vol. 10 No. 4, p. 47-55.

RIVEROS, Jorge y BERNE, Carmen. ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN EN SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD. CASO DE UN HOSPITAL DEL SUR DE CHILE. Ponencia presentada en el marco del proyecto de investigación S 2003-68 de la Dirección de Investigación de la Universidad Austral de Chile. 2003.

RODAS, Olger, BOLAÑOS, Claudia, BARRIENTOS, Sandea, MUÑOZ, José. Y CATALÁN Marisol. Teoría Básica del Muestreo. Universita Ramón Llull. 2008.

ROJAS, Mauricio. Métodos Cuantitativos de Investigación. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander, 2010. 210p.

RUST, Roland y OLIVER, Richard. Service Quality. Insights and Managerial implications form the frontier. California: Sage, 1994.

SALVADOR. Manuel. Análisis Discriminante. [online]. Universidad de Zaragoza [citado 6 de abril de 2011]. Disponible en internet: <http://www.5campus.com/leccion/discr>>

SANTOMÁ, Ricard. Aspectos de Gestión en la Calidad de Servicio. Una Aplicación del Concepto Mapping al Caso de las Cadenas Hoteleras. Barcelona: Universidad Ramon Llull. Facultad de Economía, 2008. 289 p.

SANZO, José M., SANTOS, Leticia M., VÁZQUEZ, Rodolfo, y ÁLVAREZ, Luis. The effect of market orientation on buyer-seller relationship satisfaction. En: Industrial Marketing Management, 2003, vol. 32, No.4, p. 327-345.

SERNA, Humberto y GÓMEZ, Jhon. Auditoría del Servicio. Colombia: RAM Editores, 1996. 58p.

SISKOS, Yannis; GRIGOROUDIS, Evangelos; ZOPOUNIDIS, Constantin y SAURAS, Oliver. Measuring Customer Satisfaction Using a Collective Preference Disaggregation Model, En: Journal of Global Optimization. 1998, vol. 12, No. 2, p. 175–195.

SOLEIMANPOUR, Hassan; GHOLIPOURI, Changiz; SALARILAK, Shaker; RAOUFI, ayam; VAHIDI, Gholi Reza; ROUHI, AmirhosseinJafari; GHAFOURI, RouzbehRajaei; SOLEIMANPOUR, Maryam. Emergency department patient satisfaction survey in Imam Reza Hospital, Tabriz, Iran. En: International Journal of Emergency Medicine. Diciembre, 2001, vol. 4 No. 1, p. 1-7

SOLOMON, Michael, SUPRENT, Carol, CZEPIEL, Jhon y GUTMAN, Evelyn. A Role Theory Perspective on Dyadic Interactions: The Service Encounter. 1985. En DUQUE, Edison, Revisión del Concepto de Calidad del Servicio y sus Modelos de Medición. En: Revista de ciencias administrativas y sociales. Universidad Nacional de Colombia. Enero-Junio, 2005, vol.25, 18p.

SOUZA DA CRUZ, Wilma Batista; MELLEIRO, Marta Maria. Assessment Levels Of The User's Satisfaction In A Private Hospital. En: Revista Da Escola De Enfermagem Da USP, 2010, vol. 44 No. 1, p. 145-151

SUN, Benjamin; ADAMS, James y BURSTIN, Helen. Validating a Model of Patient Satisfaction With Emergency Care. En: Annals of Emergency Medicine. Noviembre, 2001, Vol. 38 No. 5

SUN, Benjamin; ADAMS, James; ORAV, John; RUCKER, Donald, BRENNAN, Troyen y BURSTIN, Helen. Determinants of Patient Satisfaction and Willingness to Return With Emergency Care. En: Annals of Emergency Medicine. Mayo, 2000, vol. 35 No. 5, p. 426-434.

TÜRKYILMAZ, Ali Y OZKAN Coskun. Development of a customer satisfaction index model An application to the Turkish mobile phone sector. En: Industrial Management & Data Systems. Vol. 107 No. 5, 2007. pp. 672-687

TEAS, R. Keneth. Expectations, Performance Evaluation and Customers' Perceptions of Quality. En: Journal of Marketing, Octubre, 1993, vol. 57 No.4, p.18-35.

TEJEDOR, J.; ZANCAJO, J.; MORO, J. Los Servicios de Urgencias Hospitalarios en el Proceso de Acreditación Docente. En: Emergencias. 2004, Vol. 16, p. 258-264.

TSE, David, NICOSIA, Franco y WILTON, Peter. Consumer Satisfaction as a Process. 1990. En MORALES, Verónica, HERNÁNDEZ, Antonio, Calidad y Satisfacción en los Servicios: Conceptualización. En: Revista Digital. Junio, 2004, Año 10 No. 73

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA. Proceso para la medición, seguimiento y análisis de la satisfacción del PAS y de los Clientes/Usuarios [online]. 2008. [citado el 28 de enero de 2011]. Disponible en internet: <http://www.uco.es/organizacion/calidad/encuestas/pdf/PROCEDIMIENTO.pdf>

VÁSQUEZ Rodolfo, Rodríguez, Ignacio y Díaz, Ana. Estructura multidimensional de la calidad de servicio en cadenas de supermercados: desarrollo y validación de la escala CALSUPER. Universidad de Oviedo (1996). En: DUQUE, Edison. Revisión del Concepto de Calidad del Servicio y sus Modelos de Medición. En: Revista de Ciencias Administrativas y Sociales de la Universidad Nacional de Colombia, 2005, vol. 15 No.25, p. 64-81.

VAVRA, Terry. Cómo Medir la Satisfacción del Cliente. Madrid: Fundación Confemetal Editorial, 2003. 402p.

VICENTE, José. Introducción al Análisis de Cluster [online]. 2009. [citado el 28 de enero de 2011]. Departamento de Estadística. Universidad de Salamanca. Disponible en internet: biplot.usal.es/ALUMNOS/CIENCIAS/2ESTADISTICA/.../cluster.pdf

WESTBROOK, Robert y REILLY, Michael. Value-percept disparity: an alternative to the disconfirmation of expectations theory of consumer satisfaction. 1983. En MORALES, Verónica y HERNÁNDEZ, Antonio, Calidad y Satisfacción en los Servicios: Conceptualización. En: Revista Digital. Junio, 2004, Año 10 No. 73.

WICK, Angela. The Development and Evaluation of a Patient Satisfaction Model for Health Service Organizations. Requeriments for the Degree Doctor Philosophy. Houston: A Dissertation presented to University of Houston. 2004. 404 p.

WOODSIDE, Arch; FREY, Lisa y DALY, Robert. Linking Service Quality, Customer Satisfaction and Behavioral Intention. En: Journal of Health Care Marketing. 1989, Vol. 9 No. 4, p 5- 17

YACUZZI, Enrique y MARTÍN, Fernando. QFD: conceptos, aplicaciones y nuevos desarrollos. Universidad del CEMA Publicaciones: Buenos Aires, Argentina. No.234. Abril de 2003. [citado 19 de abril de 2011] Disponible en internet: <http://blog.pucp.edu.pe/media/avatar/187.pdf>

ZAIDI, A. QFD. Despliegue de la Función de la Calidad. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1993. 200 p.

ZAS, Bárbara. La Satisfacción Como Indicador de Excelencia en Calidad de los Servicios de Salud. [online]. En: Revista Psicología Científica. 2002. [citado el 6 de abril de 2010] Disponible en internet: www.psicologiacientifica.com

ZEITHAML, Valerie y BITNER, Mary Jo. (2002).Marketing de Servicios. Un Enfoque de Integración de Cliente a la Empresa. En DUQUE, Edison, Revisión del Concepto de Calidad del Servicio y sus Modelos de Medición. En: Revista de ciencias administrativas y sociales. Universidad Nacional de Colombia. Enero- Junio, 2005, vol.25, 18p.

ANEXO A.
ENCUESTA APLICADA A CLÍNICAS Y HOSPITALES DE BUCARAMANGA Y SU
ÁREA METROPOLITANA, RELACIONADA CON LA MEDICIÓN DE LA
SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES

El grupo de investigación ópalo de la universidad industrial de Santander, registrado en Colciencias, está realizando un estudio en las instituciones prestadoras de salud (clínicas y hospitales) de Bucaramanga y su área metropolitana, con el fin de conocer y analizar las estrategias empleadas por dichas organizaciones, para medir la satisfacción del cliente. Agradecemos su valiosa información la cual será analizada con el propósito de determinar qué gestión realizan las organizaciones fuente de este estudio.

INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA HOSPITAL O CLINICA _____

CIUDAD _____ DIRECCION _____

TELEFONO _____ EMAL _____

CARGO DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA _____

TAMAÑO DE LA EMPRESA: MICRO ____ PEQUEÑA ____ MEDIANA ____ GRANDE ____

NIVEL DE COMPLEJIDAD: 1 ____ 2 ____ 3 ____

1. Tipos de clientes y cantidad.

	Es un cliente de su organización?		(Sólo en caso de contestar SI) Cuántos clientes de este tipo tiene?
	SI	NO	
Afiliados a las E.P.S.			
Personas naturales diferentes a los afiliados a las E.P.S			
E.P.S.			
Personas jurídicas diferentes a las E.P.S.			
Otro? __Cuál(es)?			

2. ¿Qué metodología(s) emplea para evaluar la satisfacción de sus clientes/pacientes? (marque con una x en una o más opciones)

- ☐ a. Encuesta aplicada por una persona.
- ☐ b. Encuesta a través de formato depositado en un buzón o enviado por correo.
- ☐ c. Encuesta telefónica
- ☐ d. Entrevistas con grupos focales
- ☐ e. Cliente oculto
- ☐ f. Otro – Cuál(es)? ____
- ☐ g. Ninguno

(Si la respuesta es la g, no continúe el cuestionario, de lo contrario, continúe)

[Solicite un ejemplar de la(s) encuesta(s) o instrumentos aplicado(s)]

3. Tipo de clientes a los que se les consulta acerca de su satisfacción, muestra y frecuencia.

Tipo de cliente	Le consulta acerca de su satisfacción de los servicios suministrados?		(Sólo en caso de contestar SI)		No aplica , pues no es cliente de su IPS
	SI	NO	A cuántos clientes de este tipo les mide su satisfacción ?	Cada cuánto mide la satisfacción de este tipo de clientes? (Anual, Semestral, Trimestral, Mensual, Otro)	
Afiliados a las E.P.S.					
Personas naturales diferentes a los afiliados a las E.P.S					
E.P.S.					
Personas jurídicas diferentes a las E.P.S.					
Otro? __ Cuál(es)?					

4. ¿A qué servicios le mide la satisfacción del cliente y con qué frecuencia?

Servicio	A este servicio le mide la satisfacción del cliente?		(Sólo en caso de contestar SI) Cada cuánto mide la satisfacción en este tipo de servicio? (Anual, Semestral, Trimestral, Mensual, Otro)	Marque con una x si No aplica , pues no es un servicio de su IPS
	SI	NO		
Urgencias				
UCI				
Consulta externa general				
Consulta externa especializada				
A la IPS de manera global				
Otro? __ Cuál(es)?				

5. ¿**Cuándo** aplica cada instrumento utilizado para medir la satisfacción de sus clientes?

Instrumento utilizado para medir la satisfacción del cliente	Cuándo aplica este instrumento?				Marque con una x si No aplica , pues no es un instrumento utilizado en su IPS
	Inmediata-mente después de prestado el servicio.	Tiempo después de prestado el servicio . Si es así qué tiempo es? _____	Tiempo después de prestado el servicio pero no se tiene un tiempo establecido	Otro (indique cuál)	
Encuesta aplicada por una persona.					
Encuesta a través de formato depositado en un buzón o enviada por correo					
Encuesta telefónica					
Entrevistas con grupos focales					
Cliente oculto					
Otro? __ Cuál(es)?					

(Si el instrumento solicitado en la pregunta 2 fue suministrado, continúe con la pregunta 10; de lo contrario, continúe con la pregunta 6)

6. Si utiliza encuestas para evaluar la satisfacción de sus clientes, qué escala usa? (identifique los niveles de calificación, por ejemplo: muy satisfecho, satisfecho, poco satisfecho o insatisfecho) _____

7. En el caso de escalas cualitativas usadas en las encuestas, qué equivalencia usa para convertirlas en una medida cuantitativa? _____

8. Mencione los **principales factores del servicio evaluados** al medir la satisfacción de sus clientes, por ejemplo: tiempo de espera, confiabilidad (atención del médico), calidad de los medicamentos, entre otros. _____

9. Mencione **otros factores** evaluados al medir la satisfacción de sus clientes, por ejemplo: instalaciones, parqueaderos, infraestructura, entre otros. _____

10. ¿Cómo se definió qué factores medir? ¿Emplearon alguna metodología? Si es así, mencione cuál? _____

11. ¿Quién es el responsable del análisis de los resultados de la satisfacción del cliente? _____

12. ¿Qué indicadores tienen relacionados con la medición de la satisfacción del cliente? (indicar forma de cálculo y frecuencia) _____

13. ¿Qué hace la IPS con los resultados de la evaluación de la satisfacción del cliente? _____

14. ¿Han realizado estudios de correlación de variables? En caso afirmativo, ¿Qué variables correlacionadas han identificado? _____

15. ¿Por qué mide la satisfacción de sus clientes? (marque con una x en una o más opciones)

- ☐ a. Interés de la Gerencia
☐ b. Requisito de una normatividad, si es así indique cuál _____
☐ c. Otro. Cuál? _____

16. Desde qué año cuenta con datos de los resultados de la evaluación de la satisfacción de sus clientes? _____

17. A través de qué mecanismo se comunican los resultados de la satisfacción del cliente a los empleados?

- ☐ a. No se comunican
☐ b. A través de un boletín, periódico interno o circular
☐ c. A través de una charla informativa
☐ d. Otro __. ¿Cuál? _____

ANEXO B.
RESULTADOS DE LA ENCUESTA APLICADA A CLÍNICAS Y HOSPITALES DE
BUCARAMANGA Y SU ÁREA METROPOLITANA, RELACIONADA CON LA
MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES

- ❖ Metodologías empleadas por Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana para evaluar la satisfacción de los clientes.

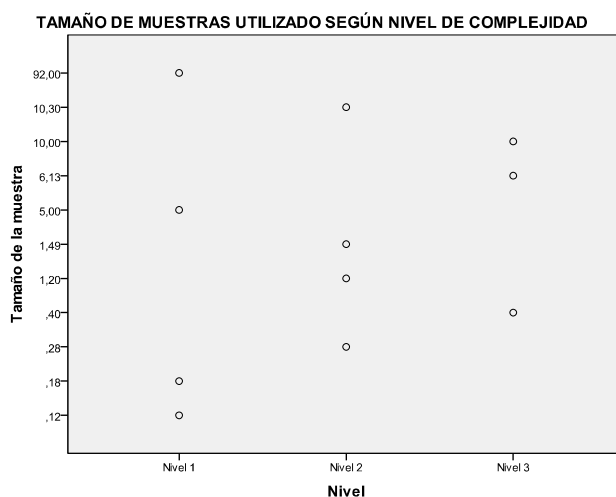
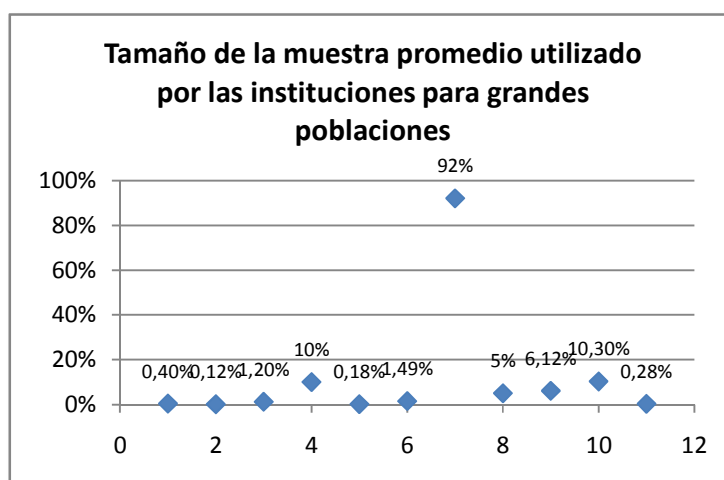


El 94% de las Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana aplica encuestas a través de entrevistas personales en las instalaciones de esas entidades. El 58,8% de las instituciones recolecta la información a través de encuestas que el cliente deposita en un buzón o envía por correo electrónico. Otra forma de recolectar la información es a través de encuestas telefónicas, metodología utilizada por el 41% de las instituciones. Se identifica que en esta región geográfica no se utilizan metodologías como: Grupos focales y cliente oculto. Se aclara que es posible que las instituciones utilicen más de una metodología para medir la satisfacción de sus clientes; en el caso de Bucaramanga y su Área Metropolitana, el 88% de ellas usan 2 o más de esas metodologías.

- ❖ **Tamaño de la muestra utilizada por Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana para evaluar la satisfacción de los clientes.**

INSTITUCIÓN		Tamaño de la muestra promedio utilizado por la institución	Tamaño de la muestra promedio utilizado por la institución para grandes poblaciones*
FOSCAL - Ardila Lulle		0,40%	0,40%
Confidencial		0,12%	0,12%
Clínica Comfenalco		1,20%	1,20%
Clínica Chicamocha		10%	10%
Clínica Guane		0,18%	0,18%
Clínica Piedecuesta		30,74%	1,49%
Hospital San Juan de Dios Girón		92%	92%
Hospital Local Piedecuesta		5%	5%
Hospital Universitario de Santander		6,13%	6,13%
Clínica Oftalmológica Cabecera		55,16%	10,30%
Hospital San Juan de Dios Floridablanca		0,28%	0,28%

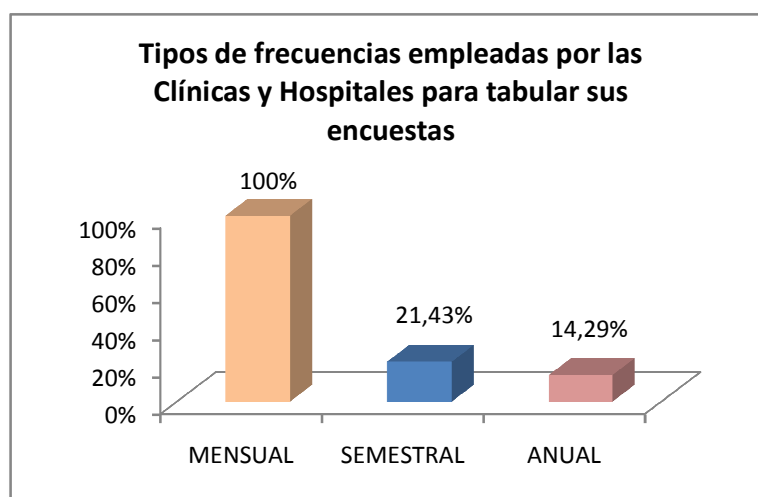
* Grandes Poblaciones: Poblaciones superiores a 200 personas



En promedio, las Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana aplican encuesta al 3,51% de sus clientes, para evaluar su satisfacción (dato obtenido sin tener en cuenta el tamaño promedio de muestreo del Hospital San Juan de Dios de Girón, que corresponde al 92% de las personas naturales que reciben los servicios de esa Institución). Al realizar la tabulación según el nivel de complejidad, se observa que las Instituciones de mayor nivel de complejidad (nivel 3) utilizan tamaños de muestras que oscilan entre el 0,4% y el 10%. Las de menor nivel de complejidad utilizan los tamaños de muestras más pequeños 0,12% y 0,18%.

