

**DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE MEJORA DE SERVICIO AL CLIENTE EN LA  
CLÍNICA ASOTRAUMA**

**JOSE ALONSO OVIEDO MONROY**

**TESIS DE MAESTRÍA**



**FACULTAD DE INGENIERÍA  
PROGRAMA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL  
MAESTRÍA EN GERENCIA DE LA CALIDAD  
IBAGUÉ  
2015**

# **DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE MEJORA DE SERVICIO AL CLIENTE EN LA CLÍNICA ASOTRAUMA**

## **TESIS DE MAESTRÍA**

**Estudiante:  
JOSE ALONSO OVIEDO MONROY**

**Directora:  
Dra. Andrea Conchado Peiró**



**FACULTAD DE INGENIERÍA  
PROGRAMA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL  
MAESTRÍA EN GERENCIA DE LA CALIDAD  
IBAGUÉ  
2015**

## DEDICATORIA

*A **Dios** por sus incontables bendiciones.*

*A mi **madre** por permitirme contar con ella a cada momento, dándome ánimo, energía y compartiéndome de su sabiduría.*

*A mi **padre** por mostrarme el mundo del saber siendo ejemplo en el mismo.*

*A mi **hermana** por enseñarme que la constancia y el esfuerzo si llevan a la meta.*

*A mi **sobrino** por darme alegría todos los días.*

*A mi **esposa** por ser mi apoyo, mi música, mi sol y mi luna, la alegría de mi corazón.*

*“Se alcanza el éxito convirtiendo cada paso en una meta y cada meta en un paso”  
Carlos Cortez.*

## AGRADECIMIENTOS

No habría podido llegar al feliz término de éste trabajo sin la colaboración de varias personas y entidades a quienes, con el corazón, doy infinitas gracias por estar presentes en las distintas etapas de su elaboración.

En primer lugar quiero expresar mi gratitud a mi directora de tesis la Doctora Andrea Conchado Peiró, por su confianza, apoyo, colaboración, por su aliento en cada fase del desarrollo del proyecto y por compartir sus saberes conmigo.

A la ingeniera Martha Pérez cuya preocupación y apoyo, hizo posible que mi trabajo se desarrollara de manera satisfactoria.

A la gerencia y funcionarios de la Clínica Asotrauma por ser parte de este emprendimiento y por permitirme acceder a la información base de este estudio. Especialmente al Médico Juan Carlo Basto y a la Ingeniera Pilar Huertas, por su decidido apoyo.

A los docentes de la Universidad de Ibagué que compartieron sus conocimientos, dentro y fuera de clase, haciendo posible que mi formación profesional se resumiera en satisfacciones académicas e inquietudes insatisfechas en continua indagación.

A mi familia por estar de mi lado en cada momento, por soportarme, por sus consejos, por tenderme la mano cuando mis fuerzas faltaban, por enseñarme siempre con el ejemplo más que con palabras, por brindarme amor incondicional, por enderezar mi camino en los momentos en que me desviaba, gracias preciosa mamá, inteligente papá, esforzada hermana, cariñoso sobrino y mi siempre amada esposa.

A mis muy contados amigos, a quienes no hay que nombrar pero que son Andrés Arciniegas y Diego Quintero, motor y ejemplo de dedicación.

Finalmente, a todos aquellos a quienes no nombré y que de alguna manera ayudaron en la realización de este trabajo. Gracias.

## TABLA DE CONTENIDO

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN .....	10
1.1 INTRODUCCIÓN.....	10
1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	15
1.3 MODELO DE INVESTIGACIÓN .....	15
1.3.1 Hipótesis.....	15
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	16
1.5 OBJETIVOS .....	18
1.5.1 General.....	18
1.5.2 Específicos .....	18
2. MARCO DE REFERENCIA .....	20
2.1 SERVICIOS DE SALUD .....	20
2.1.1 Sistema de Salud en Colombia.....	21
2.1.2 Instituciones Prestadoras de Salud – IPS. ....	22
2.2 CLÍNICA ASOTRAUMA.....	23
2.2.1 Procesos de la clínica Asotrauma. ....	24
2.3 SERVICIOS .....	24
2.3.1 Propiedades de los servicios. ....	25
2.4 DEFINICIÓN DE CALIDAD.....	26
2.4.1 Calidad impulsada por el cliente. ....	26
2.5 CALIDAD DE SERVICIO PERCIBIDA .....	27
2.5.1 Calidad de los servicios de salud.....	28
3. ASPECTOS METODOLÓGICOS .....	31
3.1 PARTICIPANTES .....	31
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	33
3.3 DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN.....	34
3.4 DELIMITACIÓN ESPACIAL Y TEMPORAL .....	34
3.5 FUENTE DE INFORMACIÓN Y TRABAJO DE CAMPO.....	34
3.5.1 Fase Descriptiva.....	34
3.6 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA .....	34
3.7 HERRAMIENTAS PARA LA MEDICIÓN DE PERCEPCIÓN DE CALIDAD	35