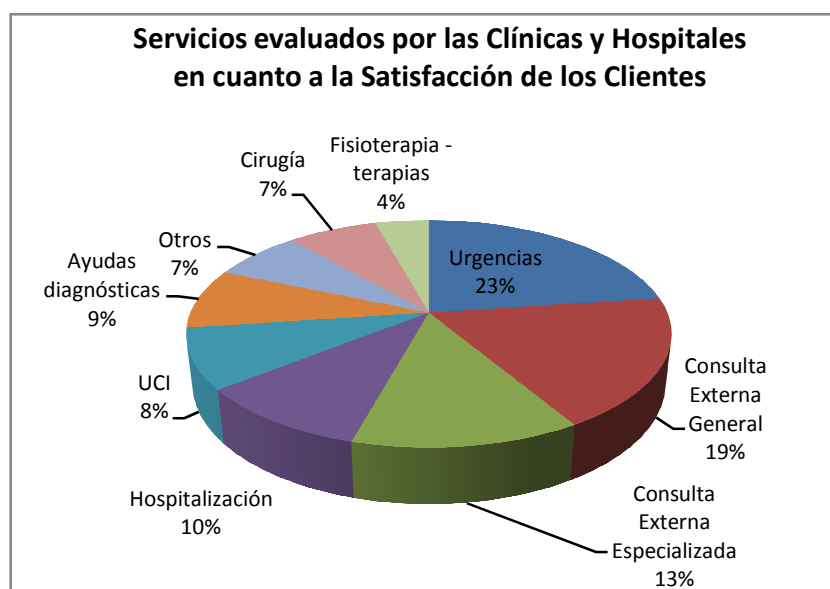
❖ **Frecuencia utilizada por Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana para tabular las encuestas de satisfacción de los clientes.**

INSTITUCIÓN	AFILIADO EPS	P. NATURAL	EPS	P. JURIDICA	REGIMEN COMUN	PREPAGADA
Confidencial	Mensual					Mensual
Clínica Comfenalco	Mensual				Mensual	
Clínica Chicamocha	Mensual		Mensual			
Clínica Guane	Mensual					
Clínica Materno Infantil San Luis	Mensual		Semestral			
Clínica La Merced	Mensual	Mensual	Anual			
Clínica Metropolitana	Mensual	Mensual	Mensual	Mensual	Mensual	
Clínica Piedecuesta	Mensual	Mensual	Anual	Mensual		
Hospital San Juan de Dios Girón		Mensual				
Fundación Cardiovascular de Colombia	Mensual	Mensual	Semestral	Semestral		
Hospital Universitario de Santander	Mensual			Mensual		
Ese Hospital Psiquiátrico San Camilo	Mensual	Mensual	Mensual	Mensual	Mensual	
Clínica Oftalmológica Cabecera	Mensual	Mensual	Semestral	Semestral	Mensual	
Hospital San Juan de Dios Floridablanca	Mensual	Mensual				
Nota: Los espacios en blanco significan que las instituciones no aplican encuestas a ese tipo de clientes.						

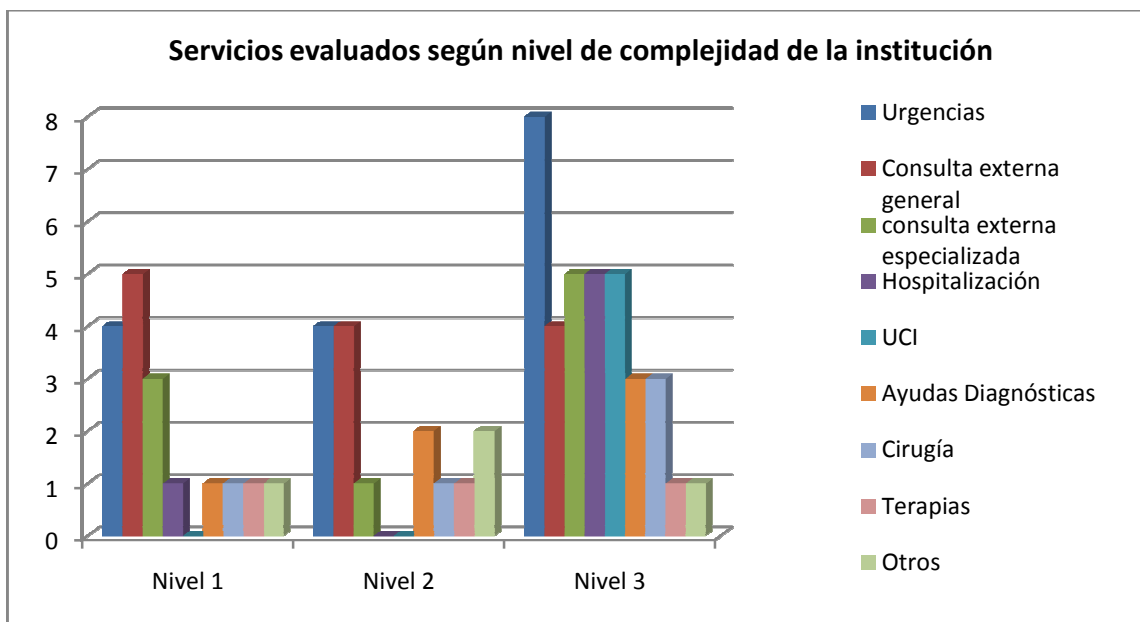


El 100% de las Clínicas y Hospitales aplica alguna de sus metodologías de evaluación de la satisfacción del cliente de manera mensual. Otras de las frecuencias utilizadas son: semestral y anual, las cuales son aplicadas por algunas instituciones para medir la satisfacción de algunos tipos de clientes que en número o volumen, no son los más representativos, como es el caso de las EPS y personas jurídicas (para quienes respondieron esta pregunta, el número de clientes de este tipo no supera los 25).

❖ **Servicios evaluados por las Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana en cuanto a la satisfacción de los clientes.**

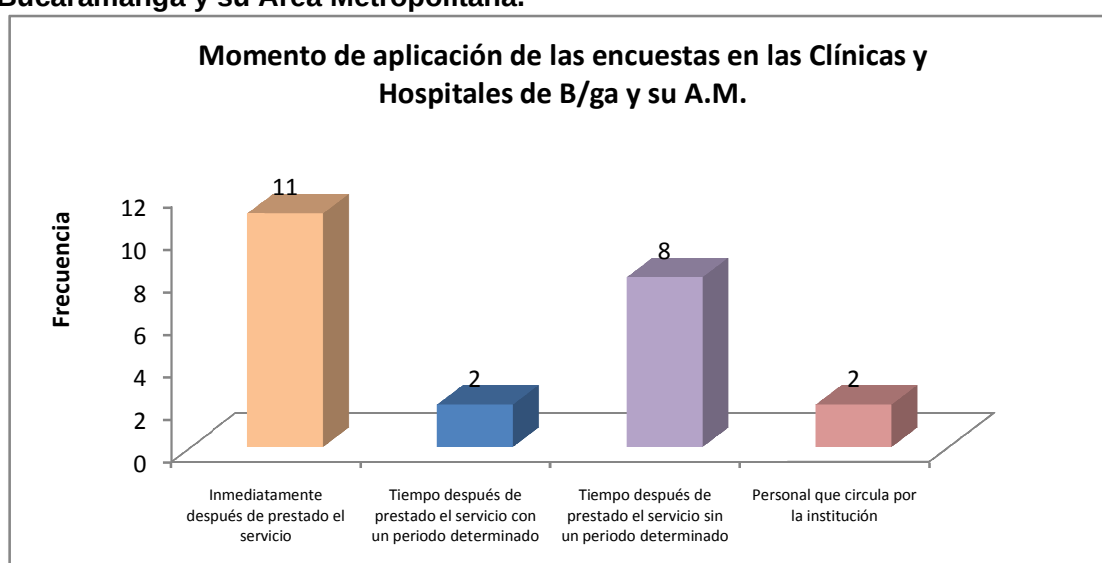


		Servicios evaluados								
		Urgencias	Consulta externa general	consulta externa especializada	Hospitalización	UCI	Ayudas Diagnósticas	Cirugía	Terapias	Otros
Nivel	Nivel 1	4	5	3	1	0	1	1	1	1
	Nivel 2	4	4	1	0	0	2	1	1	2
	Nivel 3	8	4	5	5	5	3	3	1	1
		16	13	9	6	5	6	5	3	4



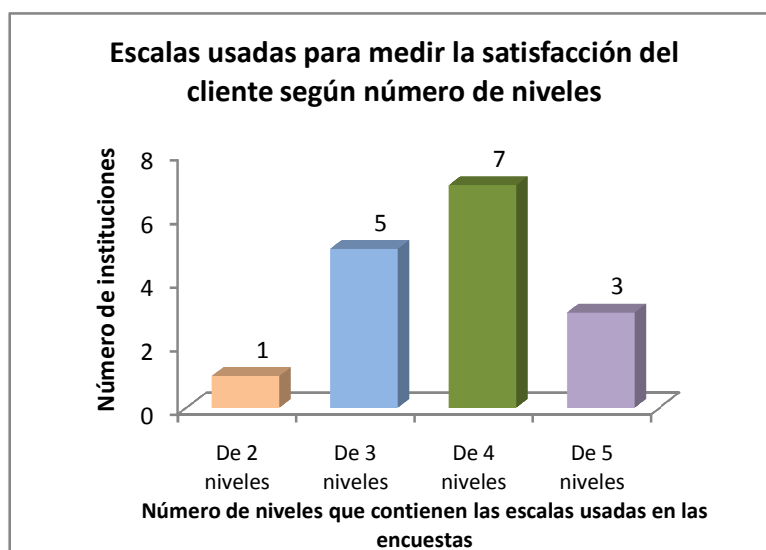
Los servicios más evaluados por las Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana corresponden a: Urgencias, Consulta Externa General y Consulta Externa Especializada. Por nivel de complejidad los servicios más evaluados son: Consulta Externa General y Urgencias para las instituciones de nivel 1 y nivel 2, y Urgencias, Consulta Externa Especializada, Hospitalización y UCI para las instituciones de nivel 3. Otros servicios evaluados son: Ayudas Diagnósticas (entre ellas: Rayos x, Laboratorio Clínico), Cirugía, Terapias, Banco de Sangre, Farmacia, entre otros.

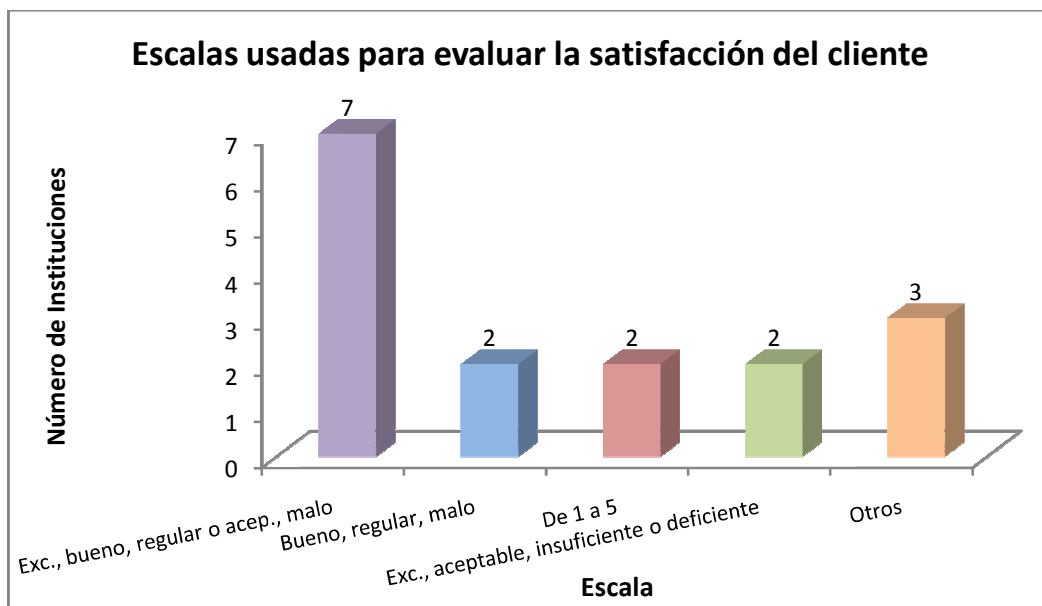
❖ **Momento de aplicación de las encuestas en las Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana.**



El 69% de las Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana aplican el instrumento de recolección de datos inmediatamente después de prestado el servicio. El 50% de las instituciones lo hacen tiempo después de prestado el servicio, pero no conocen ni controlan cuánto tiempo exactamente después de ello. Sólo el 12% tiene establecido un tiempo determinado después de prestado el servicio para aplicarlas, es el caso de clientes a los que se les consulta acerca del servicio *Cirugía* y cuando se aplica la metodología de *encuestas telefónicas*. Se aclara que dado que es posible que las instituciones utilicen más de una metodología para medir la satisfacción de sus clientes, también es posible que las apliquen en diferentes momentos.

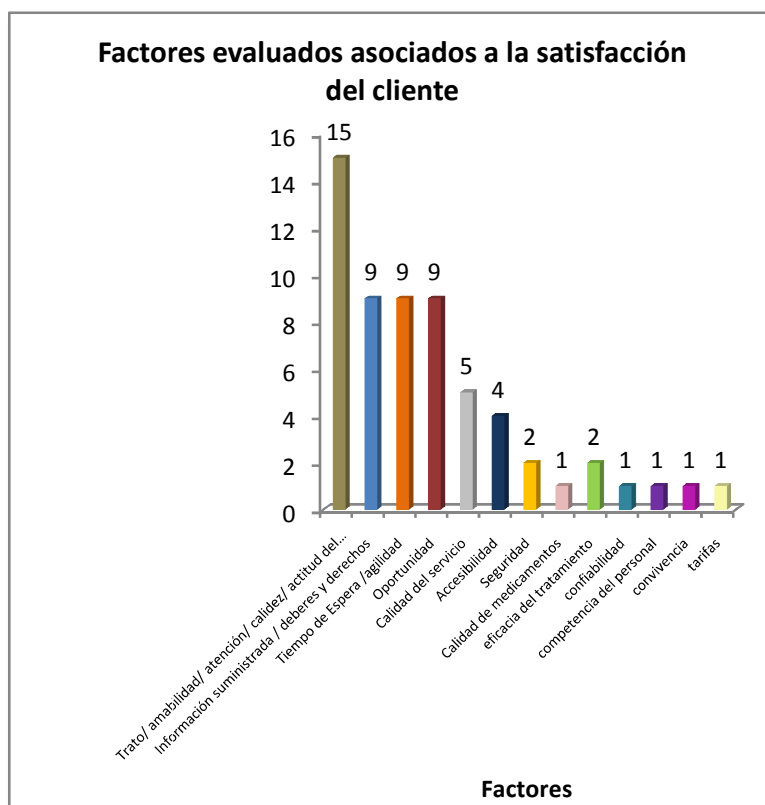
❖ **Escalas usadas para evaluar la satisfacción de los clientes, en las encuestas en las Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana.**

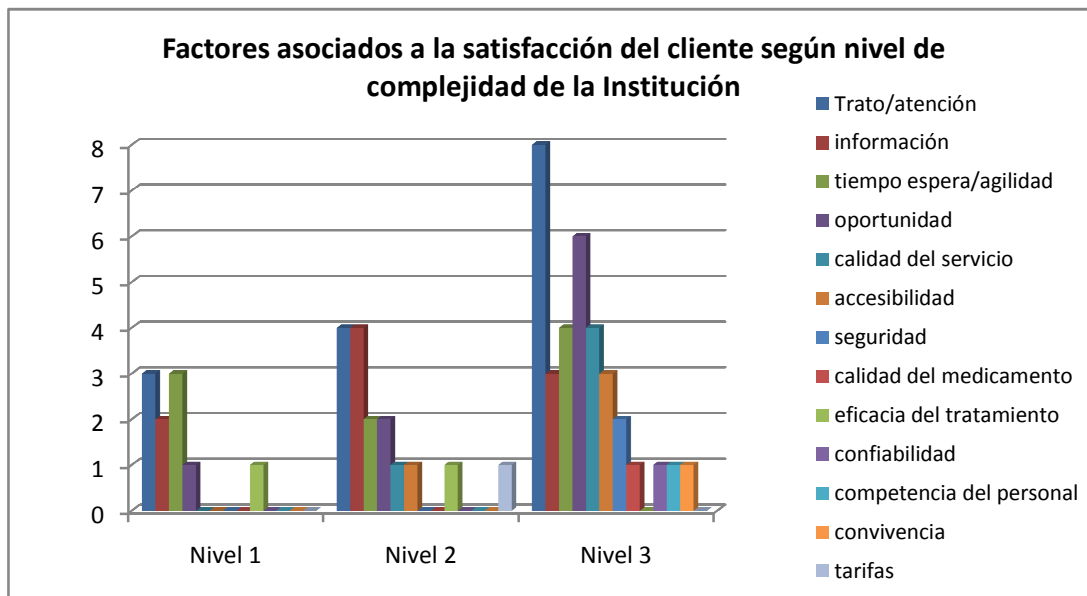




El 44% de las Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana utilizan escalas de 4 niveles, y el 31% de ellas emplea escalas de 3 niveles. La más usada de las escalas de 4 niveles corresponde a: *Excelente, bueno, regular y malo*. Se aclara que en un mismo instrumento, las instituciones pueden usar diferentes escalas.

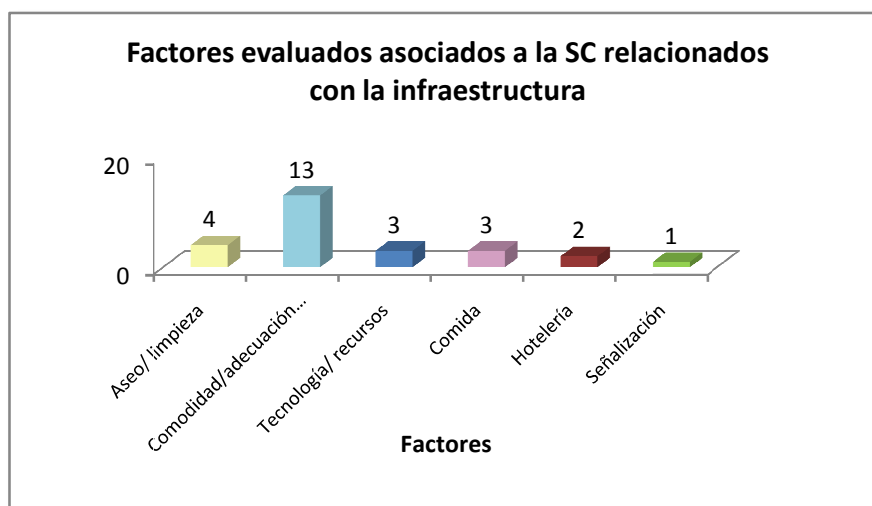
- ❖ **Principales factores del servicio evaluados por las Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana al medir la satisfacción de sus clientes.**

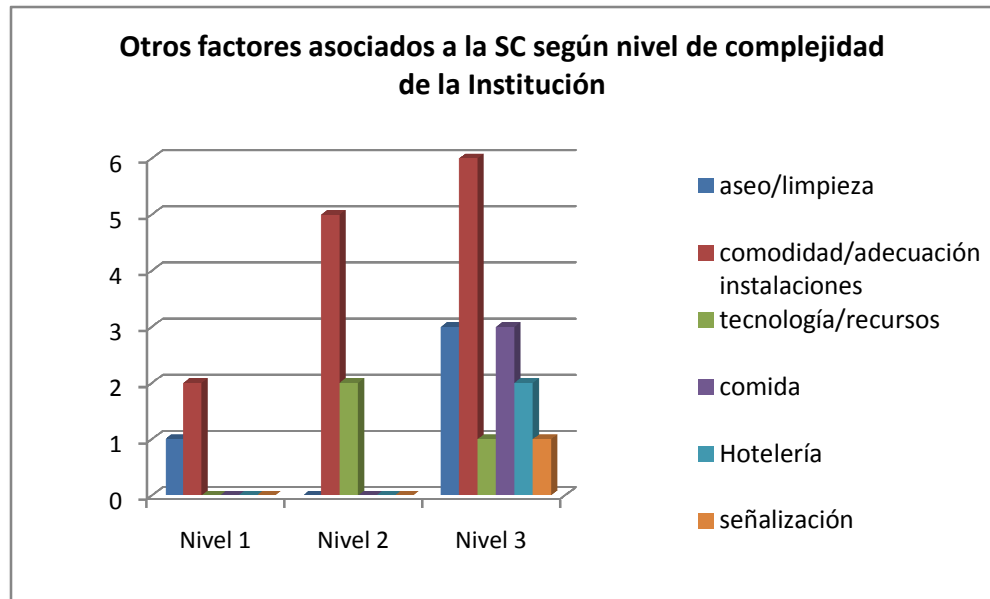




Los factores asociados a la satisfacción del cliente más empleados por las Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana son: *trato/atención/amabilidad, información suministrada en general y relacionada con deberes y derechos, tiempo de espera/agilidad y oportunidad del servicio*. Al realizar la tabulación por nivel de complejidad, se observa que los factores más empleados por el nivel 1 son: *trato/atención/amabilidad, tiempo de espera/agilidad e información suministrada en general y relacionada con deberes y derechos*. En las instituciones de nivel 2 son más utilizados: *trato/atención/amabilidad, información suministrada en general y relacionada con deberes y derechos, tiempo de espera/agilidad y oportunidad del servicio*. En las instituciones de nivel 3 se emplean: *trato/atención/amabilidad, tiempo de espera/agilidad, oportunidad y calidad del servicio*. Dentro de estos factores asociados directamente con el servicio prestado se encuentran además: *accesibilidad, seguridad, calidad de medicamentos, eficacia del tratamiento, confiabilidad, competencia del personal, competencia y tarifas*.