3.7.1 SERVQUAL .....	35
3.7.2 SERVPERF .....	36
3.7.3 SERVQHOS. ....	37
3.7.4 ANOVA .....	38
3.7.5 Alpha de Cronbach .....	39
4. ANÁLISIS DE DATOS .....	40
4.1 ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD DEL CUESTIONARIO .....	40
4.2 MEDICIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN .....	40
4.3 NIVEL DE SATISFACCIÓN POR TIPO DE INGRESO .....	42
4.4 NIVEL DE SATISFACCIÓN EN CONSULTA EXTERNA .....	43
4.5 CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS .....	45
4.6 ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES SERVQUAL .....	47
4.6.1 Análisis de la dimensión Capacidad de respuesta. ....	47
4.6.2 Análisis de la dimensión Fiabilidad. ....	47
4.6.3 Análisis de la dimensión Empatía .....	48
4.6.4 Análisis de la dimensión Seguridad .....	48
4.6.5 Análisis de la dimensión Tangibilidad .....	49
4.7 ESTRATEGIAS DE MEJORA .....	50
4.7.1 Estrategia 1 .....	51
4.7.2 Estrategia 2 .....	51
4.7.3 Estrategia 3 .....	51
4.7.4 Estrategia 4 .....	51
4.7.5 Estrategia 5 .....	51
5. IMPLICACIONES .....	52
6. CONCLUSIONES .....	54
7. APORTES Y LIMITACIONES .....	56
8. REFERENCIAS .....	57

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Género de participantes.....	31
Tabla 2. Situación laboral. ....	32
Tabla 3. Satisfacción global por razón de ingreso.....	42
Tabla 4. Tiempo de espera en relación con la satisfacción. ....	43
Tabla 5. Media del nivel de satisfacción del tiempo de espera de consulta externa versus otros servicios. ....	44
Tabla 6. Satisfacción en el tiempo de espera por tipo de ingreso. ....	45
Tabla 7. Satisfacción global por Actividad.....	46
Tabla 8. Satisfacción global por nivel de estudios.....	47
Tabla 9. Media de la dimensión Capacidad de respuesta.....	48
Tabla 10. Media de la dimensión Fiabilidad. ....	48
Tabla 11. Media de la dimensión Empatía. ....	48
Tabla 12. Media de la dimensión Seguridad. ....	49
Tabla 13. Media de la dimensión Tangibilidad. ....	49

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Proyecciones de población del Tolima 2005-2020. ....	10
Figura 2. Esquema del Sistema de Salud Colombiano .....	22
Figura 3. Mapa de procesos de la clínica Asotrauma.....	24
Figura 4. Variables que intervienen en la prestación del servicio. ....	25
Figura 5. Estudios realizados.....	32
Figura 6. Razón de ingreso a la clínica. ....	33
Figura 7. Dimensiones de la calidad del servicio según el SERVQUAL. ....	36
Figura 8. Nivel de satisfacción por ítem medido.....	41
Figura 9. Tiempo promedio de atención por servicio.....	42
Figura 10. Gráfico de caja y bigotes del nivel de satisfacción con respecto al tiempo de espera de usuarios de consulta externa vs usuarios de otros servicios. ....	44
Figura 11. Promedio del nivel de satisfacción global por Género.....	45
Figura 12. Satisfacción global por Estado civil. ....	46
Figura 13. Comparación de medias de las dimensiones del SERVQUAL obtenidas en el estudio .....	49
Figura 14. Causas del alto tiempo de espera.....	50



## LISTA DE ANEXOS

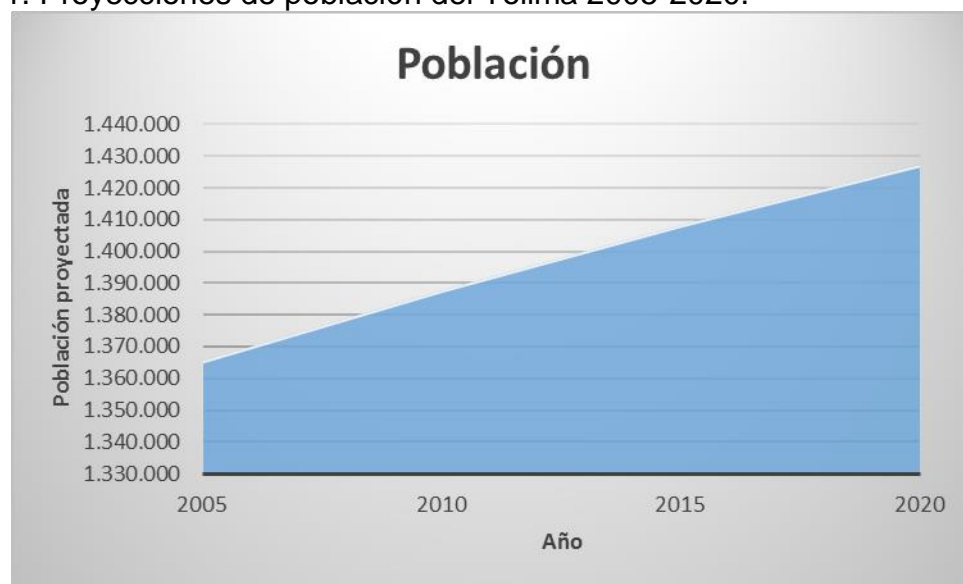
Anexo A. Modelo de encuesta .....	60
-----------------------------------	----

## 1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.1 INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho fundamental de los colombianos. Es así como la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud del Ministerio de Protección Social (Ministerio de la Protección Social, 2005) plantea como propósito principal garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios de salud de la población. Lo anterior es la principal razón para desarrollar propuestas de mejora de las empresas de salud en el Tolima, en donde se encuentra una densidad poblacional creciente, de alrededor del 3% anual (ver Figura 1) , lo que incrementa la demanda por servicios médicos de calidad y una atención eficiente y oportuna (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2009).

Figura 1. Proyecciones de población del Tolima 2005-2020.