❖ **Otros factores del servicio evaluados por las Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana al medir la satisfacción de los clientes.**



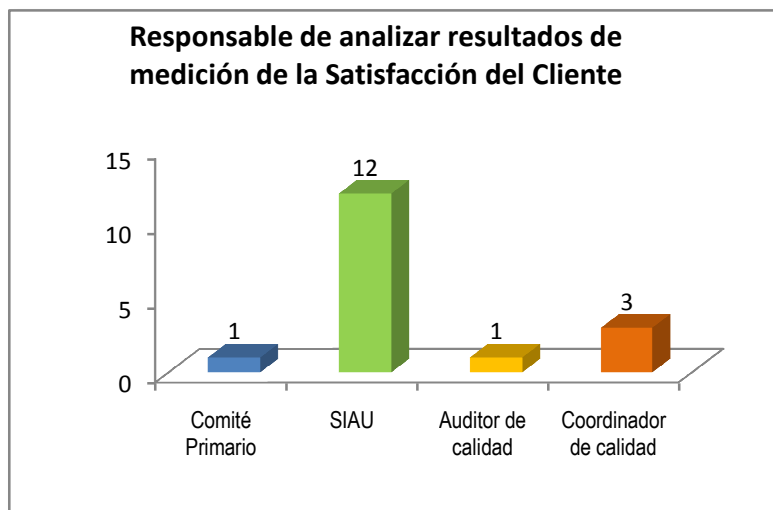


Otros factores asociados a la satisfacción del cliente que evalúan las Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana son: *comodidad y adecuación de las instalaciones, aseo/limpieza*, los cuales son los más empleados por las instituciones de nivel 1, y, *tecnología/recursos, comida, hotelería y señalización*. En el caso de las instituciones de nivel 2 los más empleados son: *comodidad y adecuación de las instalaciones y tecnología/recursos*. Las instituciones de nivel 3 utilizan más los siguientes factores: *comodidad y adecuación de las instalaciones, aseo/limpieza y comida*. Estos factores se diferencian de los analizados en el punto anterior, en que se trata de factores de tipo secundario asociados a la satisfacción o aquellos que la afectan de una manera menos directa.

❖ **Metodología empleada para la definición de factores asociados a la satisfacción de los clientes en las Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana.**

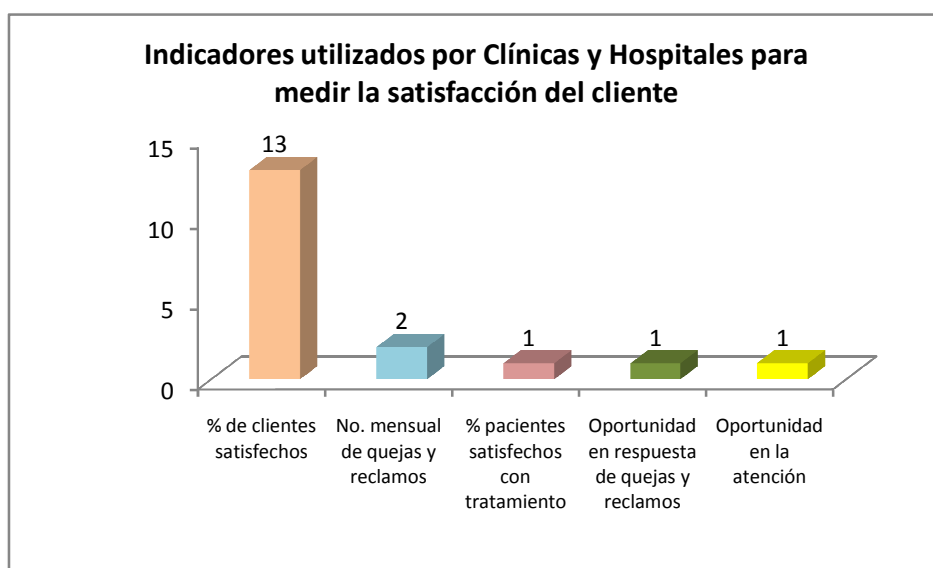
De acuerdo con la encuesta aplicada, el 24% de las instituciones manifiesta aplicar los lineamientos del Ministerio de Protección Social para la definición de los factores asociados a la satisfacción de los clientes. Una institución (6%) manifiesta que los factores fueron definidos por la Gerencia en reuniones del Comité de Calidad y otra institución (6%) manifiesta que emplearon el análisis interno de factores claves de éxito para definir esos factores. El 64% de las instituciones restantes no tiene claramente identificada la metodología utilizada para el establecimiento de los factores asociados a la satisfacción de los clientes.

- ❖ **Responsable del análisis de los resultados de la satisfacción del cliente en las Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana.**



En el 70% de las Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana, la Oficina de Servicio Información y Atención al Usuario –SIAU- es la encargada del análisis de los resultados de la satisfacción del cliente. En los casos restantes, de esa actividad se encargan: el coordinador de calidad, el auditor de calidad o el Comité primario.

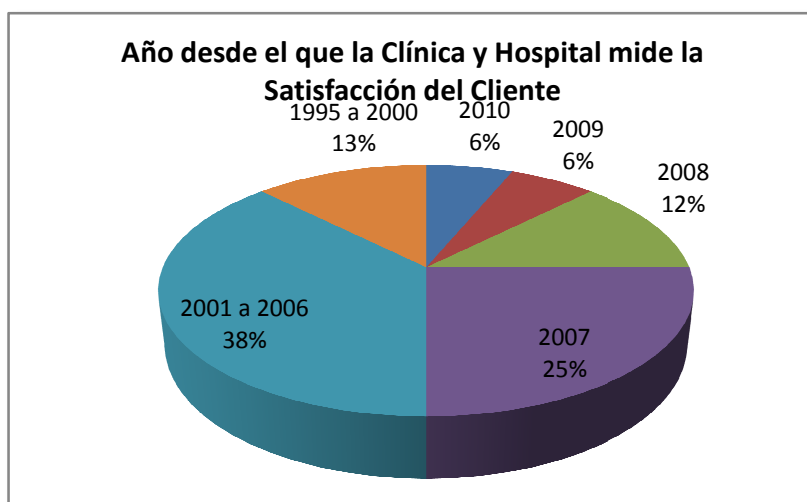
- ❖ **Indicadores utilizados por Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana para medir la satisfacción del cliente.**



El 76% de las Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana utilizan el porcentaje de clientes satisfechos (Número de clientes satisfechos/ Número de clientes encuestados) para monitorear la satisfacción del cliente.

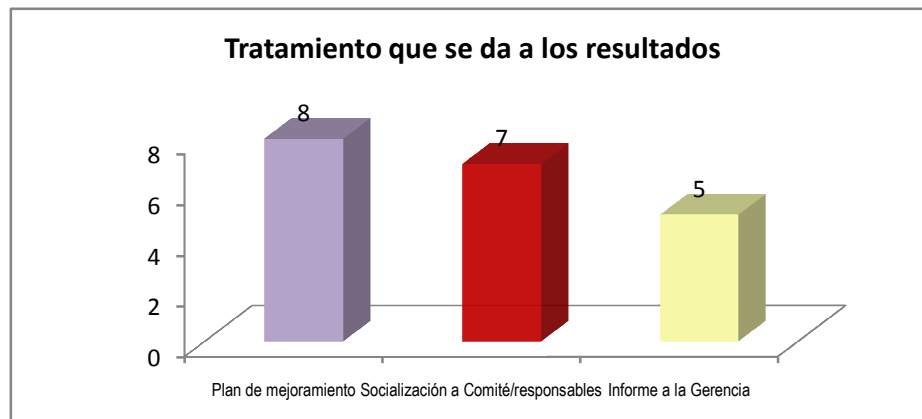
Otros indicadores utilizados en menor medida (menos del 11% de las instituciones) son: número mensual de quejas y reclamos, porcentaje de pacientes satisfechos con el tratamiento, oportunidad en la atención y oportunidad en la respuesta de quejas y reclamos.

- ❖ **Año desde el que las Clínicas y y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana miden la satisfacción de los clientes.**

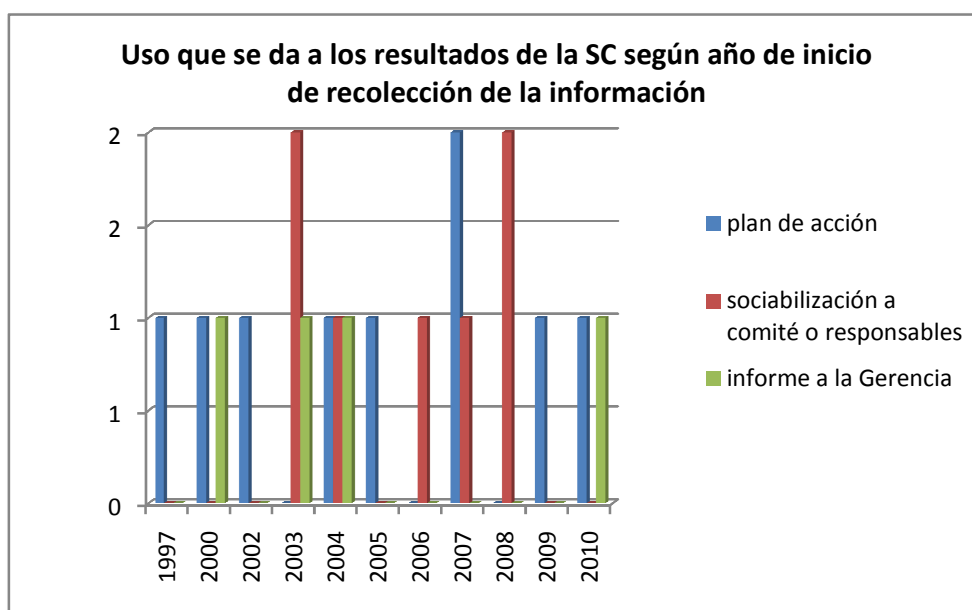


El 13% de las Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana miden la satisfacción de los clientes desde al menos hace 10 años. El 38% de esas instituciones lo hace desde al menos hace 4 años. El 25% de ellas, lo hace desde al menos 3 años. Ello denota la aplicación gradual de las directrices nacionales (Decreto número 2174 de noviembre 28 de 1996 y Resolución 1446 de 2006) que reglamentan el desarrollo de procesos e indicadores que permitan conocer el nivel de satisfacción de los usuarios.

- ❖ **Utilización que las Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana dan a los resultados de la medición de la satisfacción del cliente.**



El 57% de las Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana manifiesta que con los resultados de la medición de la satisfacción de los clientes se realizan planes de mejora. El 86% de las instituciones encuestadas declara que los resultados se plasman en informes. Se aclara que la una institución puede tener más de un tratamiento a los resultados de la medición de la satisfacción de los clientes (pregunta de múltiple respuesta).



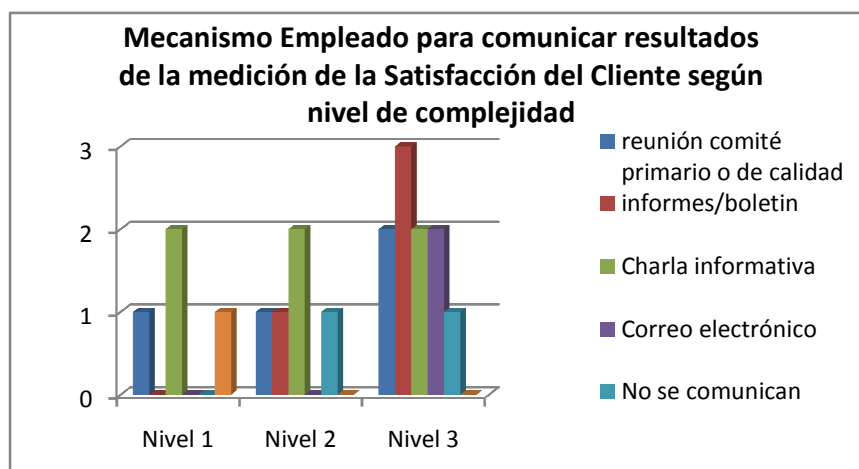
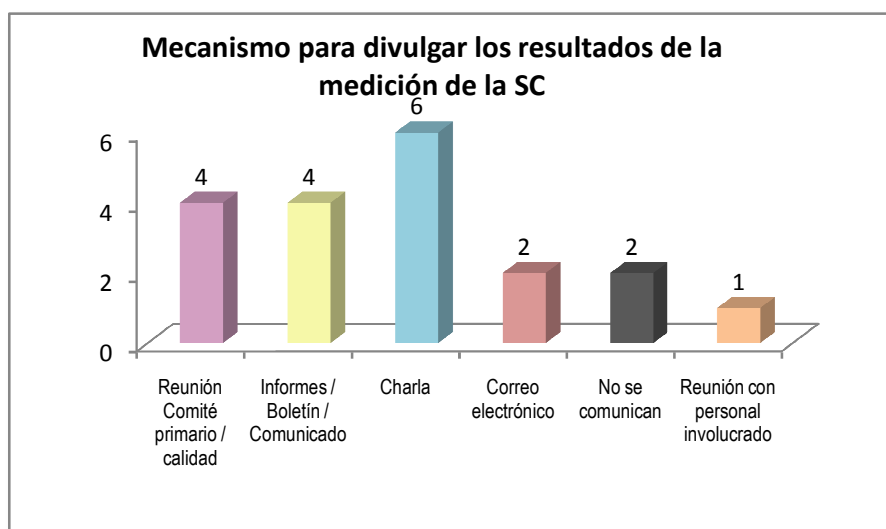
Se observa que la generación de planes de acción a partir de la medición de la satisfacción del cliente, no necesariamente es propio de las instituciones que iniciaron la recolección de información desde hace más de 5 años. Se supondría que con el tiempo, las empresas madurarían la metodología que aplican con relación a la medición de la

satisfacción del cliente, pero se observa cómo empresas que iniciaron desde el año 2003 (3) y una que inició en el año 2006 aún no toman acciones a partir de esos resultados.

❖ **Realización de estudios de correlación de variables (factores asociados a la satisfacción del cliente).**

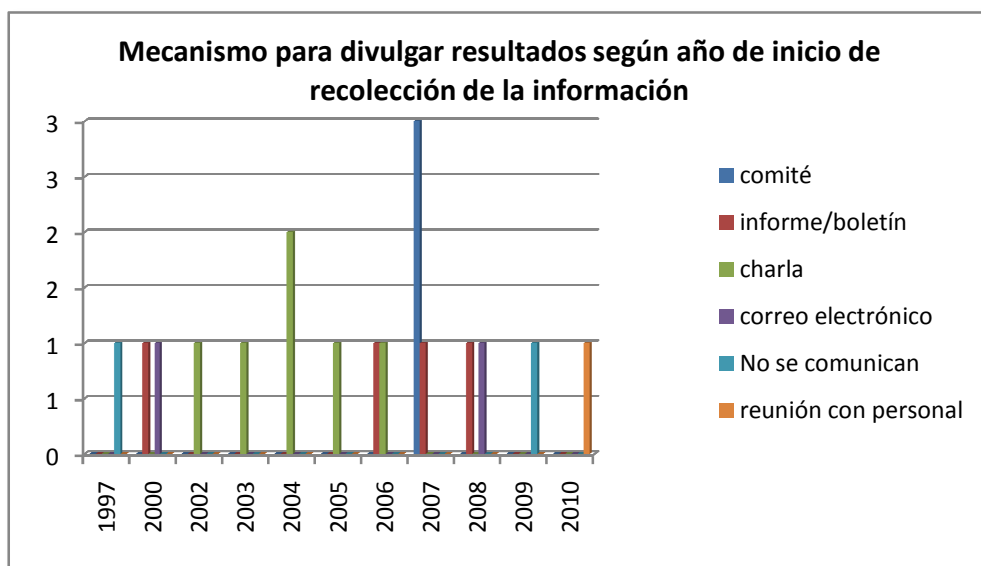
El 100% de las Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana manifiesta no haber realizado estudios de correlación de variables que permitan identificar qué tan relacionados están los factores utilizados para medir la satisfacción del cliente e identificar también su independencia.

❖ **Mecanismos empleados por las Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana para comunicar los resultados de la medición de la satisfacción de los clientes.**



El 13% de las Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana comunican los resultados de la medición de la satisfacción de los clientes mediante charlas informativas. El 24% de las instituciones lo hace a través reuniones de Comités primarios o de calidad. Otro 24% lo hace de manera escrita a través de boletines o comunicados. Un 12% de las instituciones reconoce no comunicar los resultados de la medición de la satisfacción del cliente. Se aclara que una institución puede emplear más de un mecanismo para comunicar esos resultados.

Al realizar el análisis por instituciones de acuerdo con su nivel de complejidad, se tiene que las instituciones de los niveles 1 y 2, principalmente utilizan las charlas informativas para comunicar sus resultados, y las instituciones del nivel 3 utilizan más los informes o boletines. Las instituciones que no comunican los resultados pertenecen a los niveles más altos de complejidad (2 y 3).



Al analizar los mecanismos que utilizan las instituciones para divulgar sus resultados, de acuerdo con el año en que iniciaron la recolección de la información, nuevamente se encuentra que no necesariamente quienes iniciaron hace varios años, son las que hacen mayor análisis y uso de los resultados de la satisfacción del cliente; se encuentra por ejemplo, que una de las empresas que no comunica esa información inició la aplicación de encuestas desde el año 1997.

ANEXO C. VENTAJAS Y LIMITACIONES DE LOS DIFERENTES TIPOS DE MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

MÉTODO	VENTAJAS	LIMITACIONES
Entrevista cara a cara	▪ Contacto con el personal ▪ Posibilidad de aclarar las preguntas al encuestado ▪ Información obtenida inmediatamente	▪ Puede tomar más tiempo que otros métodos. ▪ Es más costoso, especialmente si los clientes están dispersos geográficamente. ▪ Existe el riesgo de distorsiones o sesgos por parte del encuestador.
Entrevista telefónica	▪ Contacto con el personal ▪ Posibilidad de aclarar las preguntas al encuestado ▪ Información obtenida inmediatamente	▪ Las respuestas no verbales del cliente no pueden ser observadas. ▪ Existe el riesgo de distorsiones o sesgos por parte del encuestador. ▪ Información limitada por la corta duración de la entrevista (20 a 25 minutos) ▪ Más probabilidad de que el cliente se rehúse a participar
Grupo de discusión	▪ Costos más bajos que la entrevista personal ▪ Preguntas estructuradas parcialmente ▪ Se tienen respuestas espontáneas de la interacción del grupo.	▪ Se requiere experiencia de quien dirige el grupo de discusión. ▪ El resultado depende de la familiaridad de los participantes con la técnica ▪ Es una técnica difícil de aplicar si los clientes se encuentran dispersos geográficamente.
Encuesta por correo	▪ Bajo costo ▪ Pueden consultarse clientes dispersos geográficamente. ▪ No existe la posibilidad de distorsión que puede generar el entrevistador. ▪ Alto nivel de estandarización ▪ Relativamente fácil de coordinar.	▪ La tasa de respuesta puede ser baja ▪ Posible dificultad con las preguntas que no son claras. ▪ Largo tiempo para la recolección de los datos. ▪ La autoselección de los encuestados podría resultar en una muestra sesgada, no representativa de la población.
Encuesta en línea (internet)	▪ Bajo costo ▪ Pueden consultarse clientes dispersos geográficamente. ▪ No existe la posibilidad de distorsión que puede generar el entrevistador. ▪ Rápida ejecución ▪ Alto nivel de estandarización ▪ Relativamente fácil de coordinar	▪ La tasa de respuesta puede ser baja ▪ Alta probabilidad de abandono en el diligenciamiento, si las preguntas no son claras. ▪ Requiere que los clientes tengan el equipo necesario y estén familiarizados con la tecnología utilizada ▪ Largo tiempo para la recolección de los datos.

Tomado de: ISO 1004, 2010

ANEXO D. GENERALIDADES DE ALGUNAS HERRAMIENTAS ESTADÍSTICAS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

OBJETIVO DEL ANÁLISIS	NOMBRE DE LA HERRAMIENTA	TIPO DE DATO CON EL QUE PUEDE REALIZARSE ESE ANÁLISIS	GENERALIDADES
Identificar la tendencia o el estado general de la variable estudiada	Media	Escalas de intervalo o de razón matemática	Intentan comunicar la distribución de los datos mediante un número único, el inconveniente es que ningún número puede describir con exactitud todos los matices de un conjunto de datos. Corresponde al valor promedio de la respuesta a una pregunta realizada a los clientes encuestados. La media puede corresponder a un valor distorsionado de la realidad, si entre los datos existen valores extremos, para ello debe tenerse en cuenta la desviación estándar.
Identificar la tendencia o el estado general de la variable estudiada	Mediana	Escalas de intervalo, de razón matemática u ordinales	Es el valor medio de una distribución ordenada de manera jerárquica; exactamente la mitad de las respuestas están encima y la otra mitad debajo del valor de mediana.
Identificar la tendencia o el estado general de la variable estudiada	Moda	Escalas de intervalo, de razón matemática o nominales	Es el valor más común en el conjunto de respuestas a una pregunta. Corresponde al resultado que ha sido más frecuentemente asignado por los clientes.

Averiguar si la mayoría de los encuestados tienen opiniones similares	Desviación estándar	Escalas de intervalo o de razón matemática	Las medidas de dispersión describen qué tan cercano están las respuestas de los encuestados de la media aritmética u otra medida de tendencia central (mediana, moda). Si la desviación es grande, las respuestas del grupo de encuestados no se acercan a la media aritmética, si es pequeña, las respuestas de los encuestados es cercana a la media aritmética. El tamaño de la desviación estándar también brinda información acerca del nivel de concordancia entre los encuestados sobre una pregunta en particular.
	Rango	Escalas de intervalo o de razón matemática	Define la medida en que están esparcidos los datos. Es la Distancia entre el menor valor y el mayor valor de un conjunto de respuestas.
	Fractiles	Escalas de intervalo o de razón matemática	En una distribución de frecuencias, una fracción o proporción dada de los datos cae en un fractil o por debajo de éste. En una distribución cualquiera, el 25% de los datos están en el fractil 0.25 o por debajo de éste. Los fractiles tienen nombres especiales, dependiendo del número de partes iguales en que se dividen los datos. Los fractiles que se dividen en 10 partes iguales se conocen como deciles. Los cuartiles dividen los datos en cuatro partes iguales. Los percentiles dividen el conjunto de datos en 100 partes iguales. Un de los fractiles utilizados corresponde al octavo decil. Al ordenar los clientes según los resultados numéricos (de menor a mayor), el octavo decil corresponde al resultado que identifica el 20% de sus clientes que le han otorgado la mayor puntuación posible.

Comparar dos grupos de encuestados y determinar si hay diferencias importantes entre esos grupos.	Prueba de hipótesis t	Datos de intervalo o de razón matemática que correspondan a variables continuas	Se usa cuando el tamaño de la muestra es pequeño (menor de 30) y la desviación estándar se desconoce. Sirve por ejemplo para determinar si la satisfacción de dos sedes de la empresa son estadísticamente diferentes (dos submuestras), o si lo es, entre hombres y mujeres. Para su cálculo se requiere el uso de tablas con los valores de la t. Si el valor de la prueba realizada supera el valor de la tabla, significa que los grupos estudiados son significativamente diferentes. Para poder aplicar esta muestra, las muestras deben tomarse de poblaciones con distribución normal y con varianzas de población iguales.
Comparar dos grupos de encuestados y determinar si hay diferencias importantes entre esos grupos.	Pruebas de hipótesis Z	Para datos proporcionales (porcentajes)	Se utiliza cuando el tamaño de la muestra es mayor de 30 y se desconoce la desviación estándar. En este caso se emplea la tabla de valores de la Z, el cual es interpretado de acuerdo con las necesidades de significación estadística del investigador.
Comparar tres o más grupos de encuestados y determinar si hay diferencias importantes entre esos grupos.	Análisis de Varianza ANOVA	La variable a estudiar (dependiente) debe ser de escala de intervalo o de razón matemática (por ejemplo satisfacción) y la variable independiente (o lo que separa los grupos) debe ser categórica, por ejemplo,	Esta herramienta establece que si calculamos la varianza entre grupos y la comparamos con la varianza dentro de cada grupo, podemos hacer una determinación racional de si las medias aritméticas (satisfacción) son significativamente diferentes. En ANOVA se usa la prueba F para evaluar estadísticamente las diferencias entre las medias aritméticas de grupo. Cuanto mayor es la diferencia en la varianza entre grupos, mayor es la razón matemática F. Esta técnica no puede identificar qué pares de medias aritméticas tienen una diferencia significativa entre sí (cuál par es el que tiene la diferencia, sólo se conoce que hay diferencias significativas entre los grupos, pero no exactamente en cuáles grupos). Para ello habría que aplicar

		edad género.	o	pruebas de seguimiento como la Tuckey, Duncan, Dunn y Scheffé. Estos métodos consisten en comparaciones múltiples o en evaluación simultánea de estimados de intervalo de confianza de las diferencias entre las medias aritméticas. Todas las medias aritméticas se comparan dos a la vez. Cuando se requiere examinar variables dependientes múltiples a través de una o más variables independientes, se utiliza la técnica MANOVA. Con ella se pueden medir el uso que los clientes dan a varios servicios relacionados, examinando el efecto de variables independientes como el género o ingresos, en el uso de esos servicios.
Comparar dos o más grupos de encuestados y determinar si hay diferencias importantes entre esos grupos.	Prueba chi cuadrada	Datos nominales		En este caso se debe trabajar con la tabla de valores chi cuadrada.
Detectar la asociación de las variables (identificar si están relacionadas)	Covarianza	Escalas de intervalo o de razón matemática		Es la medida del cambio de una variable que se relaciona uniformemente con un cambio en otra variable de interés. Es una puntuación de valor absoluto entre 0 y 1. Cuanto más alta sea la puntuación, la relación entre las dos variables es más fuerte.
Detectar la asociación de las variables (identificar si están relacionadas)	Coefficiente de correlación de Pearson	Escala de intervalo o escala de razón matemática.		Mide el grado de asociación lineal entre dos variables. Varía entre -1 y +1 y 0 representa la ausencia absoluta de asociación entre dos variables y -1 y +1 representan un vínculo perfecto entre las variables. Describe la fuerza de la asociación entre dos variables. Coeficientes entre 0.81 y 1 se consideran muy fuertes, Si está entre 0 y 0,2 no hay correlación. Esta técnica supone que la naturaleza de la relación que estamos tratando de medir es lineal. También que las variables que se quieren

					analizar predicen una población bivariada distribuida normalmente. A veces es difícil determinar si los datos con los que se trabaja cumplen esa directriz; con frecuencia se asume que si cumple (algo que se da por hecho). La matriz de correlación indicará el número de correlación de una pregunta con las restantes. Cuando se eleva el coeficiente de correlación al cuadrado, se crea el coeficiente de determinación o r^2. Este número va de 0 a 1 y muestra la proporción de variación explicada o asumida en una variable por otra. Por ejemplo, un r^2 de 0.36 significa que aproximadamente 36% de la variación en la probabilidad de satisfacer a un cliente está asociado con el tiempo de ejecución del servicio (u otro factor estudiado). Cuanto mayor es el tamaño del coeficiente de determinación, más fuerte es la relación lineal entre las dos variables que se examinan. Para escalas ordinales se usa el coeficiente de correlación de Spearman.
Detectar la asociación de variables y realizar predicciones	Análisis de regresión	Escala de intervalo o escala de razón matemática.	de	Esta técnica puede usarse si el diagrama de dispersión muestra una tendencia lineal. Supone una relación lineal entre las dos variables. Estas variables proceden de una población normal bivariada, los términos de error asociados con la elaboración de predicciones se distribuyen en forma normal e independiente.	Utiliza la información acerca de la relación entre una variable independiente o predictora y una variable dependiente o de criterio, y se combina esa información con la fórmula algebraica de una línea recta para hacer predicciones.

Detectar la asociación de variables y realizar predicciones	Regresión Múltiple	La variable dependiente debe ser métrica (escala de intervalo o de razón matemática)	Ver sección 4.1.3
Detectar diferencias entre grupos y realizar predicciones de clasificación	Análisis Discriminante	La variable dependiente es no métrica o categórica. Las variables independientes son métricas.	Es una técnica estadística multivariante cuya finalidad es analizar si existen diferencias significativas entre grupos de objetos respecto a un conjunto de variables; en el caso de que existan, explica en qué sentido se dan esas diferencias y proporciona procedimientos de clasificación sistemática de nuevas observaciones de origen desconocido en uno de los grupos analizados. Para el uso de esta técnica deben haberse identificado o son conocidos los grupos de clasificación, los cuales deben ser excluyentes. Por ejemplo: clientes pequeños y grandes, clientes de diferentes ciudades. Se estudia la dirección de las diferencias entre grupos con base en la identificación de una combinación lineal de variables independientes – la función discriminante- que muestre diferencias cuantiosas entre las medias de los grupos. Así el análisis discriminante es una herramienta estadística para determinar combinaciones lineales de esas variables independientes. Para su aplicación se surten las siguientes etapas: a. Revisión de las condiciones de aplicabilidad: las variables originales se deben distribuir como una normal multivariante y las matrices de covarianzas deben ser iguales en todos los grupos.

b. Selección de variables discriminantes. No es necesario incluir todas las variables, pues no todas las variables discriminan de la misma forma. c. Cálculo de las funciones discriminantes. d. Validación de las funciones discriminantes: Mediante autovalores, Test de Barlett y Correlación Canónica. e. Valoración de la capacidad predictiva. Para ello se construye la matriz de confusión. En este análisis debe considerarse la lambda de Wilks, el cual es un dato estadístico con el que se evalúa si el análisis discriminante es estadísticamente significativo o no. También se examina la capacidad global de la función discriminante para predecir la variable en estudio (cifras iguales o superiores a 0,30 son útiles para hacer predicciones) y se estudia además la prueba de igualdad de medias de los grupos.				
Detectar la asociación de variables y realizar predicciones	Análisis de Conjunto	Variable dependiente puede ser métrica o no. Variables independientes no métricas o categóricas.	Es una técnica de variables múltiples con la que se calcula la importancia relativa que los clientes otorgan a diferentes atributos de un servicio, así como las utilidades o valor que confieren a los diversos niveles de cada uno de esos atributos.	El investigador elabora varios perfiles del servicio cada uno con diferentes características o atributos. Luego se realiza una encuesta entre los clientes para que clasifiquen esas descripciones en orden decreciente, priorizando de acuerdo con sus preferencias. Una vez calculados los valores totales de los perfiles del servicio, se comparan contra la clasificación real de los clientes; si las predicciones resultan imprecisas, se cambian los cálculos de valores parciales específicos y se recalculan los valores totales. El proceso continúa hasta que las predicciones sean tan

			cercanas como resulte posible a las clasificaciones reales de los clientes. La capacidad de los coeficientes de valor parcial calculado para predecir con exactitud las clasificaciones de los consumidores pueden determinarse mediante el r^2. Al igual que en una regresión, el valor alto de r^2 indica un buen ajuste con los datos. En esta técnica se determina matemáticamente la importancia de cada atributo y su importancia relativa con respecto a todos los atributos estudiados.
Resumir o entender mejor un gran número de variables	Análisis factorial o análisis de factores	Su uso más frecuente es con variables métricas aunque es posible realizar adaptaciones para usar no métricas.	Ver sección 4.1.3
Agrupar a los encuestados	Análisis de grupos	Su uso más frecuente es con variables métricas aunque es posible realizar adaptaciones para usar no métricas.	Ver sección 4.1.3
Describir la relación que existe entre variables	Ecuaciones Estructurales	Variables métricas	Se utilizan cuando las variables dependientes no sólo se relacionan con la variable independiente, sino que también se relacionan entre sí. Este método usa: sistemas de ecuaciones lineales, análisis de trayectorias (path analysis), en donde se establece la dirección y fuerza de

las relaciones existentes entre las variables y análisis factorial, partiendo de una hipótesis.

En su aplicación existen dos enfoques, usar el método de análisis de covarianza (AC), o usar el método de mínimos cuadrados parciales (MCP):

MCP soporta relaciones formativas (causa) y reflectivas (efecto) y AC solo reflectivas.

AC es pobre con pequeños datos y puede proveer soluciones no únicas o soluciones impropias en algunos casos y los datos a menudo no satisfacen la multinormalidad y escalas de intervalos, además puede tener soluciones inadmisibles y factores de indeterminación.

MCP puede trabajar con pocas observaciones y un grupo de variables con datos discretos, continuos o binarios.

MCP usa dos etapas: algoritmo de estimación para obtener pesos, cargas and path estimados. MCP empieza con selección arbitraria de pesos e iteración hasta convergencia, buscando minimizar el error, es decir maximizando la varianza explicada en variables independientes.

Confiabilidad es probada con coeficiente alpha cronbach mayor que 0,7. La significancia de los coeficientes Path debe estar entre 5 y 10%.

Para usar Ecuaciones Estructurales, se debe asegurar la normalidad multivariante de los datos, homocedasticidad, la linealidad y la independencia de las observaciones.

Elaboración propia a partir de Hair, et. Al (2003), Vavra (2003), Levin y Rubin (1996), Salvador (2000), Türkyılmaz y Ozkan (2007).

ANEXO E

		Código: 0302 Versión: 05
CARACTERIZACIÓN E INTERACCIÓN DEL PROCESO: URGENCIAS		
Unidad Funcional: Atención al Usuario	Proceso: Urgencias	Cargo con responsabilidad y autoridad dueño del proceso: Médico Coordinador de Urgencias
Objetivo del proceso: Brindar una atención oportuna al usuario minimizando los riesgos en las actividades principales		
Documentación del sistema de gestión de la calidad aplicable al proceso: PROTOCOLO DE ENFERMERIA P-0302-01 Ingreso y atención del paciente en el servicio de urgencias P-0302-02 Triaje P-0302-03 Recibo y entrega de turnos de enfermería P-0302-04 Interconsulta de medicina especializada P-0302-05 Salida del paciente por muerte en urgencias P-0302-06 Traslado del paciente de urgencias a otro servicio o IPS P-0302-07 Utilización y reposición de drogas vitales al carro de paro P-0302-08 Preparación y limpieza de la unidad después del egreso del paciente P-0302-09 Solicitud y recepción de exámenes de laboratorio y apoyo diagnóstico P-0302-10 Notificación al medico de cambios en la condición clínica del paciente P-0302-11 Remisión de pacientes P-0302-12 Autorización de proced. quirúrgicos, diagnósticos, anestésicos y consentimiento inf. P-0302-13 Cambios de turnos de enfermería P-0302-14 Egreso del paciente por mejoría P-0302-15 Procedimientos de pequeña cirugía P-0302-16 Cuidado del paciente en sala de observación P-0302-17 Distribución del personal auxiliar de enfermería P-0302-18 Limpieza de instrumental médico quirúrgico P-0302-19 Tagging P-0302-20 Revista Médica de urgencias I-0302-01 Cateterismo venoso I-0302-02 Toma de electrocardiograma I-0302-03 Administración de medicamentos I-0302-04 Control de líquidos y electrolitos I-0302-09 Control de signos vitales I-0302-10 Monitoreo hemodinámico I-0302-11 Sonda nasogastrica I-0302-12 Lavado gástrico I-0302-13 Toma de gases arteriales por punción I-0302-16 Preparación y manejo de medicamentos inotrópicos y vasopresores I-0302-17 Inmovilización de pacientes I-0302-18 Toma de hemocultivo I-0302-19 Toma de urocultivo I-0302-20 Enemas I-0302-24 Preparación y manejo de medicamentos e infusiones en urgencias I-0302-25 Clave azul I-0302-27 Curación de heridas I-0302-28 Preparación prequirúrgica del paciente GUIAS DE MANEJO MEDICAS I-0302-05 Guía de manejo crisis asmática I-0302-06 Guía de manejo Apendicitis aguda (Apendicitis aguda sin mención de peritonitis) I-0302-07 Guía de Manejo Neumonía Bacteriana I-0302-08 Guía de Manejo Infección Urinaria I-0302-21 Guía de manejo de anticoagulación profiláctica I-0302-22 Guía de manejo punción lumbar I-0302-23 Reanimación cardiocerebro pulmonar avanzada en paciente ad y ped I-0302-26 Manejo de taquiarritmias y bradearritmias I-0302-29 Diarrea (Infección Intestinal mal definido. Diarrea de presunto origen) I-0302-33 Dengue Clásico I-0302-34 Guía de manejo Intoxicaciones agudas I-0302-35 Guía de manejo exacerbación de la EPOC I-0302-36 Guía de manejo embarazo gemelar múltiple I-0302-37 Guía de manejo Dolor abdominal I-0302-38 Guía de manejo síndrome febril I-0302-39 Guía Practica Clínica Urgencias Ortopédica I-0302-40 Politrumatismo I-0302-41 Lumbalgia I-0302-42 Oxigenoterapia I-0302-43 Aspiración de Secreciones I-0302-44 Aerosolterapia		Recursos del proceso: Humanos: Médico Coord. de Urgencias, Medico General en área de Observación, Médicos Generales con entrenamiento en urgencias, 2 enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería con entrenamiento en el área. Físicos: Consultorios dotados con los elementos necesarios, camas de observación, Sala de Reanimación, Sala de Procedimientos Septicos y Sala procedimientos Asepticos, Sala de yesos, Sala de Micronebulizaciones, Equipos médicos de alta tecnología, Medicamentos y materiales médico quirúrgicos para la atención del usuario según requisitos de habilitación. Requisitos (criterios) por cumplir: (cliente, legales, or ganización, ISO): Norma ISO 9001:2000 Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud Resolución 1043 de 2006: Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Resolución 1046/06 Sistema de información Ambiente de trabajo: Condiciones normales de iluminación, temperatura, ventilación y buenas condiciones ergonómicas. Características de calidad del proceso – necesidades cliente usuario: Riesgo mínimo de reingreso, mortalidad. Oportunidad en la atención de urgencias. Satisfacción del usuario. Monitoreo (seguimiento) del proceso (criterios y métodos) Auditorías internas Reuniones de grupo primario Reuniones comité de gerencia para revisión del sistema Indicadores de gestión Documentación del sistema de gestión de la calidad de otros procesos: P-0104-01 Control de documentos del sistema de calidad P-0104-02 Control de los registros de calidad P-0104-03 Acciones correctivas (Análisis y solución de problemas – Desdoblamiento de la Calidad) P-0104-04 Control del servicio / producto no conforme, fallas o novedades P-0104-05 Acciones preventivas P-0104-06 Auditoría Interna al Sistema De Gestión de Calidad P-0309-01-02 Area de Recepcion y Entrega Central de Esterilizacion P-0309-01-03 Area de Lavado Central de Esterilizacion Limpieza y Descontaminacion P-0309-01-14 Area Limpia y Preparacion y Empaque P-0309-01-09 Area de Almacenamiento Material Esteril P-0309-01-17 Desinfeccion de Alto Nivel I-0308-62 Guía de Practica Clínica Medicina Interna I-0308-63 Guía de Practica Clínica Neurología I-0312-07 Manual de Bioseguridad I-0308-18 Cuidado de Enfermería de Líneas Centrales Cateter venoso Central, Cateter intravascular de inserción periférica. I-0306-02 Intubación Orotraqueal I-0306-03 Protocolo de Oxigenoterapia I-0309-01-02 Manejo de Soluciones para limpieza y Desinfeccion en Central de Esterilizacion I-0312-13 Guia Cateter Venoso Central I-0312-10 Guia para Aislamiento de Pacientes. I-0312-04 Lavado de Manos I-0312-12 Procolo cateter urinario

Aprobado por: Director Médico

17/06/2009

Hoja 1/3

La información contenida en el presente procedimiento es propiedad de la Clínica Chicamocha S.A. Es SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.