Fuente: (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2009)

Las empresas que prestan servicios de salud, llámese hospital, clínica o trabajador independiente, juegan un rol vital en la sociedad. La inexistencia de estrategias adecuadas para la correcta atención al cliente en este sector es un problema latente.

En japonés la palabra *okyakusama*, significa tanto cliente como huésped honorable. Las organizaciones de clase mundial están obsesionadas con satisfacer y exceder

las expectativas del cliente. Esta ha de ser la línea base para las empresas que quieran mantenerse y crecer en el muy competitivo mundo empresarial, y sabiendo esto, la calidad y la preocupación constante de los centros hospitalarios nacionales por su mejora continua es cada vez mayor, tanto desde el punto de vista de la planificación de la asistencia clínica como de la gestión de los procesos asistenciales tanto extra como intrahospitalarios.

Para que una empresa pueda mantenerse en el mercado debe evaluar su competitividad y tomándolo como punto de partida, diseñar estrategias tendientes a mejorar. Uno de los elementos que define la competitividad de las empresas es la satisfacción del cliente. La satisfacción es una herramienta de diagnóstico que se basa en las expectativas y la medición de su desempeño, y tanto la primera como la segunda son dinámicas, lo que implica que las empresas deben medirlas regularmente, ahora bien, los deseos y necesidades de los clientes, en este caso en particular, de los pacientes, son la base de la ventaja competitiva, y está claro que el aumento de la participación en el mercado tiene elevada correlación con la satisfacción del cliente.

Durante los últimos años, por no decir décadas, la calidad de los servicios se ha convertido en un eje fundamental de los negocios, influyendo en el desempeño, la disminución de costos, la fidelidad del cliente y por supuesto la rentabilidad. Los servicios de salud no escapan a esta megatendencia en la gestión empresarial.

El servicio de salud, como cualquier otro servicio, es susceptible de mejoras. En los últimos años, la calidad en los servicios de salud ha sido un área de interés para los investigadores y gerentes debido a su impacto en el desempeño de los negocios, la reducción de costos, la lealtad del cliente y la rentabilidad. En Colombia, los servicios de salud no han sido ajenos a esta tendencia, ya que el auge del modelo de competencia administrada, precisa que los proveedores locales compitan precio, calidad, y satisfacción del consumidor para poder mantenerse en el mercado.

En Colombia se han probado diversas metodologías en la medición y evaluación de la calidad de servicios de salud como el cuestionario SERVQUAL pero con los resultados obtenidos, no se permiten realizar generalizaciones. Esta situación revela la necesidad de llevar a cabo investigaciones con otros modelos teóricos, como el SERVPERF, por ejemplo.

El boletín 018 de marzo de 2007 de la Procuraduría General de la Nación demuestra las alarmantes conclusiones de un estudio del Ministerio Público sobre la gestión de

las EPS en Colombia, entre ellas el trato inhumano, exigencias desbordadas, discriminación e inconsistencias (Procuraduría General de la Nación, 2007).

Desde los primeros estudios sobre la calidad de vida de los colombianos en los años sesenta, se han recopilado datos destinados a establecer la situación de salud y el uso de la atención médica. Si bien estos trabajos no han indagado de forma directa en la calidad, sí permiten la obtención indirecta de indicios sobre sus problemas.

Si bien existe un intento mundial por medir la calidad en los servicios de salud, son pocos los trabajos enfocados a generar estrategias de mejora al cliente en los servicios de salud. El trabajo de Mayer, Cates, Mastorovich y Royalty (1998), concluye que si se utiliza la estrategia de entrenamiento del personal médico y paramédico en técnicas de atención al cliente, las quejas disminuyen, las felicitaciones aumentan al igual que la satisfacción en los pacientes. También sugiere que dicha formación puede ofrecer una ventaja sustancial de mercado competitivo, así como mejorar la percepción de los pacientes sobre la calidad y los resultados.

Otros estudios como el de “el desarrollo de un modelo de calidad total para servicios de salud” (Cheng Lim & Tang, 2000), es un caso de estudio, en donde la gestión hospitalaria se mejora por medio de la implementación de la función de calidad donde las estrategias se desarrollan a través de una asociación entre los administradores y los clínicos para la prestación de asistencia sanitaria de calidad total.

La mayoría de los estudios se limitan a la medición de la percepción del cliente de la calidad del servicio.

Ahora bien, en Colombia los servicios de salud están reglamentados por la Ley 100 de 1993, y la misma en el artículo 153 numeral 9 declara que la calidad es un aspecto crítico: *“El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia”* (Congreso de la República de Colombia, 1993). Estos retos llevan a pensar en que la calidad de los servicios de salud en Colombia deben atender dos factores, los aspectos técnicos y los aspectos funcionales (Donabedian A. , 1980), más aún, cuando en un régimen mercantilista derivado de la privatización

de la salud, el precio pagado decreta el acceso a los servicios, aun cuando no debiera ser así.

El Ministerio de Salud y Protección Social (2006) por medio de la Oficina de Calidad ha establecido como sus objetivos estratégicos que la gestión de sus políticas deben estar enfocadas en lograr mejores resultados en salud, mejorar la experiencia del usuario cuando entra en contacto con los servicios de salud y hacer el mejor uso posible de los recursos en cada atención brindada, lo cual hace pensar que es de gran importancia para el estado y los ciudadanos contar con servicios de salud que se preocupen no solo por sus buenas prácticas técnicas sino por humanizar esas prácticas.

El decreto 1011 de 2006 en su artículo segundo define la atención en salud como “el conjunto de los servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población” (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2006).

El primer capítulo del presente trabajo nos sumerge en el planteamiento de la investigación, abarcando el problema investigativo, el modelo de investigación entre otros aspectos.

El segundo capítulo discurre sobre la conceptualización para poder vislumbrar la investigación; está dividido en cinco ejes temáticos, a saber, los servicios de salud, la clínica Asotrauma, los servicios y la conceptualización de la calidad de servicio percibida.

El tercer capítulo versa de la metodología utilizada para el desarrollo de la investigación así como el diseño de los instrumentos necesarios para la recolección de los datos.

En el cuarto capítulo se analizan los datos comenzando por la validación del cuestionario para que, seguidamente, se determine el nivel de satisfacción percibido por los pacientes y se intente dar respuesta a las hipótesis planteadas.

En los capítulos cinco, seis y siete, se exponen las conclusiones, aportes y recomendaciones que han surgido propias de la elaboración del trabajo

investigativo. Las conclusiones esbozan los resultados principales emanados del trabajo y las recomendaciones que formulan algunas consideraciones a futuro que deben tenerse en cuenta al realizar un trabajo que contemple la medición de satisfacción del cliente.

## **1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

La percepción que tiene un paciente sobre la calidad de la prestación del servicio de salud la determina su nivel de calidad (Grönroos, 1984), (Vandamme & Leunis, 1993), que puede ser analizada bajo diez dimensiones (Parasuram, Zeithaml, & Berry, 1985), a saber: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, profesionalidad, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, comunicación y comprensión al cliente. Es allí en donde se centrará la investigación, pues, si bien los aspectos técnicos de la prestación del servicio son relevantes, han gozado de mayor cuidado por parte de los prestadores del servicio, mientras se ha descuidado el lado humano y la perspectiva del paciente en los términos de ofrecer calidad.

En Colombia, existe una carencia de estudios directamente relacionados a conocer los aspectos que un colombiano usuario de servicios de salud tiene presente para definir su nivel de satisfacción con el mismo, específicamente, la clínica Asotrauma de la ciudad de Ibagué no cuenta con estudios que permitan generar estrategias de mejora de la calidad en el servicio al paciente.

Dada esta problemática, la pregunta general de investigación que se formula en este proyecto es:

¿Qué aspectos se deben tener en cuenta para mejorar la calidad en el servicio al cliente de la clínica Asotrauma?

## **1.3 MODELO DE INVESTIGACIÓN**

Para alcanzar a cumplir el objetivo de la investigación, se desarrollaron tres etapas: caracterización, identificación de factores críticos y formulación de estrategias de mejora.

### **1.3.1 Hipótesis**

De los fundamentos y prácticos propios del sector salud, se formula como hipótesis general que los clientes de los servicios de salud (pacientes) tienen un alto nivel de expectativas en cuanto a la prestación del servicio y que las actividades desarrolladas por el prestador del servicio son susceptibles de mejora.

**H1:** Los pacientes que han ingresado a la clínica por haber sufrido un accidente de tránsito tienen un nivel de satisfacción mayor que los pacientes que han ingresado por cualquier otro motivo.

**H2:** Las personas que han utilizado el servicio de consulta externa están menos satisfechas que aquellas quienes ingresan por el servicio de urgencias.

**H3:** Las características de las personas influyen en el nivel de expectativas en cuanto a la atención recibida por el personal médico y paramédico.

**H4:** Los clientes de los servicios de salud tienen un nivel de satisfacción percibida más alto en las dimensiones de fiabilidad y seguridad que en las de empatía, tangibilidad y capacidad de respuesta.

**H5:** Es posible generar estrategias de mejora. En la medida en que se detecten los puntos críticos en donde hay insatisfacción en la prestación del servicio de la clínica y se generen estrategias que lo mitiguen, la percepción de calidad por parte de los pacientes aumentará.

## 1.4 JUSTIFICACIÓN

Esta investigación encuentra su existir al saber que una gran cantidad de la población nacional tiene inconvenientes con la prestación del servicio de salud, tal y como lo revela la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012) basado en los parámetros del Alto Tribunal relacionados principalmente con la negación de los servicios de salud, que si bien no se centra en el servicio al cliente de los usuarios, si indaga la manera en que los usuarios perciben la EPS a la cual están afiliados, arrojando resultados que dejan mucho que desear, puesto que el acceso oportuno a los servicios de salud es negado para el 42% de los afiliados debido a que deben esperar más de tres días para que se les asigne una cita con médico general, esto por no hablar de los demás servicios.

Según la Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud (Defensoría del Pueblo, 2009), el índice de satisfacción de usuarios de salud (ISUS) es del 66.2%, cifra muy similar a la obtenida en 2005



(67.7%), pero que de sus tres componentes, dos muestran retroceso y solo uno avance. La percepción medida de los usuarios se basa solamente en el acceso a los servicios, sin medir ninguna otra variable, y aun así, revelan un descontento con la red de prestadores ofrecida por la entidad aseguradora. En el Tolima el índice de 56.51% reduciendo en 9.97% el índice medido en 2005.

Según el diario El Espectador (2012), en su edición del 30 de octubre de 2012, en los últimos 5 años más de 550.000 personas tuvieron que reclamar a las EPS vía tutela, demostrando la inconformidad de los usuarios del sistema de salud.

La Superintendencia de salud, en 2011 recibió 122.823 quejas, la mayoría relacionadas con la multiafiliación, las desafiliaciones equivocadas y los traslados de afiliados (23.387), en un segundo lugar, los colombianos reclaman una falta de oportunidad en las citas (21.336), también se quejan por la deficiencia en la calidad de la prestación del servicio (16.479), otras 8.666 solicitudes son por problemas que están relacionados con la autorización de consultas con especialistas, finalmente, los colombianos reclaman sobre asuntos relacionados con la autorización de procedimientos como cirugías y exámenes de laboratorio, en este caso se presentaron 5.631 quejas (Otros autores, 2012).