CARACTERIZACIÓN E INTERACCIÓN DEL PROCESO: URGENCIAS

Código: 0302
Versión: 05

MEDICION DEL PROCESO (INDICADORES)					
Objetivo/táctico	Indicador	Meta	Formula	Frecuencia	Atributo de calidad
Mejorar el proceso de atención inicial de Urgencias	Evaluación de oportunidad en consulta prioritaria y urgencias	≤ 30 minutos	Promedio (Hora atención por el médico – Hora ingreso paciente)	Mensual	Oportunidad
Garantizar Seguridad al paciente	Tasa de eventos adversos	$\leq 2\%$	Número de eventos adverso / Número de Atenciones	Trimestral	Seguridad
Aumentar la satisfacción del usuario	Porcentaje de Satisfacción al Usuario	$> 90 \%$	Número de usuarios satisfechos/ Número de usuarios encuestados	Semestral	Eficacia

Aprobado por: Director Médico

17/06/2009

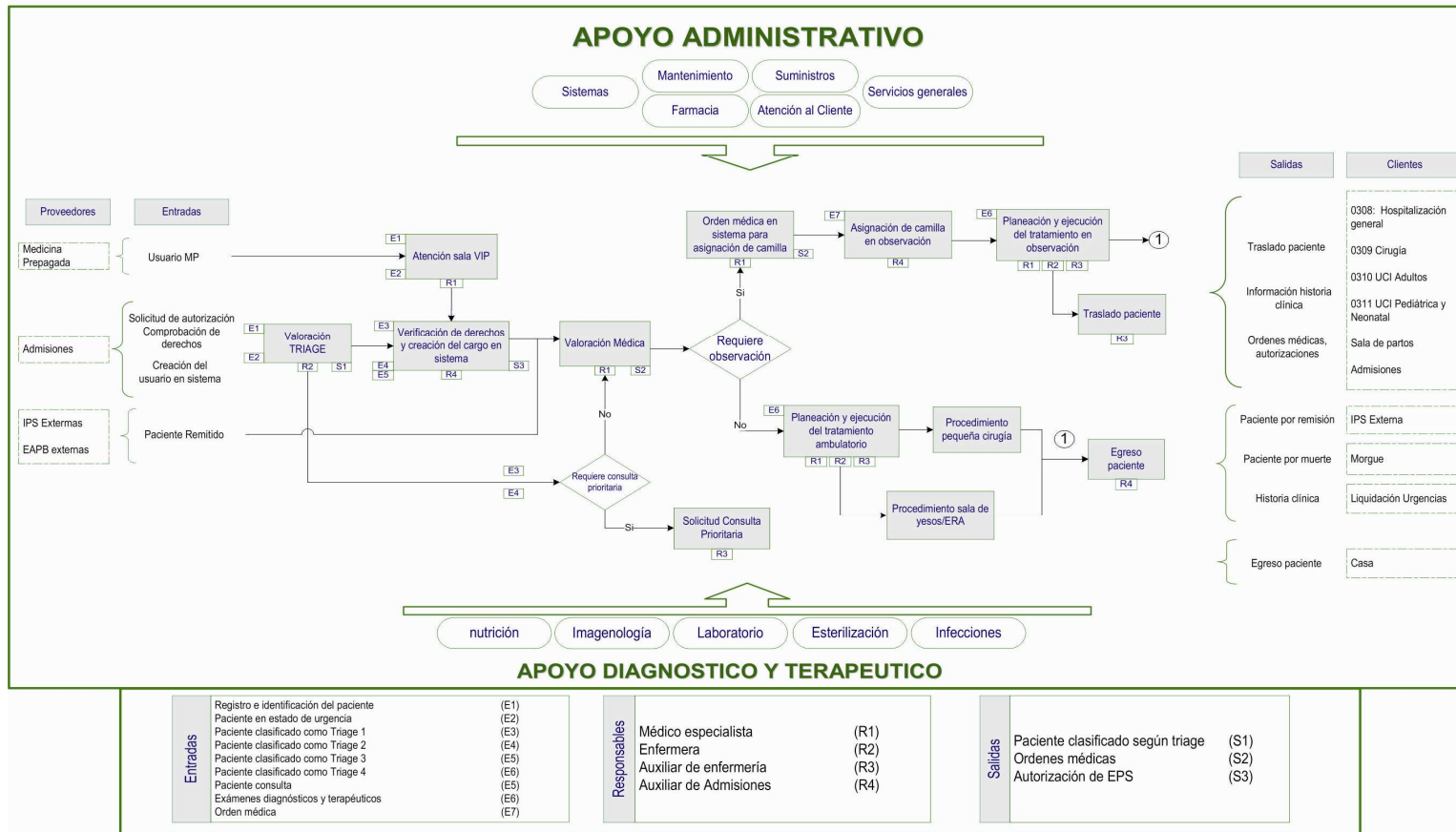
Hoja 2/3

La información contenida en el presente procedimiento es propiedad de la Clínica Chicamocha S.A. Es SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.

CARACTERIZACIÓN E INTERACCIÓN DEL PROCESO: URGENCIAS

Código: 0302

Versión: 05



Anexo F. Consolidado de aspectos consultados para evaluar la satisfacción de los pacientes en Instituciones de Salud

BASADAS EN SERVQUAL						
Parasuraman,	Reidenbach y Sandifer-Smallwood. 1990. Exploring perceptions of Hospital operations by a modified Servqual approach	Lam. 1997. SERVQUAL: A tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong	Mira Et Al. 1998. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria	Dean 1994. The applicability of servqual in different health care environments	Pakdil y Harwood. 2005. Patient Satisfaction in a Preoperative Assessment Clinic : An Analysis Using SERVQUAL Dimensions.	Lee. 2005. Measuring Service Quality in a Medical Setting in a Developing Country: The Applicability of SERVQUAL (Ukrainian)
Tangibilidad	Tangibles limpieza salas placenteras y atractivas <i>apariencia profesional del staff</i> <i>apariencia profesional de otros empleados</i> temperatura de la comida sabor de la comida tiempo de la comida <i>apariencia física del cuarto</i> Accesibilidad Disponibilidad del parqueadero de visitantes Disponibilidad de información acerca de su condición facilidad de conseguir al personal por el teléfono	Tangibles equipo actualizado atractivo visual de las instalaciones empleados son ordenados o pulcros en apariencia materiales son visualmente atractivo	comodidad de las habitaciones apariencia del personal tecnología biomédica señalización intrahospitalaria señalización extrahospitalaria	seguridad tangibilidad empatía fiabilidad capacidad de respuestas	Tangibles apariencia de la clínica infraestructura de la clínica Infraestructura de la clínica calidez y minuciosidad de médicos calidez y minuciosidad de enfermeras calidez de otro personal información Conveniencia del tiempo de la cita Calidad en general	Tangibles equipo actualizado atractivo visual de las instalaciones empleados bien vestidos Instalaciones de acuerdo con los servicios ofrecidos horarios convenientes
fiabilidad	Disponibilidad de información acerca de su condición					
capacidad de rta	facilidad de conseguir al personal por el teléfono					
seguridad	disponibilidad de comida para la familia					
empatía	disponibilidad de acomodación para dormir para la familia					
	Entendimiento Preocupación por la familia y visitantes Preocupación por sus necesidades particulares Cantidad de tiempo gastado para que staff conociera y entendiera sus necesidades Cortesía Cortesía de los médicos Cortesía de las enfermeras Cortesía de otros empleados del hospital Confiabilidad prestación de servicios cuando se supone debieron ser prestados prestación de servicios de la manera que se dijo se prestarían	Confiabilidad Manteniendo las promesas Interés sincero en resolver problemas Presta el servicio desde el primer momento Prestando el servicio en el tiempo prometido Llevar registros con precisión Dan servicio rápidamente Preocupación por ayudar a los pacientes Nunca están ocupados para responder sus requerimientos	comprensión de necesidades amabilidad del personal interés por cumplir promesas puntualidad de consultas		calidez de otro personal información Conveniencia del tiempo de la cita Calidad en general Calidez del médico minuciosidad del médico Calidez de enfermeras minuciosidad de enfermeras Calidez de otros empleados Explicaciones tiempo con medico desempeño espera por el médico Horas de operación Conveniencia del tiempo de la cita	Conoce las necesidades Siendo simpático y tranquilizador Manteniendo las promesas Prestando el servicio en el tiempo prometido Llevar registros con precisión Dando un servicio rápido Preocupación por ayudar a los pacientes

Anexo F . Consolidado de aspectos consultados para evaluar la satisfacción de los pacientes en Instituciones de Salud

BASADAS EN SERVQUAL						
Parasuraman,	Reidenbach y Sandifer-Smallwood. 1990. Exploring perceptions of Hospital operations by a modified Servqual approach	Lam. 1997. SERVQUAL: A tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong	Mira Et Al. 1998. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria	Dean 1994. The applicability of servqual in different health care environments	Pakdil y Harwood. 2005. Patient Satisfaction in a Preoperative Assessment Clinic : An Analysis Using SERVQUAL Dimensions.	Lee. 2005. Measuring Service Quality in a Medical Setting in a Developing Country: The Applicability of SERVQUAL (Ukrainian)
	Seguridad Sentido de seguridad de daño físico sentido de bienestar Credibilidad Habilidad del hospital para entregar lo que prometió en su publicidad Habilidad del hospital para tratarlo en la forma como usted esperaba ser tratado Sensibilidad Sensibilidad de las enfermeras a sus necesidades Sensibilidad de los médicos a sus necesidades Tiempo de espera para pruebas Rapidez y facilidad de admisión Rapidez y facilidad de retiro (alta) o salida tiempo de espera para el reembolso tiempo de espera para la medicación tiempo entre la admisión y la asignación de la habitación Comunicación Adecuación de las instrucciones dadas al momento de la salida en cuanto su autocuidado Adecuación de la explicación sobre su condición y tratamiento por parte de los médicos Instrucciones sobre los procedimientos de facturación Competencia Habilidad de las enfermeras para atenderlo Habilidad de los médicos para atenderlo Habilidad de quienes realizaron pruebas Precisión del procedimiento de facturación competencia del staff de reclamaciones de seguros Otros Nivel del servicio Satisfacción con el tratamiento Disposición de recomendarlo a un amigo Limpieza en el hospital	Garantia Empleados pueden ser confiables Siente seguridad en la interacción con empleados Cortesía consistentemente Tienen conocimiento para resolver sus inquietudes Sensibilidad Dicen el tiempo exacto de prestación del servicio Satisfacción general Intenciones de volver	confianza y seguridad tratoo personalizado rapidez de respuestas tiempo de espera Interés personal enfermería Interés por solucionar problemas información que da el médico información a familiares preparación del personal Disposición para la ayuda 189		información desempeño del médico Explicaciones o información Calidad en general Calidez del medico minuciosidad del médico Calidez de enfermedas minuciosidad de enfermeras clidez de otros empleados calidez y minuciosidad médicos y enfermeras calidez otro personal información y conveniencia tiempo cita Explicaciones Habilidad o desempeño de los médicos desempeño Tiempo de espera para ver al médico Razones para elegir al hospital Algún aspecto insatisfecho	Ser capaz de confiar en empleados Cortesía de los empleados Ser digno de confianza decir el momento exacto de prestación del servicio Empleados dieron apoyo adecuado del hospital Dan atención individualizada Dan atención personalizada Respuesta a requerimientos rápidamente Tienen sus mejores intereses de corazón

Anexo F. Consolidado de aspectos consultados para evaluar la satisfacción de los pacientes en Instituciones de Salud

NO BASADAS EN SERVQUAL								
Bowers. Et. Al. 1994. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery	Jun. Et. Al. 1998. The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results	Nathorst-Bo Et Al. 2001. Questionnaires and Analysis Tools Such as Quality from the Patient's Perspective (QPP) and Quality, Satisfaction and Performance (QSP).	Cuñado Et Al. 2002 Validación de la traducción al español de una escala de medida de satisfacción del paciente con los cuidados en enfermos en urgencias (CECSS)	Riveros y Berne. 2003 ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN EN SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD. CASO DE UN HOSPITAL DEL SUR DE CHILE	Pettersen Et Al. 2004. The Patient Experiences Questionnaire: development, validity and reliability	Castillo Et- Al. 2007 Los predictores de satisfacción de pacientes en un centro hospitalario universitario	The Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organizations - JCAHO en Buitrago, 2007	Cabrera ET. Al. 2007 Validación de un Instrumento para Medir Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales de Colombia. PECASUSS - percepción de calidad según usuarios de servicios salud
empatía	tangibles	tiempo de espera	1. Prestó sus servicios con competencia	Trato Personal de Informaciones	Confidencia en hospital	presentación alimentos	1. Eficacia	trámite para ser atendido
confiabilidad	confiabilidad	satisfacción con el cuidado médico	2. Sabía algo de mi enfermedad	Disposición para atender reclamos	Satisfacción total	variedad alimentos	2. Conveniencia	costos
urgencia en la prestación del servicio	responsabilidad	cuidado médico	3. Sabía el tratamiento que yo necesitaba	Ofic. Informaciones en lugar visible	Efecto esperado en la salud	temperatura alimentos	3. Eficiencia	tiempo de urgencias a pedir una cita
comunicación	competencia	examinación	4. Me dio instrucciones para cuidarme yo mismo en casa	Preocupación por resolver quejas	Efecto de hospitalización en salud	aseo en pieza	4. Respeto y cuidado	tiempo desde que llegó hasta que lo atendieron
cuidados	cortesía	tratamiento médico	5. Debería haber sido más atenta de lo que fue	Medios apropiados en oficina reclamos	alivio del dolor	aseo en baño	5. Continuidad	solución a necesidades de salud
	comunicación	habilidades del doctor	6. Me comunicó los problemas que podía esperar	Información derechos y deberes usuarios	duración de la estancia hospitalaria	comodidad cama	6. Efectividad	respuesta a inquietudes
		habilidades de la enfermera	7. Me dijo lo que podía ocurrirme en casa	Personal usa información	corredor de estancia (camas en el corredor)	ruido por actividad asistencial	7. Urgencia en la	aseo
	accesibilidad	tiempo de espera	8. Explicaba todos los procedimientos antes de hacerlos	confidencial	el corredor)	comunicación con enfermeras	prestación del servicio	planta física
	cuidado del paciente	en el teléfono	9. Parecía demasiado ocupada en el control de enfermería	Personal con información caso personal	Tratamiento médico	identificación del personal	8. Seguridad	
	resultado de los procedimientos	durante la cita	10. Explicaba las cosas en términos que yo podía entender	Comunicación permanente con el usuario	Le dijo al personal todos los hechos importantes acerca de su condición		9. Disponibilidad	sala espera, sillas, camas,
	comprensión entre médicos y pacientes	trato del médico	11. Era comprensiva al escuchar mi problema	Mantener interés estado de salud usuario	Entendimiento de doctores	trato del personal de enfermería		camillas
	colaboración sinérgica	Mostró respeto		Trabajo coordinado de servicios	Entendimiento de enfermeras	descanso diurno		trato médico, enfermeras y otros profesionales
				Trato de Médicos	Información sobre su condición	descanso nocturno		trato de porteros cajeros y personal administrativo
		dio respuestas sinceras	12. Parecía de verdad preocupada por mi dolor y mis temores	Conocimiento funcionarios	no llegó a las personas correctas	información médica		cooperación entre funcionarios
		lo trató de una manera positiva	13. Fue lo más amable posible cuando hacía técnicas dolorosas	administrativos	Información nuevos			de la institución
		lo escuchó	14. Me trataba como un número en vez de como una persona	Trato funcionarios administrativos	medicamentos	atención médica		capacidad profesionales para
		mostró compromiso y cuidado	15. Parecía comprender cómo me sentía	Trato enfermeras y auxiliares	preguntas sin responder acerca de los medicamentos	actitud y disposición de admisión		solucionar necesidad de salud
		trato de la enfermera	16. Me dio la oportunidad de hacer preguntas	Compromiso y disposición funcionarios	Información de exámenes	disposición de respuestas de admisión		orientación de cuidados en casa
		información	17. No fue amable	Funcionamiento hospital	cuidado de las enfermeras	respuesta a los llamados		calidad servicio recibido
		exámenes	18. Se tomaba el tiempo necesario para atenderme	Funcionarios comprometidos	manejo del dolor			satisfacción con atención
		Extracción de sangre	19. Se aseguró de que todas mis preguntas obtuvieran respuesta	Capacidades de enfermeras y auxiliares	información procedimientos			recibida en general
		tratamiento		Capacidades y habilidades de médicos	de enfermería			volviera al hospital
		drogas		Todos los servicios comprometidos	atención del capellán			aspectos que debe mejorar
		resultados de las pruebas		Contacto permanente con usuarios	servicio religiosas			
		participación		Preocupación real del hospital				
		escoger la cita		Educación sobre el servicio al cual acudir	Un doctor principalmente responsable			
		escoger al doctor		Hospital brinda solución integral	expectativas satisfechas en cuanto a tratamiento			
				Contacto directo con persona	Impresión del equipo			
				Comodidad, limpieza, manutención	Impresión del hospital			
				Número y ubicación baños usuarios	Recursos disponibles			
					Organización			

Anexo F. Consolidado de aspectos consultados para evaluar la satisfacción de los pacientes en Instituciones de Salud

NO BASADAS EN SERVQUAL								
Bowers. Et. Al, 1994. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery	Jun. Et. AL, 1998. The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results	Nathorst-Bo Et Al. 2001. Questionnaires and Analysis Tools Such as Quality from the Patient's Perspective (QPP) and Quality, Satisfaction and Performance (QSP).	Cuñado Et Al. 2002 Validación de la traducción al español de una escala de medida de satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros en urgencias (CECSS)	Riveros y Berne. 2003 ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN EN SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD. CASO DE UN HOSPITAL DEL SUR DE CHILE	Peterson Et Al. 2004. The Patient Experiences Questionnaire: development, validity and reliability	Castillo Et- Al. 2007 Los predictores de satisfacción de pacientes en un centro hospitalario universitario	The Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organizations - JCAHO en Buitrago, 2007	Cabrera ET. Al. 2007 Validación de un Instrumento para Medir Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales de Colombia. PECASUSS - percepción de calidad según usuarios de servicios salud
		discutir alternativas de tratamiento escoger si estudiantes deben estar presentes duran el examen ambiente encontrar el camino a la clínica pulcritud en la clínica comodidad confort atmósfera posibilidad de hablar con el doctor en privado accesibilidad horas de teléfono para hacer una cita acceder a la enfermera para una cita horas de teléfono para consultar al doctor encontrar al doctor por teléfono horario en el que la clínica abre		Comodidad camas y ropa de cama Limpieza salas hospital, espera, pasillos Alimentación período hospitalización Proceso tramitación horas médicas Ingreso a Hospitalización Tiempo de espera para la atención Tiempo dedicado a la atención personal Comodidad cantidad asientos sala espera Comodidades salas de espera Señalizaciones recinto Manten. instalaciones atención segura Comodidad y facilidades circulación Comodidad muebles sala hospitalizados Comodidades salas hospitalizados Asistencia Social ofrecida Asistencia Espiritual y Psicológica	Experimento espera inesperada Recepción de sus familiares Sus familiares obtuvieron información fácilmente Fue su alta planeada con usted o sus familiares Información de la enfermedad Información de problemas futuros Ha recibido información de lo que usted puede hacer si tiene una recaída o algo inesperado cuando llegue a casa?			