En entrevista de Semana.com con Donald Berwick, reconocido profesor de pediatría y políticas de atención en salud de la Escuela de Medicina de Harvard, asesor de la Comisión de Protección al Consumidor y Calidad de la Industria del Cuidado de la Salud durante el gobierno de Bill Clinton y administrador del Center for Medicare & Medicaid Services (CMS) hasta diciembre pasado en el gobierno actual del presidente Barack Obama, Berwick asegura que una de las claves para mejorar la calidad del servicio de salud es que los pacientes sean la prioridad, tratados dignamente, sin demoras y de forma eficiente. También asevera que el sistema ideal de cuidado y atención es aquel en el que todos los servicios forman un solo equipo y se preocupan por las necesidades del paciente, sabiendo que a pesar de que los trabajadores del sector (doctores, enfermeras terapeutas, farmaceutas) hacen su mejor esfuerzo por tratar a los pacientes, en ocasiones el sistema falla y no supe las necesidades de los usuarios. El problema, por lo general, no es de los médicos sino del sistema al que pertenecen, pues el diseño de la mayoría hace difícil que se reconozcan las necesidades del paciente (Berwick, 2012).

La ley 100 en su artículo 153 fundamenta el servicio público sobre la calidad de tal manera que el sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida

el gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia (Congreso de la República de Colombia, 1993). El decreto 1011 de 2006 entiende la calidad de la atención de salud como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2006). En varios aspectos se puede observar un intento por los prestadores del servicio por ofrecer calidad en los aspectos técnicos dejando a un lado el aspecto funcional.

Considerando esta descripción bibliográfica emerge la consigna de que el interés del presente trabajo se centra en el estudio de en qué medida la satisfacción con el personal médico y de enfermería, así como el entorno en donde se presta el servicio, influye en la determinación de las distintas dimensiones de la calidad percibida por los pacientes en relación con el proceso asistencial y con el hospital en general, para alcanzar el diseño de estrategias de satisfacción de la misma por los clientes de la clínica Asotrauma de Ibagué.

Conociendo todo lo anterior, se hace pues necesario, desarrollar estrategias de calidad que permitan alcanzar niveles óptimos de disenso entre las expectativas y las percepciones del servicio en los usuarios del mismo, comenzando en el entorno local, como lo es la ciudad de Ibagué.

## **1.5 OBJETIVOS**

### **1.5.1 General**

Diseñar estrategias de satisfacción de la calidad percibida por los clientes de la clínica Asotrauma de Ibagué.

### **1.5.2 Específicos**

- Identificar los principales servicios y procesos que ofrece la clínica a fin de ser estudiados.

- Evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes de la clínica Asotrauma.
- Realizar el análisis de las debilidades y fortalezas encontradas en la evaluación del nivel de satisfacción obtenido.
- Diseñar una estrategia para el mejoramiento de la calidad percibida por los clientes de la clínica, basada en el diagnóstico de problemas de atención al cliente.

## 2. MARCO DE REFERENCIA

### 2.1 SERVICIOS DE SALUD

Según Kerr y Trantow (1969) los servicios de salud son los que prestan los médicos, odontólogos, enfermeras y demás personal en hospitales, oficinas, clínicas, en casa o cualquier lugar en donde se mantenga o reestablezca la salud. El decreto 1011 de 2006 considera a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes como prestadores de servicios de salud, sabiendo que las IPS son los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

Estos servicios de salud son preventivos, los cuales están enfocados en mantener la salud de la persona; y los curativos o de rehabilitación, que tienen el propósito de restituir la salud a enfermos y discapacitados. Atención de Salud, se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2006).

Lo anterior nos enmarca en la demanda de los servicios de salud, pero esta demanda tiene las siguientes particularidades:

- La necesidad es igual a la demanda: El servicio de salud es demandado por las necesidades del paciente de recuperar o mantener su salud, no por la oferta existente. Un paciente debe tener la atención médica que necesita y no la que esté dispuesta a pagar.
- Rol secundario del paciente: se le asigna al individuo, a los grupos y al entorno un papel secundario en el proceso, pues no se reconoce la importancia que adquiere tanto el contexto en el que se presta el servicio ni las características, sociales, culturales, ni psicológicas del usuario (Gómez & Ramírez, 1990). Esto hace que los servicios de salud respondan más bien a las necesidades de quienes prestan el servicio y no de quienes lo reciben.
- Incertidumbre: los pacientes desconocen el resultado de sus enfermedades sin la ayuda de los médicos y no pueden prever el resultado del tratamiento con toda seguridad.
- Contiene un elemento estocástico importante: dependiendo de muchas

causas la salud de una persona puede variar, desde una epidemia hasta una alteración emocional, pasando por los antecedentes familiares o culturales.

- No depende de las tarifas del servicio: no interesa el precio del servicio, la necesidad de retomar o conservar la salud hace a las personas demandar el servicio.
- Elementos distorsionantes en el sistema: la intervención del estado y la cantidad de financiamiento hace que se limite el servicio. En Colombia debido al modelo establecido por la Ley 100 se ve claramente al obligar a solo prestar un conjunto limitado de garantías en salud.
- Calidad técnica difícil de medir: dado por el hecho de que es difícil de observar y por la inseparabilidad propia del servicio prestado y los resultados del tratamiento.