Anexo G. Consolidado de aspectos consultados para evaluar la satisfacción de los pacientes en el Servicio de Urgencias

Investigación	López et al. 1999. Satisfacción de los Pacientes Atendidos en el Servicio de Urgencias de un Hospital de Agudos	Quintana Et Al. 1999. Encuesta de satisfacción a pacientes de servicios de urgencias de hospitales agudos	Sun. et al 2000. Determinants of Patient Satisfaction and Willingness to Return With Emergency Care.	Sun, Adams & Burstin.2001. Validating a Model on Patient Satisfaction	Cuñado Et Al. 2002. Validación de la traducción al español de una escala de medida de satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros en urgencias (CECSS)	Iraola Et Al. 2005. Satisfacción en el Servicio de Urgencias. Informe de usuarios.	Olivera. et al 2009. Satisfacción percibida por pacientes atendidos en el servicio de urgencia	Correia y Miranda. 2010. Calidad y Satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: Análisis de un hospital de la zona centro de Portugal
Items cuestionados en los instrumentos utilizados	¿Cuánto tuvo que esperar, desde que llegó al servicio de urgencias hasta que se le preguntó el motivo de su visita? Intente calificar el tiempo (adecuado o inadecuado)	1. ¿Cuánto tiempo pasó desde que llegó a urgencias hasta que le vio por primera vez el/la médico/a?	En general, ¿cómo calificaría la atención recibida en urgencias?	satisfacción general del cuidado en emergencias	1. La enfermera prestó sus servicios con competencia	1. ¿La enfermera le saludó al llegar a urgencias?	consulta médica	Estoy muy satisfecho
	¿Cuánto tuvo que esperar hasta que fue atendido por un médico? Intente calificar el tiempo (adecuado o inadecuado)	2. En relación a lo que tuvo que esperar hasta que le vio el médico. ¿Cómo valora ese tiempo?	Si hay otro problema que requiere atención de emergencia, regresaría al mismo departamento de Urgencias?	Si usted tiene otro problema de emergencia regresaría a la misma institución? (intención de retorno)	2. La enfermera sabía algo de mi enfermedad	2. ¿La enfermera le explicó los pasos a seguir para su atención y el tiempo que debe esperar?	cuidados de enfermería	Las urgencias prestan el servicio que esperaba recibir
	En el caso de que se le realizaran pruebas, ¿cuánto tardaron en llegar los resultados? Intente calificar el tiempo (adecuado o inadecuado)	3. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo pasó desde que llegó hasta su salida de urgencias?	¿Alguna persona de urgencias ayudó a dar un mensaje a un amigo o familiar mientras estuvo en el servicio de urgencias?		3. La enfermera sabía el tratamiento que yo necesitaba	3. ¿El médico le saludó al llegar a la consulta?	exámenes complementarios	Las instalaciones y equipamientos del servicio de urgencias son dignos de destacar
	En el caso de haber necesitado un especialista, ¿cuánto tardó en verle? Intente calificar el tiempo (adecuado o inadecuado)	4. ¿Cómo valora este tiempo?	¿Alguien del personal de urgencias le informó cuánto tiempo tendría que esperar para ser visto por alguien en el servicio de urgencias?	¿Alguien del personal al servicio de urgencias le hizo saber cuánto tiempo tendría que esperar para ser vistos por alguien en el Dpto de emergencia?	4. La enfermera me dio instrucciones para cuidarme yo mismo en casa	4. ¿Conoce el nombre del médico que le atendió?	trabajo del personal auxiliar	El servicio de urgencias es excelente
	Trato recibido por parte del personal de enfermería	5. Si vino acompañado, ¿tuvieron la oportunidad de estar con usted dentro de la urgencia algún familiar o acompañante?	Hubo momentos en que necesitaba ayuda, mientras estaba en el servicio de urgencias, pero no lo recibí?	Hubo momentos en que necesitaba ayuda, mientras estaba en el departamento de emergencia, pero no la recibí?	5. La enfermera debería haber sido más atenta de lo que fue	5. ¿El médico le tomó la presión arterial?	información y organización	La forma en que se me atendió me satisface
	Trato recibido por parte del personal médico	6. ¿Le dijo su nombre el médico que le atendió para que le conociese?	Fue capaz de identificar a la enfermera o el médico que lo atendió en el servicio de urgencias?		6. La enfermera me comunicó los problemas que podía esperar	6. ¿El médico la o lo examinó?	limpieza del centro	Las personas que prestan la atención son agradables
	Información recibida por parte del médico	7. ¿Fueron claras y completas las explicaciones que le dio el médico sobre lo que le pasaba?	Se le dio instrucciones para el alta?		7. La enfermera me dijo lo que podía ocurrirme en casa	7. ¿El médico respetó su pudor durante el examen?	confort del centro	
	Instalaciones en la sala de espera	8. ¿Le explicó alguien los resultados de esas pruebas de una manera que pudo comprender claramente?	¿Le han dicho en qué circunstancias debe volver a urgencias?	Alguien le dijo en qué circunstancias regresar a Urgencias?	8. La enfermera explicaba todos los procedimientos antes de hacerlos	8. ¿El médico le explicó en que consiste su problema de salud o enfermedad?		

Anexo G. Consolidado de aspectos consultados para evaluar la satisfacción de los pacientes en el Servicio de Urgencias

Investigación	López et al. 1999. Satisfacción de los Pacientes Atendidos en el Servicio de Urgencias de un Hospital de Agudos	Quintana Et Al. 1999. Encuesta de satisfacción a pacientes de servicios de urgencias de hospitales agudos	Sun. et al 2000. Determinants of Patient Satisfaction and Willingness to Return With Emergency Care.	Sun, Adams & Burstin.2001. Validating a Model of Patient Satisfaction	Cuñado Et Al. 2002. Validación de la traducción al español de una escala de medida de satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros en urgencias (CECSS)	Iraola Et Al. 2005. Satisfacción en el Servicio de Urgencias. Informe de usuarios.	Olivera. et al 2009. Satisfacción percibida por pacientes atendidos en el servicio de urgencia	Correia y Miranda. 2010. Calidad y Satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: Análisis de un hospital de la zona centro de Portugal
		16. En general, ¿cómo calificaría su estancia en el Servicio de Urgencias del Hospital?	¿Alguien explicó los resultados de las pruebas de una manera que usted entendiera?	Alguien le explicó los resultados de sus exámenes de modo que usted pudiera entender	16. La enfermera me dio la oportunidad de hacer preguntas			
			¿Cree usted que las posibles causas de su problema fueron explicadas suficientemente?	Usted siente que las posibles causas de su problema fueron explicadas suficientemente	17. La enfermera no fue amable			
			¿Le han dicho cuándo podría reanudar sus actividades diarias normales?	Alguien le dijo cuándo podría volver a sus actividades normales	18. La enfermera se tomaba el tiempo necesario para atenderme			
			Si usted estaba trabajando antes de su visita a urgencias, ¿alguien le dijo cuándo podría volver a trabajar?		19. La enfermera se aseguró de que todas mis preguntas obtuvieran respuesta			
			¿Ha necesitado para volver a urgencias por el mismo problema?					
			Su visita era una cita de seguimiento para usted?					
Observaciones	Se verificó la validez de contenido.	No menciona qué validación le realizaron al instrumento	Se verificó la validez interna del modelo de satisfacción relacionado con la intención de volver.	Limitaciones del estudio: Los autores manifiestan que la encuesta puede tener factores no contemplados y que los resultados obtenidos pueden no ser aplicables a Servicios de Urgencias no académicos y no urbanos. Se verificó la validez de constructo y de contenido.	Validaron el instrumento en cuanto a: contenido, validez interna y de constructo. Instrumento enfocado únicamente al servicio prestado por enfermeros(as).	No menciona qué validación le realizaron al instrumento	No menciona qué validación le realizaron al instrumento	Se verificó la validez convergente y discriminante del instrumento. Limitante del estudio: se centró en un único servicio de urgencias no es posible generalizar los resultados a otros contextos hospitalarios

Anexo G. Consolidado de aspectos consultados para evaluar la satisfacción de los pacientes en el Servicio de Urgencias

Investigación	López et al. 1999. Satisfacción de los Pacientes Atendidos en el Servicio de Urgencias de un Hospital de Agudos	Quintana Et Al. 1999. Encuesta de satisfacción a pacientes de servicios de urgencias de hospitales agudos	Sun. et al 2000. Determinants of Patient Satisfaction and Willingness to Return With Emergency Care.	Sun, Adams & Burstin.2001. Validating a Model onf Patient Satisfaction	Cuñado Et Al. 2002. Validación de la traducción al español de una escala de medida de satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros en urgencias (CECSS)	Iraola Et Al. 2005. Satisfacción en el Servicio de Urgencias. Informe de usuarios.	Olivera. et al 2009. Satisfaccion percibida por pacientes atendidos en el servicio de urgencia	Correia y Miranda. 2010. Calidad y Satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: Análisis de un hospital de la zona centro de Portugal
		16. En general, ¿cómo calificaría su estancia en el Servicio de Urgencias del Hospital?	¿Alguien explicó los resultados de las pruebas de una manera que usted entendiera?	Alguien le explico los resultados de sus exámenes de modo que usted pudiera entender	16. La enfermera me dio la oportunidad de hacer preguntas			
			¿Cree usted que las posibles causas de su problema fueron explicadas suficientemente?	Usted siente que las posibles causas de su problema fueron explicadas suficientemente	17. La enfermera no fue amable			
			¿Le han dicho cuándo podría reanudar sus actividades diarias normales?	Alguien le dijo cuándo podría volver a sus actividades normales	18. La enfermera se tomaba el tiempo necesario para atenderme			
			Si usted estaba trabajando antes de su visita a urgencias, ¿alguien le dijo cuándo podría volver a trabajar?		19. La enfermera se aseguró de que todas mis preguntas obtuvieran respuesta			
			¿Ha necesitado para volver a urgencias por el mismo problema?					
			Su visita era una cita de seguimiento para usted?					
Observaciones	Se verificó la validez de contenido.	No menciona qué validación le realizaron al instrumento	Se verificó la validez interna del modelo de satisfacción relacionado con la intención de volver.	Limitaciones del estudio: Los autores manifiestan que la encuesta puede tener factores no contemplados y que los resultados obtenidos pueden no ser aplicables a Servicios de Urgencias no académicos y no urbanos. Se verificó la validez de constructo y de contenido.	Validaron el instrumento en cuanto a: contenido, validez interna y de constructo. Instrumento enfocado únicamente al servicio prestado por enfermeros(as).	No menciona qué validación le realizaron al instrumento	No menciona qué validación le realizaron al instrumento	Se verificó la validez convergente y discriminante del instrumento. Limitante del estudio: se centró en un único servicio de urgencias no es posible generalizar los resultados a otros contextos hospitalarios

ANEXO H. INSTRUMENTO INICIAL A APLICAR A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLÍNICA CHICAMOCHA

Apreciado usuario: Deseamos conocer su percepción frente a la calidad de nuestro servicio. Agradecemos su colaboración.

Fecha: _____ Hora: _____

Nombre del encuestado: _____ Sexo: _____

3. Edad: _____ 4. Educación: _____ 5. Ocupación: _____ 6. Estrato: _____

Marque con una x una de las opciones de acuerdo con su percepción:

Pregunta No.	Aspecto a evaluar	CALIFICACIÓN					
7	El trámite que hizo para ser atendido(a), hoy o el día que ingresó al servicio de urgencias, le pareció	muy complicado	complicado	ni complicado ni sencillo	sencillo	muy sencillo	No aplica
8	Si tuvo que pagar algo para ser atendido(a), este pago le pareció	Muy caro	caro	Ni caro ni barato	barato	muy barato	No aplica
9	El tiempo desde que llegó a urgencias, hasta que lo(a) atendieron fue de:	_____ (en min).					
10	Este tiempo que tuvo que esperar hasta que lo(a) atendieron, le pareció	Muy largo	largo	Ni largo ni corto	corto	muy corto	No aplica
12	Las respuestas del personal de la institución ante sus inquietudes o preguntas le parecieron	Muy inapropiadas	inapropiadas	Ni apropiadas ni inapropiadas	apropiadas	muy apropiadas	No aplica
14	La planta física o sea el edificio de la institución le pareció	Muy descuidado	descuidado	Ni descuidado ni cuidado	Cuidado	muy corto	No aplica
15	Las salas de espera, la sillería, las camas y camillas, si las vio o las usó, le parecieron	Muy incómodas	incómodas	Ni incómodas ni cómodas	cómodas	muy cómodas	No aplica
19	La capacidad de los profesionales para solucionar su necesidad de salud le pareció	Muy baja	baja	Ni baja ni alta	alta	muy alta	No aplica
20	La información que recibió en el servicio de urgencias acerca de su estado de salud le pareció	Muy insuficiente	insuficiente	Ni insuficiente ni suficiente	suficiente	Muy suficiente	No aplica
21	La información que recibió en el servicio de urgencias acerca del tratamiento le pareció						
22	La orientación que recibió en el servicio de urgencias para efectuar cuidados de su salud en casa le pareció:	muy malo	malo	Ni malo ni bueno	buena	muy buena	No aplica
11	La solución que le dieron a la necesidad de salud por la que consultó esta institución le pareció						
13	El aseo de la institución le pareció						
16	El trato que recibió de médicos, enfermeras y otros profesionales de salud le pareció						
17	trato que le dieron porteros, cajeros, auxiliares y otro personal administrativo le pareció						
18	La cooperación entre funcionarios de la institución (o de instituciones) ante su necesidad de atención fue						
24	La atención recibida en el servicio de urgencias lo dejó en general ?	Muy insatisfecho	insatisfecho	Ni insatisfecho ni satisfecho	satisfecho	muy satisfecho	No aplica
23.	Desde 0 (pésimo) hasta 5 (excelente), con cuanto calificaría la calidad del servicio recibido?	_____					
25.	Desde 0 (pésimo) hasta 5 (excelente), con cuanto calificaría su satisfacción con el ejercicio de sus derechos como paciente?	_____					
26	Volvería a la Clínica?:	Si No					
27	Por qué?:						
28	Que debe mejorar la Clínica?:						



ANEXO I .ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

SERVICIO DE URGENCIAS

Apreciado usuario: Deseamos conocer su percepción frente a la calidad de nuestro servicio. Agradecemos su colaboración.

Fecha: _____ Hora: _____ EPS= _____

Nombre del encuestado: _____ Género (femenino/masculino): _____

3. Edad: _____ 4. **Educación:** Ninguna_ Primaria_ Secundaria_ Técnico- Tecnológico_ Profesional_

5. Ocupación _____ 6. Estrato: _____

Marque con una **x** una (1) de las opciones de acuerdo con su percepción:

Preg No.	Aspecto a evaluar	CALIFICACIÓN					
7	El trámite que hizo para ser atendido(a) al momento en qué ingresó al servicio de urgencias, le pareció	muy complicado	complicado	ni complicado ni sencillo	sencillo	muy sencillo	No aplica
8	El tiempo que tuvo que esperar para atendieran su urgencia, le pareció	Muy largo	largo	Ni largo ni corto	corto	muy corto	No aplica
9	La respuesta del personal de la institución ante sus inquietudes o preguntas le pareció	Muy inapropiada	inapropiada	Ni apropiada ni inapropiada	apropiada	muy apropiada	No aplica
10	La información que recibió en el servicio de urgencias acerca de su estado de salud le pareció	Muy insuficiente	insuficiente	Ni insuficiente ni suficiente	suficiente	Muy suficiente	No aplica
11	La información y orientación que recibió en el servicio de urgencias acerca del tratamiento le pareció						
		muy malo	malo	Ni malo ni bueno	bueno	muy bueno	No aplica
12	Las instalaciones y el mobiliario (sillas, camas, camillas), y el aseo de los mismos le pareció						
13	El trato que recibió de médicos, enfermeras y otros profesionales de salud le pareció						
14	El trato que le dieron porteros, cajeros, auxiliares y otro personal administrativo le pareció						
15	El servicio prestado por apoyo diagnóstico le pareció (rayos x, laboratorio)						
16	La calidad del servicio recibido en Urgencias en general lo dejó	Muy insatisfecho	insatisfecho	Ni insatisfecho ni satisfecho	satisfecho	muy satisfecho	No aplica
17	Desde 0 (pésimo) hasta 5 (excelente), con cuánto calificaría el ejercicio de sus derechos como paciente?	_____					
18	En caso de requerir nuevamente los servicios de Urgencias, volvería a esta Clínica?:	Si__ No __					
19	Por qué?:						
20	Qué aspectos considera que debe mejorar esta Clínica?:						

INSTRUCTIVO GENERAL PARA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA (Para Auxiliar de Liquidación)

- Salude al usuario y al acompañante, si lo tiene. Si se trata de un niño, un paciente en recuperación o una persona con una discapacidad tal que le impida responder a las preguntas, encueste al acompañante, siempre y cuando éste haya estado durante el proceso de esta atención junto al infante o el paciente incapaz de responder. En caso de dudas al respecto, no diligencie la encuesta y proceda a encuestar a otro usuario atendido en el servicio de Urgencias.
- Encueste a usuarios que entraron exclusivamente por urgencias ese día o; si se requirió hospitalización, pida al usuario que responda esta encuesta con base únicamente en el servicio de urgencias.
- Explíquelo que se busca conocer lo que él piensa del servicio para identificar aspectos que la Clínica pueda mejorar.
- Explíquelo que para todas las preguntas sólo debe escoger una respuesta según la percepción del servicio.

DATOS DEL USUARIO.

3. Edad: Años cumplidos de la persona que reporta la información, sea directamente el usuario o de informantes calificados que son acompañantes de un infante o de personas incapacitadas de responder directamente.
4. Educación: Nivel educativo completo que alcanzó la persona que da la información. Las opciones son: Ninguno, Primaria, Secundaria, Técnico-tecnológico, o Profesional.
5. Ocupación: Actividad del usuario o, la del informante SOLO en el caso de infantes no escolarizados. En el caso de adultos incapacitados, registre la ocupación de ese adulto atendido, no la del informante que lo acompaña. Opciones son: Ama de casa, Estudiante, Trabajador dependiente, Trabajador independiente, Desempleado, Pensionado, Otra.
6. Estrato: Estrato socioeconómico del usuario de los servicios. En caso de usuarios sin estratificación municipal, indique escriba "estrato municipal".

CUERPO DE LA ENCUESTA

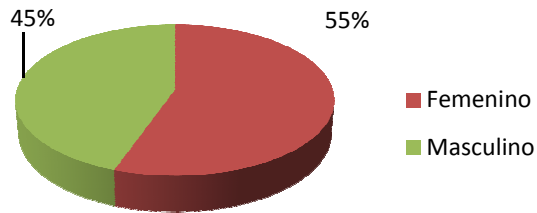
- Pregunta 7. Corresponde a la percepción del usuario sobre dificultades presentadas para acceder al servicio el día que ingresó por urgencias. Por ejemplo: exigencia de documentos no requeridos habitualmente; que como usuario no aparece en la agenda de citas o que no aparece en la base de datos u otras dificultades semejantes.
8. Es la percepción que el usuario tiene de la magnitud de la espera que hizo en su ingreso inicial.
 9. Corresponde a la apreciación que el usuario tiene sobre la(s) respuesta(s) recibida(s) a inquietudes que tuvo sobre su situación, su enfermedad, exámenes o procedimientos a realizar, diligencias en su EPS, ARS o preguntas similares.
 10. Percepción del usuario sobre la suficiencia de la información que recibió acerca de su estado de salud o diagnóstico.
 11. Percepción que el usuario tiene sobre la suficiencia de la información que recibió acerca del tratamiento que se seguiría para atender su enfermedad o problema que motivo su demanda del servicio y de las indicaciones que recibió para continuar con el manejo de su motivo de atención en su domicilio.
 12. Apreciación que el usuario tiene sobre el estado físico de las instalaciones de la Clínica, los muebles como sillas, camas y camillas y el aseo o la limpieza de las instalaciones y del mobiliario que él utilizó cuando le prestaron el servicio.
 13. Apreciación que el usuario tiene sobre el trato recibido del personal responsable de la atención (médicos, enfermeras, auxiliares, bacteriólogas) en el servicio de Urgencias.
 14. Corresponde a la apreciación que el usuario manifiesta sobre la forma como el personal administrativo o auxiliar de la institución (porteros, secretarías, cajeros, auxiliares, entre otros) lo trató.
 15. Identifica como percibe el usuario la coordinación, agilidad y calidad del servicio prestado por el personal de Ayudas Diagnósticas: Rayos X, laboratorio.
 16. Corresponde a la calidad global del servicio recibido hasta el momento de la encuesta.
 17. Corresponde a la calificación que el usuario da a su satisfacción con el ejercicio de sus derechos. Los derechos de los pacientes son: libre escogencia de profesionales de salud, comunicación acerca de su enfermedad, tratamiento y riesgos, trato digno, confidencialidad de historia clínica, mejor asistencia médica disponible, revisión y explicación de costos, apoyo espiritual, muerte digna, participación voluntaria en investigaciones, elección de donación de órganos. El usuario puede dar enteros como 0, 1, 3, o 5; también vale respuesta con decimal como 2.5.
 18. Corresponde a la decisión que el usuario tomaría al momento de requerir una nueva atención para solucionar algún problema relacionado con su salud o la de un allegado.
 19. Anote, resumiendo, los comentarios del usuario de por qué volvería o no a utilizar los servicios de la institución.
 20. Anote, resumiendo, las recomendaciones que según la apreciación del usuario debe ejecutar la institución.

En sus notas, escriba cualquier situación extraordinaria o anormal que llegue a conocer que ha ocurrido ese día, que pueda generar una mayor o menor demanda de servicios o que influya la percepción o directamente modifique la calidad de los mismos por la ocurrencia de situaciones extraordinarias tales como: calamidades, accidentes múltiples, paros, festividades, etc.

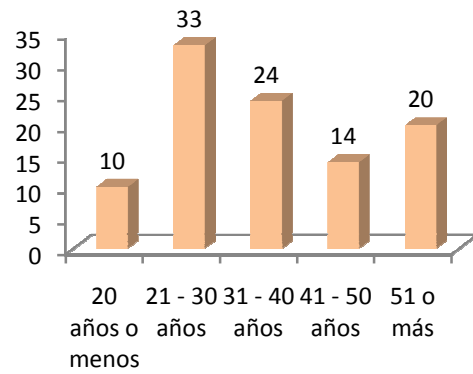
Finalmente, déle al usuario y/o informante las gracias por el tiempo y colaboración con la encuesta realizada.

ANEXO J. ANÁLISIS DE DATOS

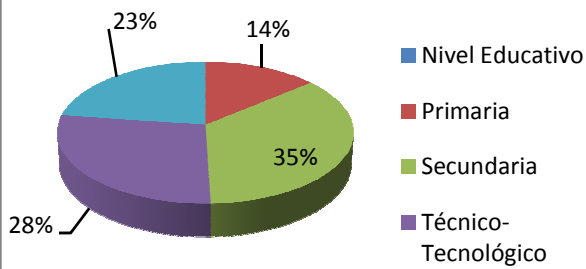
Distribución de los encuestados según género



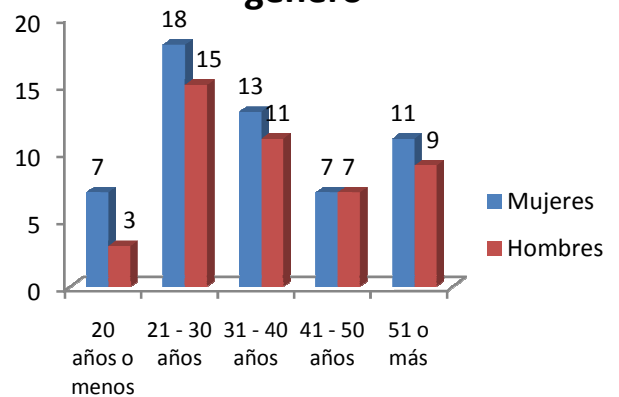
Edad de encuestados



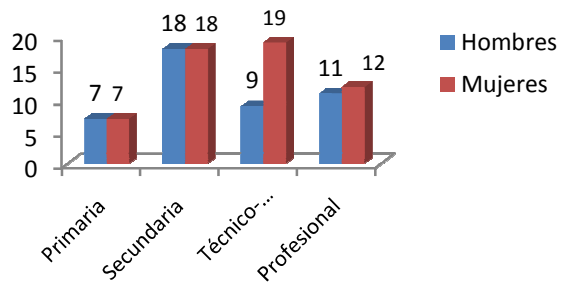
Nivel Educativo de encuestados



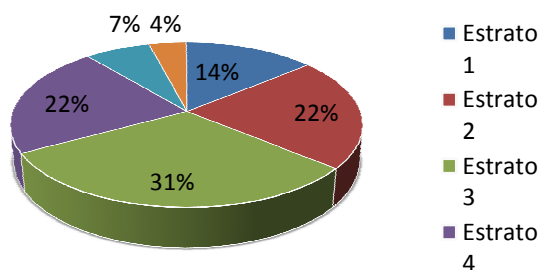
Edad de encuestados según género



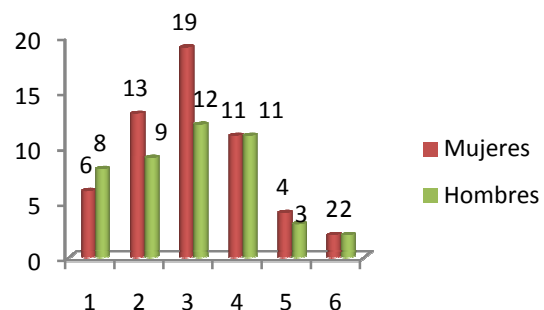
Nivel educativo según género



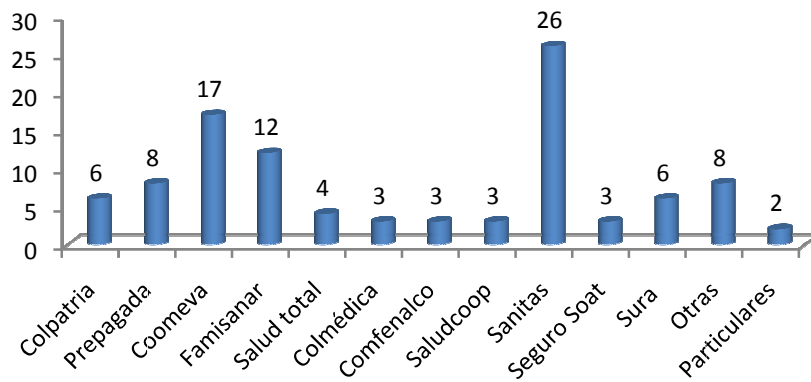
Estrato socioeconómico de encuestados



Estrato socioeconómico según género



EPS a las que se encuentran afiliados los encuestados



ANEXO K.

RESULTADOS ANÁLISIS REGRESIÓN MÚLTIPLE

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,705(a)	,497	,441	,53563

a Variables predictoras: (Constante), ejer_derech, apoyo_diag, respuesta, tiempo, instalaciones, tramite, info_tto, trato_psalud, trato_patvo, info_estado

b Variable dependiente: calidad_gral

ANOVA

Modelo		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	25,533	10	2,553	8,900	,000(a)
	Residual	25,821	90	,287		
	Total	51,354	100			

a Variables predictoras: (Constante), ejer_derech, apoyo_diag, respuesta, tiempo, instalaciones, tramite, info_tto, trato_psalud, trato_patvo, info_estado

b Variable dependiente: calidad_gral

Coeficientes(a)

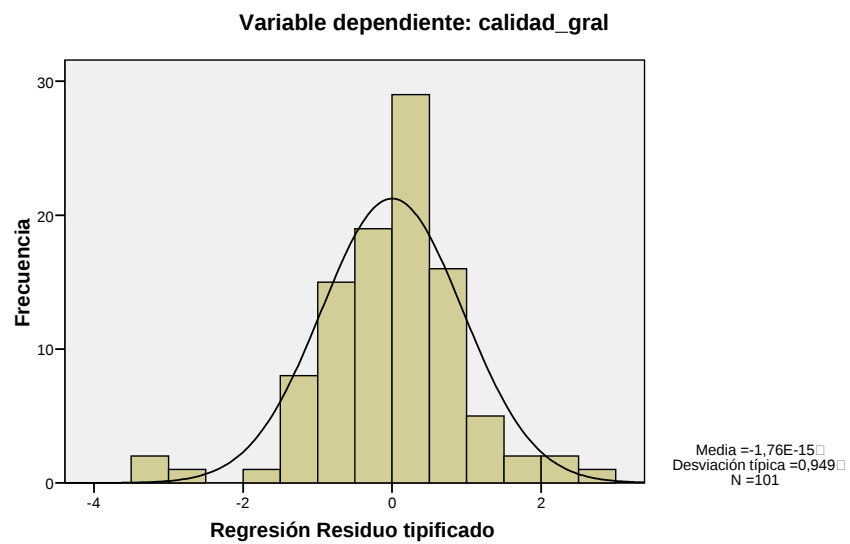
Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Estadísticos de colinealidad	
		B	Error típ.	Beta	Tolerancia	FIV	B	Error típ.
1	(Constante)	,455	,704		,646	,520		
	tramite	,110	,073	,143	1,516	,133	,630	1,588
	tiempo	,090	,054	,142	1,664	,099	,763	1,311
	respuesta	,049	,089	,054	,548	,585	,570	1,754
	info_estado	,188	,127	,226	1,473	,144	,237	4,228
	info_tto	,128	,126	,131	1,016	,312	,335	2,983
	instalaciones	-,004	,120	-,004	-,036	,971	,563	1,775
	trato_psalud	,156	,129	,139	1,211	,229	,425	2,352
	trato_patvo	-,126	,135	-,107	-,932	,354	,426	2,349
	apoyo_diag	,101	,151	,058	,670	,505	,744	1,344
	ejer_derech	,216	,104	,200	2,075	,041	,601	1,664

a Variable dependiente: calidad_gral

Correlaciones

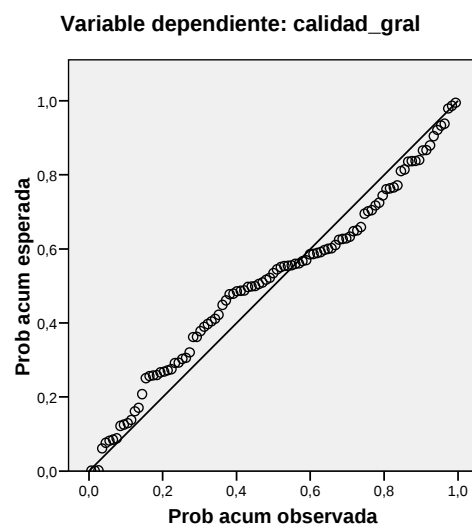
		calida d_gral	tramite	tiempo	Res- puesta	info_ estado	info_ tto	Instala- ciones	trato_ psalud	trato_ patvo	apoyo _diag	ejer_ derech
Correla- ción de Pearson	calidad_gral	1,000	,405	,406	,441	,604	,547	,354	,436	,308	,275	,533
	tramite	,405	1,000	,377	,336	,316	,283	,372	,350	,505	,233	,371
	tiempo	,406	,377	1,000	,299	,303	,302	,193	,238	,247	,097	,366
	respuesta	,441	,336	,299	1,000	,570	,417	,388	,492	,325	,204	,343
	info_estado	,604	,316	,303	,570	1,000	,765	,515	,458	,353	,358	,566
	info_tto	,547	,283	,302	,417	,765	1,000	,302	,504	,286	,301	,403
	instalaciones	,354	,372	,193	,388	,515	,302	1,000	,470	,491	,199	,376
	trato_psalud	,436	,350	,238	,492	,458	,504	,470	1,000	,623	,255	,352
	trato_patvo	,308	,505	,247	,325	,353	,286	,491	,623	1,000	,424	,314
	apoyo_diag	,275	,233	,097	,204	,358	,301	,199	,255	,424	1,000	,246
	ejer_derech	,533	,371	,366	,343	,566	,403	,376	,352	,314	,246	1,000
Sig. (unilater al)	calidad_gral	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,003	,000
	tramite	,000	.	,000	,000	,001	,002	,000	,000	,000	,009	,000
	tiempo	,000	,000	.	,001	,001	,001	,027	,008	,006	,167	,000
	respuesta	,000	,000	,001	.	,000	,000	,000	,000	,000	,020	,000
	info_estado	,000	,001	,001	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	info_tto	,000	,002	,001	,000	,000	.	,001	,000	,002	,001	,000
	instalaciones	,000	,000	,027	,000	,000	,001	.	,000	,000	,023	,000
	trato_psalud	,000	,000	,008	,000	,000	,000	,000	.	,000	,005	,000
	trato_patvo	,001	,000	,006	,000	,000	,002	,000	,000	.	,000	,001
	apoyo_diag	,003	,009	,167	,020	,000	,001	,023	,005	,000	.	,007
	ejer_derech	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,007	.
N	calidad_gral	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101
	tramite	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101
	tiempo	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101
	respuesta	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101
	info_estado	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101
	info_tto	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101
	instalaciones	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101
	trato_psalud	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101
	trato_patvo	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101
	apoyo_diag	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101
	ejer_derech	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101

HISTOGRAMA DE RESIDUOS ESTANDARIZADOS COMPARADOS CON LA DISTRIBUCIÓN NORMAL



RESIDUOS ESTANDARIZADOS OBSERVADOS VERSUS ESPERADOS

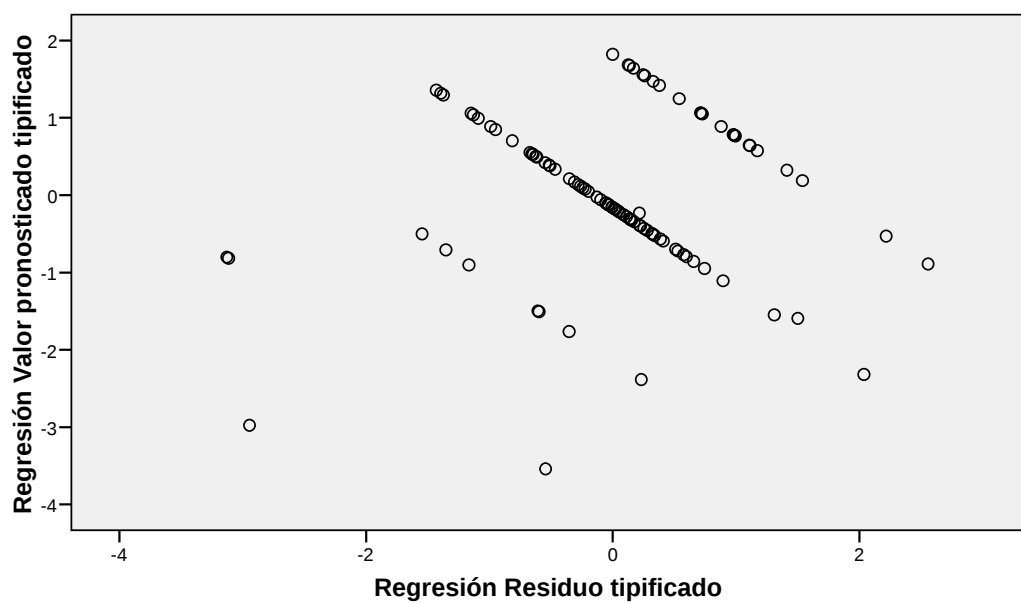
Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado



VALORES PREDICHOS ESTANDARIZADOS VERSUS RESIDUOS ESTANDARIZADOS

Gráfico de dispersión

Variable dependiente: calidad_gral



ANEXO L.

RESULTADOS TÉCNICAS CLASIFICACIÓN – COMPLEMENTO DATA MINING MICROSOFT EXCEL

Árbol de decisión

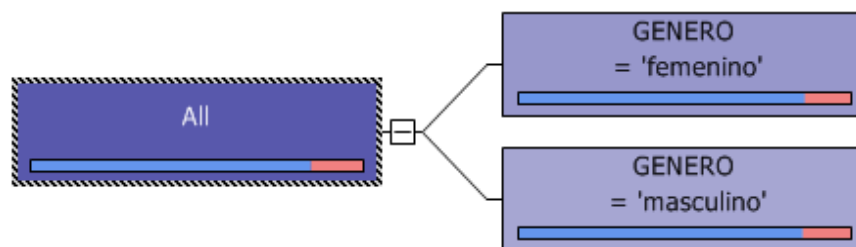
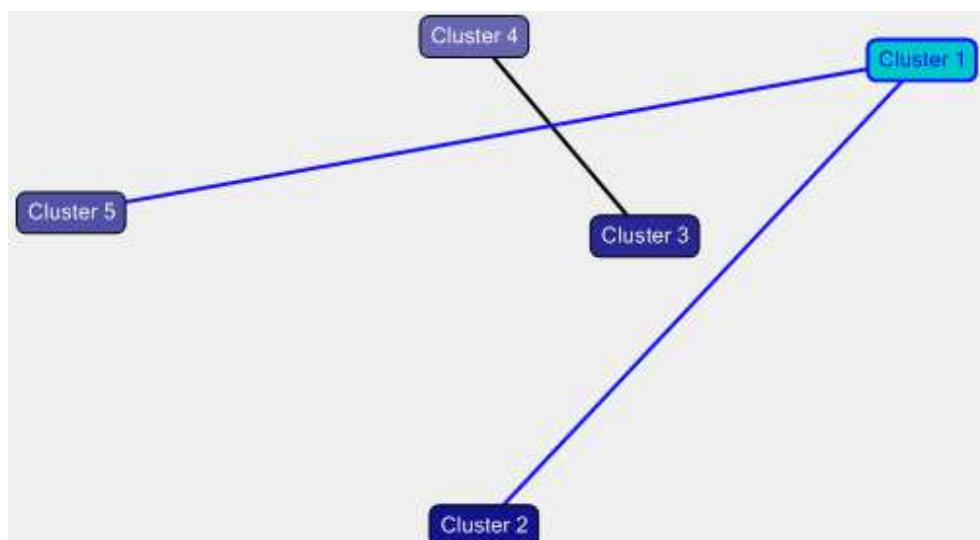


DIAGRAMA DEL CLUSTER



Características del clúster
Población (Todo)

Variables	Valores	Probabilidad
satisfecho	1	89 %
GENERO	femenino	55 %
GENERO	masculino	45 %
EDUCACIÓN	secundaria	36 %
ESTRATO	3	31 %
EDUCACIÓN	tecnico-tecnológico	28 %
EDAD	37 - 47	25 %
EDAD	27 - 36	25 %
EDAD	48 - 83	25 %
EDUCACIÓN	profesional	23 %
ESTRATO	4	22 %
ESTRATO	2	22 %
EDAD	14 - 26	18 %
ESTRATO	1	14 %
EDUCACIÓN	primaria	14 %
satisfecho	0	11 %
ESTRATO	5	7 %
ESTRATO	6	4 %
ESTRATO	ausente	1 %

Perfiles del clúster

Variables	Estados	Población (Todo)	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 5	Cluster 4
Tamaño		101	25	23	21	17	15
EDAD	Promedio	37	24,42	27,37	33,45	53,36	53,52
EDAD	Desviación	15,7	4,24	8,47	7,22	16,13	11,69
EDUCACIÒN	secundaria	36	24 %	80 %	12 %	22 %	34 %
EDUCACIÒN	tecnico-tecnológico	28	66 %	19 %	22 %	7 %	15 %
EDUCACIÒN	profesional	23	1 %	1 %	65 %	3 %	52 %
EDUCACIÒN	primaria	14	10 %	0 %	0 %	69 %	0 %
ESTRATO	3	31	48 %	26 %	35 %	25 %	14 %
ESTRATO	2	22	32 %	16 %	10 %	51 %	1 %
ESTRATO	4	22	1 %	20 %	44 %	0 %	47 %
ESTRATO	1	14	15 %	26 %	1 %	23 %	3 %
ESTRATO	5	7	0 %	12 %	4 %	0 %	19 %
ESTRATO	6	4	0 %	0 %	6 %	1 %	16 %
ESTRATO	ausente	1	4 %	0 %	0 %	0 %	0 %
GENERO	femenino	56	85 %	27 %	57 %	43 %	65 %
GENERO	masculino	45	16 %	73 %	43 %	57 %	35 %
satisfecho	1	90	85 %	93 %	90 %	93 %	85 %
satisfecho	0	11	15 %	7 %	10 %	7 %	15 %