**2.1.1 Sistema de Salud en Colombia.** Según la OMS (2013) un sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo prioritario es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud, éste debe proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud son: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.

La configuración del Sistema de Salud Colombiano se presenta en la Figura 3. El eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con sus dos regímenes, el régimen contributivo y el régimen subsidiado. El primero, afilia a los trabajadores asalariados y pensionados y a los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. El segundo, afilia a todas las personas sin capacidad de pago. Además existen regímenes especiales que afilian a los trabajadores de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, Ecopetrol, el Magisterio y las universidades públicas (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio, & Vásquez, 2011).

El régimen contributivo opera con base en una cotización de sus afiliados, mientras que el régimen subsidiado se financia de un subsidio cruzado del régimen contributivo y otros fondos fiscales procedentes de impuestos generales. La afiliación al sistema es obligatoria y se hace a través de las Entidades Promotoras de Salud, públicas o privadas, encargadas de ofrecer como mínimo el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el POS-S para los afiliados al régimen subsidiado.

Las EPS entregan los fondos reunidos de las cotizaciones al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), el cual devuelve a las mismas el monto equivalente a la unidad de pago por capitación (UPC) ajustado por riesgo, de acuerdo con el número

de afiliados que tengan. El pago capitado en el régimen subsidiado es análogo (aunque no se ajusta por riesgo) y se denomina UPC-S (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio, & Vásquez, 2011).

Figura 2. Esquema del Sistema de Salud Colombiano



Fuente: (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio, & Vásquez, 2011)

**2.1.2 Instituciones Prestadoras de Salud – IPS.** Según la Ley 100 de 1993, las IPS son las entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los usuarios del SGSSS dentro de las EPS o fuera de ellas.

**2.1.2.1 Niveles de complejidad y de atención del servicio Conforme a la Resolución 5261 de 1994.** Los servicios de salud se categorizan dependiendo de la magnitud y severidad de las necesidades en:

**Baja complejidad.** Son aquellos servicios de atención ambulatoria, de hospitalización básica, así como las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Dentro de este grupo se incluyen los servicios de consulta médica general, atención odontológica, atención inicial y de estabilización

de urgencias y partos de baja complejidad, servicios básicos de ayuda diagnóstica y medicamentos esenciales.

**Mediana complejidad.** Son los servicios de atención ambulatoria especializada no quirúrgica ni intervencionista. Incluye la atención de especialidades básicas como pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecobstetricia, internación las 24 horas y valoración de urgencias. Además ofrecen servicios de consulta externa por especialistas y laboratorios clínicos especializados.

**Alta complejidad.** Son los servicios de salud que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, con atención por especialista las 24 horas. Además, incluye servicio de urgencias especializadas, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal.

## 2.2 CLÍNICA ASOTRAUMA

La clínica Asotrauma es una IPS de carácter privado especializada en la prestación de servicios de salud de mediana complejidad con énfasis en la atención integral de trauma, ortopedia y cirugía plástica, para los pacientes de SOAT, ARP, particulares y EPS.

Los servicios que se ofertan en esta clínica son:

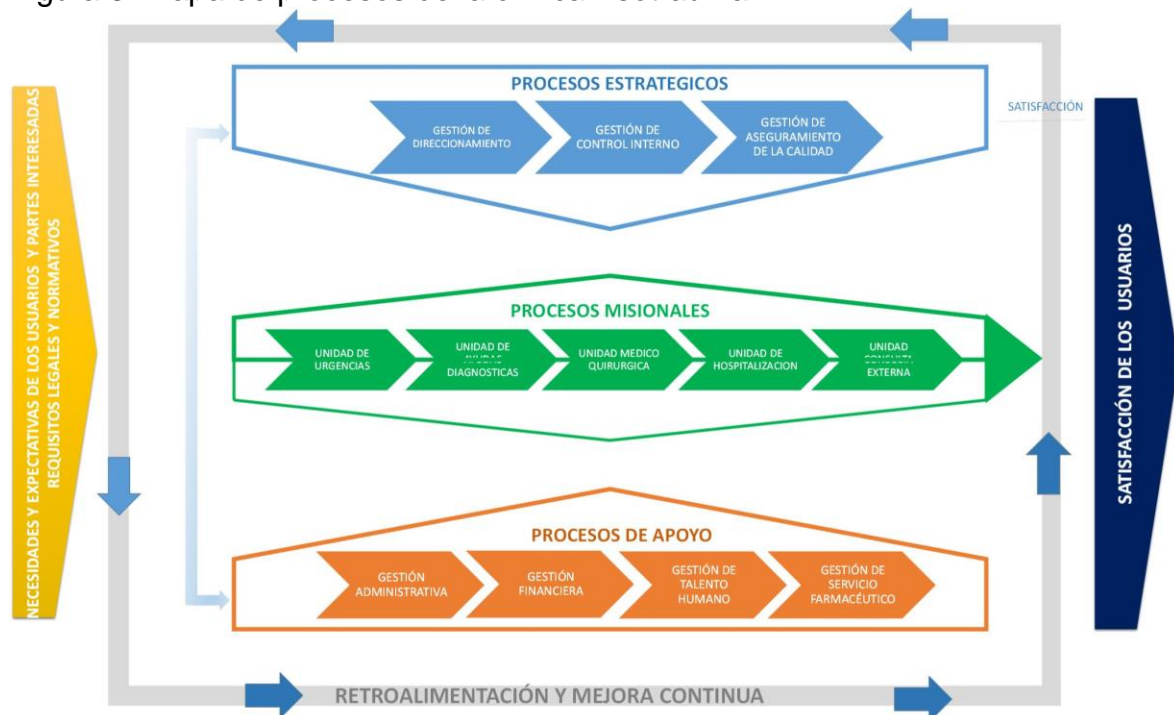
- Ortopedia: Consulta especializada ambulatoria, consulta de urgencias, cirugía programada de ortopedia, cirugía de urgencia, cirugía artroscópica, ortopedia maxilar, consulta externa especializada ambulatoria, consulta de urgencias.
- Cirugía de mano: Consulta externa sub-especializada, cirugía de mano.
- Cirugía plástica: Consulta ambulatoria, consulta de urgencias, cirugía reconstructiva, cirugía estética.
- Cirugía general: Interconsulta para manejo integral de trauma, cirugía urgencia, cirugía ambulatoria.
- Urología: Consulta externa especializada, cirugía urológica.
- Oftalmología: Consulta externa especializada ambulatoria.
- Neurocirugía: Consulta especializada, interconsulta para manejo integral de trauma.
- Cirugía Maxilofacial: Consulta externa especializada, cirugía Maxilofacial.



- Servicios de apoyo diagnóstico: Rayos x, intensificador de imagen quirófano, Rx portátil, laboratorio clínico, escanografía (outsourcing Traumascan).
- Servicios de apoyo terapéutico: Terapia física.

**2.2.1 Procesos de la clínica Asotrauma.** La clínica Asotrauma maneja en la actualidad 12 procesos, que se enumeran de la siguiente manera: Procesos estratégicos: Gestión de direccionamiento, gestión de control interno gestión de aseguramiento de la calidad; procesos misionales: Unidad de urgencias, unidad de imágenes diagnósticas, unidad médico-quirúrgica, unidad de hospitalización y unidad de consulta externa; procesos de apoyo: Gestión administrativa, gestión financiera, gestión de talento humano y gestión de servicio farmacéutico. Lo anterior se observa de manera más clara en la siguiente gráfica:

Figura 3. Mapa de procesos de la clínica Asotrauma.



Fuente: (Clínica Asotrauma, 2014)

## 2.3 SERVICIOS

Harrington y Harrington, definen el concepto de servicio como una contribución al bienestar de los demás y mano de obra útil que proporciona un bien tangible

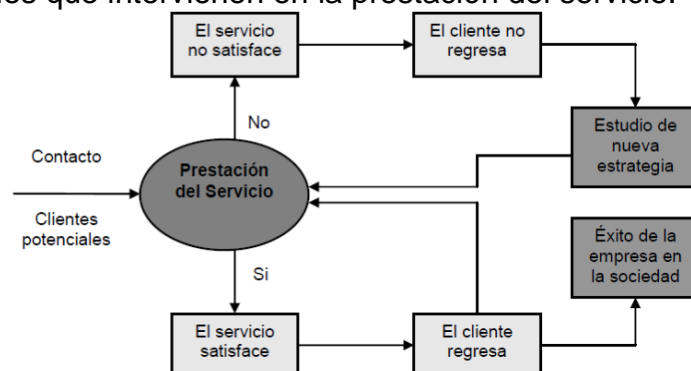


(Harrington H & Harrington, 1997). Fontalvo (2010) define un proceso de servicios como la generación de un bien intangible que proporciona bienestar a los clientes.

**2.3.1 Propiedades de los servicios.** Según Fontalvo (2010) los servicios presentan la siguiente serie de características y propiedades:

- Son intangibles.
- Se prestan por única vez.
- Se producen y consumen de forma simultánea.
- En el proceso de prestación del servicio juega un papel importante el cliente.
- Una vez prestado el servicio no se puede corregir.
- Para garantizar la calidad en la prestación del servicio hay que planificar la prestación de éste con bastante anterioridad.
- Deben establecerse responsabilidades concretas para satisfacer las características y expectativas del cliente.
- La prestación del servicio es muy personal.
- En la prestación del servicio es difícil la estandarización, por lo cual existen muchas posibilidades de cometer errores.
- La prestación del servicio se caracteriza por transacciones directas.
- Intervienen una gran cantidad de procesos.
- Existe una retroalimentación directa con el cliente en el momento de la prestación del servicio.
- Muchas veces la prestación de un servicio (algo intangible) está asociado o interviene con un bien tangible.
- La prestación no adecuada del servicio determina la pérdida inmediata de un cliente.

Figura 4. Variables que intervienen en la prestación del servicio.



Fuente: (Fontalvo, 2010)

En la Figura 4, se aprecian las variables que intervienen en la prestación de cualquier servicio, se puede estimar que si el servicio no satisface al cliente, el mismo no regresa, caso en el cual la organización debe estudiar nuevas estrategias para mantener al cliente.

## 2.4 DEFINICIÓN DE CALIDAD

Debido, en parte, a que las personas consideran la calidad de acuerdo con diversos criterios basados en sus funciones individuales dentro de la cadena de valor de producción-comercialización, la calidad puede ser un concepto confuso. En un estudio, en que se pidió a los administradores de 86 empresas del este de Estados Unidos definir la calidad, se obtuvieron varias respuestas (Zemke, 1989), entre las que se destacan:

- Perfección.
- Consistencia.
- Eliminación de desperdicios.
- Velocidad de entrega.
- Observaciones de las políticas y procedimientos.
- Proveer un producto bueno y útil.
- Hacerlo bien a la primera.
- Complacer o satisfacer a los clientes.
- Servicio y satisfacción total para el cliente.