Casos clasificados en: Cluster 1

GENERO	EDAD	EDUCACIÒN	ESTRATO	satisfecho	__RowIndex
masculino	19	tecnico-tecnológico	3	0	5
femenino	19	primaria	1	0	7
femenino	20	tecnico-tecnológico	2	1	8
femenino	20	tecnico-tecnológico	3	1	9
femenino	21	tecnico-tecnológico		1	12
femenino	21	tecnico-tecnológico	3	1	13
masculino	22	tecnico-tecnológico	3	0	16
femenino	22	tecnico-tecnológico	2	1	17
femenino	22	tecnico-tecnológico	2	1	18
masculino	23	tecnico-tecnológico	2	1	20
masculino	24	tecnico-tecnológico	3	1	22
femenino	24	primaria	1	1	24
femenino	24	secundaria	3	1	25
femenino	24	tecnico-tecnológico	3	1	26
femenino	25	primaria	2	1	28
femenino	26	tecnico-tecnológico	1	0	29
femenino	26	tecnico-tecnológico	3	1	31
femenino	26	tecnico-tecnológico	3	1	32
femenino	27	secundaria	3	1	34
femenino	27	tecnico-tecnológico	2	1	35
femenino	28	secundaria	3	1	38
femenino	28	tecnico-tecnológico	2	1	40
femenino	30	secundaria	3	1	43
femenino	31	secundaria	2	1	46
femenino	31	secundaria	3	0	48

Casos clasificados en: Cluster 2

GENERO	EDAD	EDUCACIÓN	ESTRATO	satisfecho	_RowIndex
masculino	14	secundaria	5	1	1
masculino	16	secundaria	5	1	2
femenino	17	secundaria	1	1	3
femenino	17	tecnico-tecnológico	4	1	4
femenino	19	secundaria	1	1	6
femenino	20	secundaria	4	1	10
masculino	21	secundaria	2	1	11
masculino	21	secundaria	1	1	14
masculino	21	tecnico-tecnológico	4	0	15
masculino	23	secundaria	1	1	19
masculino	23	secundaria	4	1	21
masculino	25	secundaria	1	1	27
masculino	26	secundaria	4	1	30
masculino	26	secundaria	2	1	33
masculino	27	secundaria	3	1	36
masculino	32	tecnico-tecnológico	2	1	50
femenino	33	secundaria	2	1	51
masculino	33	secundaria	5	1	52
masculino	35	tecnico-tecnológico	1	1	56
femenino	35	secundaria	3	1	57
masculino	37	secundaria	4	1	62
masculino	37	secundaria	1	1	63
masculino	42	secundaria	3	1	68

Casos clasificados en: Cluster 3

GENERO	EDAD	EDUCACIÓN	ESTRATO	satisfecho	__RowIndex
masculino	24	profesional	2	1	23
masculino	27	profesional	4	0	37
femenino	28	profesional	3	1	39
masculino	29	profesional	3	1	41
femenino	29	profesional	3	1	42
masculino	31	tecnico-tecnológico	3	1	44
femenino	31	profesional	6	1	45
masculino	31	profesional	4	1	47
masculino	32	profesional	4	1	49
femenino	33	profesional	5	1	53
femenino	33	profesional	4	1	54
femenino	34	tecnico-tecnológico	4	1	55
femenino	36	profesional	4	1	58
masculino	36	profesional	2	1	59
femenino	36	tecnico-tecnológico	3	1	60
masculino	37	profesional	3	1	64
femenino	38	tecnico-tecnológico	3	1	65
femenino	40	profesional	4	1	66
masculino	40	profesional	4	1	67
femenino	42	secundaria	3	1	69
femenino	44	tecnico-tecnológico	3	1	72

Casos clasificados en: Cluster 4

GENERO	EDAD	EDUCACIÒN	ESTRATO	satisfecho	__RowIndex
femenino	42	profesional	6	1	71
femenino	45	profesional	4	0	74
masculino	46	secundaria	4	1	77
masculino	48	secundaria	6	1	80
femenino	51	profesional	5	1	82
femenino	52	profesional	4	1	84
femenino	54	profesional	4	1	85
femenino	54	secundaria	3	1	86
femenino	54	tecnico-tecnológico	4	1	87
masculino	58	profesional	4	1	88
femenino	60	secundaria	4	0	91
masculino	60	profesional	6	1	92
masculino	61	profesional	4	1	93
femenino	68	tecnico-tecnológico	5	1	96
femenino	78	secundaria	5	0	100

Casos clasificados en: Cluster 5

GENERO	EDAD	EDUCACIÒN	ESTRATO	satisfecho	__RowIndex
femenino	37	primaria	2	1	61
masculino	42	primaria	3	1	70
femenino	44	secundaria	2	1	73
masculino	45	primaria	2	1	75
femenino	46	secundaria	1	1	76
masculino	47	primaria	1	1	78
masculino	47	secundaria	3	1	79
femenino	48	secundaria	2	1	81
femenino	52	primaria	2	1	83
femenino	58	primaria	2	1	89
masculino	58	primaria	2	0	90
masculino	62	tecnico-tecnológico	1	1	94
masculino	65	primaria	2	1	95
masculino	71	primaria	1	1	97
masculino	72	secundaria	3	1	98
masculino	73	primaria	3	1	99
femenino	87	primaria	3	1	101

ANEXO M. Matriz de aspectos importantes relacionados con satisfacción del cliente - procesos del servicio de Urgencias

	ponderación de acuerdo con la satisfacción del cliente	Servicio de Urgencias					
		admisiones	clasificación	valoración	ejecución tratamiento	egreso	Procesos de apoyo - infraestructura
El tiempo que tuvo que esperar para atender su urgencia	10	▲	●	▲	▲		
La respuesta del personal de la institución ante sus inquietudes o preguntas	5	▲	▲	●	●	▲	
La información que recibió en el servicio de urgencias acerca de su estado de	10			●	●		
La información y orientación que recibió en el servicio de urgencias acerca del	3			▲	●		
No tienen suficientes sábanas, almohadas, cobijas	1						●
El servicio prestado por apoyo diagnóstico (rayos x, laboratorio)	3				●		
Satisfacción con el ejercicio de sus derechos como paciente?	10	▲	▲	●	●	▲	
Importancia absoluta con relación aspectos - procesos		75	95	164	185	45	5
Importancia relativa		13,18%	16,70%	28,82%	32,51%	7,91%	0,88%

- Relación fuerte (valor de 5)
- ▲ Relación moderada (valor de 3)
- Relación débil (valor de 1)

ANEXO N. Matriz procesos del servicio de Urgencias - actividades de los procesos

	Importancia	Solicitud de autorización - comprobación de derechos	Firma del consentimiento informado	creación de usuarios en el sistema	valoración triage	Registro de paciente	Entrega de historia clínica a médico	Llamado de paciente	valoración médica	Toma de exámenes o muestras	Reporte de examen	valoración de exámenes	Envío del paciente a observación	Traslado del paciente para pequeña cirugía
	relativa													
Admisiones tiempo espera	13,18%	●	○	●										
Admisiones respuesta ante inquietudes	13,18%	●	○											
Admisiones satisfacción con el ejercicio de derechos	13,18%	▲	●	▲										
clasificación tiempo de espera	16,70%				●	▲	▲	●						
clasificación respuesta ante inquietudes	16,70%				●									
clasificación satisfacción con el ejercicio de derechos	16,70%				●			○						
valoración tiempo que tuvo que esperar para que atendieran su urgencia	28,82%								▲	●	●	▲		
valoración respuesta ante inquietudes	28,82%								●	○		●		
valoración información acerca de estado de salud	28,82%								●			●		
valoración información acerca de tratamiento	28,82%								●			●		
valoración apoyo diagnóstico	28,82%									●	●			
valoración satisfacción con el ejercicio de derechos	28,82%								●	▲	▲	●		
ejecución tiempo que tuvo que esperar para que atendieran su urgencia	32,51%												▲	▲
ejecución respuesta ante inquietudes	32,51%												○	○
ejecución información acerca de estado de salud	32,51%													
ejecución información acerca de tratamiento	32,51%												●	
ejecución apoyo diagnóstico	32,51%													
ejecución satisfacción con el ejercicio de derechos	32,51%												●	●
egreso ejecución respuesta ante inquietudes	7,91%													
egreso ejercicio de derechos	7,91%													
apoyo sábanas almohadas y cobijas	0,88%													
Importancia absoluta		1,71	0,92	1,05	2,50	0,50	0,50	1,00	6,63	4,04	3,75	6,63	4,55	2,93
Importancia relativa		1,96%	1,06%	1,21%	2,87%	0,57%	0,57%	1,15%	7,59%	4,62%	4,29%	7,59%	5,21%	3,35%

- Relación fuerte (valor de 5)
- ▲ Relación moderada (valor de 3)
- Relación débil (valor de 1)

ANEXO N. Matriz procesos del servicio de Urgencias - actividades de los procesos

[illegible]

-  Relación fuerte (valor de 5)
-  Relación moderada (valor de 3)
-  Relación débil (valor de 1)

ANEXO Ñ. Matriz actividades de los procesos - responsables

[illegible]

ANEXO O. Matriz actividades de los procesos - responsables ordenada según importancia relativa

[illegible]

ANEXO P. PLAN DE ACCIÓN A PARTIR DE LOS RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

PROCESO DEL SERVICIO DE URGENCIAS	ACTIVIDAD ASOCIADA AL PROCESO	RESPONSABLE	ASPECTO DEL SERVICIO EN EL QUE DEBE TRABAJARSE	ACTIVIDAD A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE DE IMPLEMENTAR ACTIVIDAD	RECURSOS REQUERIDOS	FECHA LIMITE DE IMPLEMENTACION	RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO	FECHA DE SEGUIMIENTO	META ASOCIADA AL ASPECTO Y/O LA ACTIVIDAD	RESULTADO DE SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES DEL CUMPLIMIENTO DE LA META
Ejecución del Tratamiento	* Valoración paciente por médico especialista.	* Médico General	Tiempo espera	1. Conocimiento de la demanda médicos especialista y de la demanda médicos para pacientes en observación mediante estudio.	Profesional de Planeación	Se requiere tiempo del profesional de planeación, computador, Sistema de Información de la Clínica	Primer semestre de 2012	Ing. de Calidad	Marzo de 2012 y Julio de 2012	Incrementar el nivel actual de satisfacción del cliente en este aspecto, en mínimo un 5%, en la medición del segundo semestre de 2012		
	* Seguimiento del paciente en observación	* Médico Especialista * Enfermera * Auxiliar de Enfermería	Respuesta a inquietudes	2. Sensibilización al personal de salud mediante divulgación de resultados de satisfacción del cliente	Jefe de Atención al Usuario	Tiempo personal de salud. Computador, medios audiovisuales, impresión de folleto	Febrero de 2012	Ing. de Calidad	Febrero de 2012	Divulgar los resultados al 100% del personal de salud.		
				2. Sensibilización mediante divulgación de resultados de satisfacción del cliente	Jefe de Atención al Usuario	Tiempo personal de salud. Computador, medios audiovisuales, impresión de folleto resumen	Febrero de 2012	Ing. de Calidad	Febrero de 2012	Divulgar los resultados al 100% del personal de salud. Incrementar el nivel actual de satisfacción del cliente en este aspecto, en mínimo un 5%, en la medición del primer semestre de 2012		
				3. Capacitación en servicio al cliente y derechos de los pacientes al personal de salud	Jefe de Atención al Usuario	Tiempo personal de salud. Computador, medios audiovisuales,	Febrero de 2012	Ing. de Calidad	Febrero de 2012	Capacitar al menos al 90% del personal de salud.		
			Información del estado salud	4. Incluir directrices de la información mínima a suministrar a los pacientes en el protocolo asociado a la actividad y divulgarlas al personal de salud	Profesional de Planeación	Tiempo profesional de planeación, computador, impresora	Febrero de 2012	Ing. de Calidad	Febrero de 2012	*Protocolo actualizado * Protocolo divulgado al 100% del personal de salud *Incrementar el nivel actual de satisfacción del cliente en estos aspectos, en mínimo un 5%, en la medición del primer semestre de 2012		
			Información del tratamiento	salud								
			Apoyo Diagnóstico	5. Conocimiento de la demanda de servicios requeridos por laboratorio y RX	Profesional de Planeación	Se requiere tiempo del profesional de planeación, computador, Sistema de Información de la Clínica	Primer semestre de 2012	Ing. de Calidad	Marzo de 2012 y Julio de 2012	Incrementar el nivel actual de satisfacción del cliente en este aspecto, en mínimo un 5%, en la medición del segundo semestre de 2012		
				6. Análisis de la cantidad de equipos (capacidad instalada) en laboratorio y RX según demanda actual	Profesional de Planeación	Se requiere tiempo del profesional de planeación, computador, Sistema de Información de la Clínica	Primer semestre de 2012	Ing. de Calidad	Marzo de 2012 y Julio de 2012	Elaboración de plan de adquisición de equipos y/o modernización de infraestructura		

ANEXO P. PLAN DE ACCIÓN A PARTIR DE LOS RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

PROCESO DEL SERVICIO DE URGENCIAS	ACTIVIDAD ASOCIADA AL PROCESO	RESPONSABLE	ASPECTO DEL SERVICIO EN EL QUE DEBE TRABAJARSE	ACTIVIDAD A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE DE IMPLEMENTAR ACTIVIDAD	RECURSOS REQUERIDOS	FECHA LIMITE DE IMPLEMENTACION	RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO	FECHA DE SEGUIMIENTO	META ASOCIADA AL ASPECTO Y/O ACTIVIDAD	RESULTADO DE SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES DEL CUMPLIMIENTO DE LA META
			Satisfacción de Ejercicio de Derechos	7. Informar al cliente de sus derechos y deberes mediante diversos mecanismos como: televisor sala de espera Urgencias, entrega de volantes, ubicación de carteles en carteleros o lugares informativos	Jefe de Atención al Usuario	Recursos para impresión de volantes, elaboración de video, de afiches o carteles. Tiempo de Auxiliares de Atención al Usuario	Primer trimestre de 2012	Ing. de Calidad	Marzo de 2012	* Al menos un mecanismo de divulgación implementado. *Incrementar el nivel actual de satisfacción del cliente en este aspecto, en mínimo un 5%, en la medición del primer semestre de 2012		
				3. Capacitación en servicio al cliente y derechos de los pacientes al personal de salud	Jefe de Atención al Usuario	Tiempo personal de salud. Computador, medios audiovisuales, impresión de folleto resumen	Febrero de 2012	Ing. de Calidad	Febrero de 2012	Capacitar al menos al 90% del personal de salud.		
				8. Identificar otro(s) criterio(s) de clasificación además del estado de salud, que permita dar prioridad a grupos especiales como tercera edad o niños	Profesional de Planeación	Se requiere tiempo del profesional de planeación, computador, Sistema de Información de la Clínica	Primer trimestre de 2012	Ing. de Calidad	Marzo de 2012 y Julio de 2012	* Propuesta de al menos un criterio adicional de priorización. *Incrementar el nivel actual de satisfacción del cliente en este aspecto, en mínimo un 5%, en la medición del segundo semestre de 2012		
Infraestructura	Definición y mantenimiento de infraestructura	Jefe de Planta Física Aux. Planta Física	Cantidad de sábanas, almohadas y cobijas	9. Revisión de la cantidad actual de sábanas, almohadas y cobijas vs demanda para identificar necesidad de compra	Jefe de Planta Física y Profesional de Planeación	Se requiere tiempo del profesional de planeación, computador, Sistema de Información de la Clínica. Recursos económicos para adquisición de implementos en caso de ser necesario, según la revisión realizada.	Primer trimestre de 2012	Ing. de Calidad		* Requerimientos identificados y adquiridos *Incrementar el nivel actual de satisfacción del cliente en este aspecto, en mínimo un 5%, en la medición del primer semestre de 2012		

ANEXO Q. Análisis de Causas de Aspectos susceptibles de mejora relacionados con la satisfacción del cliente

ASPECTO A ANALIZAR	POSIBLES CAUSAS				
	MANO DE OBRA	MATERIALES	MÉTODO	MAQUINARIA	MEDIO AMBIENTE
Demora en tiempo en ser atendido en valoración del médico especialista	Falta de médicos especialista		Desconocimiento de la demanda médicos especialista. Fallas en la comunicación entre consulta general y especializada		
Demora en tiempo en ser atendido en seguimiento y observación del paciente	Falta de médicos		Desconocimiento de la demanda médicos para pacientes en observación.		
Falla en la respuesta a inquietudes en la valoración del médico especialista	Falta de sensibilización hacia el servicio		Falta de capacitación en servicio al cliente		
Falla en la respuesta a inquietudes en el seguimiento y observación del paciente	Falta de sensibilización hacia el servicio		Falta de capacitación en servicio al cliente		
Falla en el suministro de información acerca del estado de salud en la valoración del médico especialista	Descuido. Falta de sensibilización hacia el servicio		Falta de capacitación en derecho de pacientes. Falta de un protocolo de atención que lo especifique.		
Falla en el suministro de información acerca del estado de salud en el seguimiento y observación del paciente	Descuido. Falta de sensibilización hacia el servicio		Falta de capacitación en derecho de pacientes. Falta de un protocolo de atención que lo especifique.		
Falla en el suministro de información acerca del tratamiento en la valoración del médico especialista	Descuido. Falta de sensibilización hacia el servicio		Falta de capacitación en derecho de pacientes. Falta de un protocolo de atención que lo especifique.		
Falla en el suministro de información acerca del tratamiento en el seguimiento y observación del paciente	Descuido. Falta de sensibilización hacia el servicio		Falta de capacitación en derecho de pacientes. Falta de un protocolo de atención que lo especifique.		
Falla en el servicio prestado por Ayudas Diagnósticas en la valoración del médico especialista	Falta de personal en el laboratorio y RX		Desconocimiento de la demanda de servicios requeridos por laboratorio y RX	Falta de equipos automatizados Falta renovación equipos	
Falla en el servicio prestado por Ayudas Diagnósticas en el seguimiento y observación del paciente	Falta de personal en el laboratorio y RX		Desconocimiento de la demanda de servicios requeridos por laboratorio y RX	Falta de equipos automatizados Falta renovación equipos	

ANEXO Q. Análisis de Causas de Aspectos susceptibles de mejora relacionados con la satisfacción del cliente

ASPECTO A ANALIZAR	POSIBLES CAUSAS				
	MANO DE OBRA	MATERIALES	MÉTODO	MAQUINARIA	MEDIO AMBIENTE
Falla en los derechos del pacientes en la valoración del médico especialista	Descuido. Falta de conciencia del personal de salud		Falta de capacitación en derecho de pacientes. Falta de información del cliente de sus derechos y deberes		
Falla en los derechos del pacientes en el seguimiento y observación del paciente	Descuido. Falta de conciencia del personal de salud		Falta de capacitación en derecho de pacientes. Falta de información del cliente de sus derechos y deberes		
Demora en tiempo en ser atendido en Clasificación	Falta de médicos para atender las urgencias		Desconocimiento de la demanda médicos requeridos para Urgencias. La priorización de pacientes puede mejorarse		
Falla en el suministro de sábanas, cobijas y almohadas		Falta de mantenimiento de sábanas, cobijas almohadas.	Desconocimiento demanda de pacientes que requieren esos implementos Demora en la limpieza de esos implementos Fallas en la identificación de la necesidad de reposición de los implementos		