**2.4.1 Calidad impulsada por el cliente.** En 1978, el American National Standards Institute (ANSI) y la American Society for Quality (ASQ) estandarizaron las definiciones oficiales de la terminología relacionada con la calidad. Estos grupos definieron la calidad como "la totalidad de los rasgos y características de un producto o servicio en que se sustenta su capacidad para satisfacer determinadas necesidades" ( American National Standard, 1978). Esta definición obedece en gran manera a los enfoques basados en el producto y el usuario y es promovida por la necesidad de dar valor agregado a los clientes y, de esta manera, inferir de manera directa en la satisfacción y la preferencia. A finales de la década de 1980, muchas empresas empezaron a utilizar una definición más sencilla, pero intensa, de la calidad impulsada por el cliente: La calidad es satisfacer o exceder las expectativas del cliente.

## 2.5 CALIDAD DE SERVICIO PERCIBIDA

Se pueden encontrar infinidad de definiciones de calidad, la norma NTC ISO 9000:2005 (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, 2005) define a la calidad como el *“grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”*.

Grönroos (1988), luego de estudiar los conceptos de calidad del servicio dados por Levitt (1972), quien incursionaba en la medición de la calidad de los servicios y quien afirmó principalmente que se deberían aplicar a los servicios las técnicas de control de calidad que se aplican a la manufactura; nos dice que los productos y los servicios tienen características diferentes, y la principal diferencia radica en que los servicios son procesos, no cosas. Otra característica es que el consumo y la producción emergen simultáneamente. Tal relación hace que surja el concepto de calidad del servicio percibida, es decir, al juicio global, o actitud, relacionada con la superioridad del servicio.

Parasuram, Zeithaml y Berry (1985), proponen una definición en la cual la calidad del servicio nace como el resultado de comparar las expectativas o deseos del cliente contra sus percepciones respecto al servicio recibido por parte del proveedor; entendiendo por expectativas a los pensamientos que crean en el consumidor un marco de referencia a partir del cual hace comparaciones entre lo esperado y lo percibido, a lo que se llama paradigma disconfirmatorio. Las percepciones son definidas como creencias del cliente con respecto al servicio experimentado. Entendiendo lo anterior, surgen cuatro consecuencias importantes:

- La calidad de los servicios es más difícil de evaluar que la de los bienes,
- La propia naturaleza de los servicios conduce a una mayor variabilidad de su calidad,
- La valoración de la calidad, por parte del cliente, se da mediante una comparación entre expectativas y resultados, y
- Las evaluaciones de la calidad hacen referencia tanto a los resultados como a los procesos de prestación del servicio.

Estas características que diferencian los servicios, obligan a conocer qué aspectos son los que los clientes utilizan para evaluar el servicio y cuál es la percepción que tienen sobre los mismos orientando la evaluación hacia el proceso, más que al resultado (Grönroos, 1994), Esta perspectiva supone admitir que la determinación

de la calidad en los servicios debe estar basada fundamentalmente en las percepciones que los clientes tienen sobre el servicio (Gröngroos, 1994) (Parasuram, Zeithaml, & Berry, 1985), con lo que se introduce el concepto de calidad percibida de los servicios, que ha sido la forma de conceptualizar la calidad predominante en el ámbito de los servicios.

**2.5.1 Calidad de los servicios de salud.** La orientación de los servicios médicos hacia la satisfacción de los pacientes y usuarios implica que cuando se habla de calidad se tengan presentes dos dimensiones íntimamente asociadas: por una parte, la aplicación de la ciencia para la solución de un problema (calidad científico-técnica) y, por otra, la calidad percibida por el usuario (Donabedian A. , 1966). Esta última derivará, entre otros factores, de cómo se produzca la interacción entre el paciente y los profesionales que prestan los servicios, así como de las expectativas que previamente se haya formado aquél.

La calidad en los servicios de salud ha tenido varias aproximaciones de medición, pero básicamente dos enfoques, el primero emana de los trabajos de Donobedian (1980, 1988), define la calidad en los servicios de salud como la habilidad de alcanzar objetivos deseables haciendo uso de medios legítimos. Esta definición ve al servicio de salud desde lado técnico, dejando a un lado al paciente y el servicio que se le presta, solo interesándose en alcanzar el objetivo deseable, es decir, el estado conforme de salud.

Otro enfoque dicta que la percepción de un paciente sobre la prestación del servicio determina su nivel de calidad. Esta definición es más congruente con la reportada en la literatura sobre calidad del servicio desde la perspectiva de Grönroos (1984), Vandamme y Leunis (1993), pues adopta la subjetividad de una prestación de servicios.

Grönroos en su libro Marketing y gestión de servicios (Gröngroos, 1994), ilustra que la interacción entre organización y clientes se divide en:

- Interacciones con el personal médico (actitud, atención al cliente, destrezas en la extracción de sangre).
- Interacciones con el departamento de servicios al cliente (actitud, rapidez en responder a las llamadas telefónicas, respuestas rápidas y exactas a las preguntas).
- Interacciones con el ambiente de la sala de espera (espacio, limpieza, aglomeraciones).

- Interacciones con otros clientes (comunicación entre pacientes).
- Interacciones con el sistema de pago o facturación (formas de pago que se pueden escoger, prontitud, facilidad de comprensión de facturas y recibos).
- Interacciones con los sistemas para fijar horas de visita (tiempo de espera del servicio).
- Interacciones entre los médicos (remisión de pacientes al laboratorio) y el departamento de servicios al cliente (actitudes, rapidez en responder a las llamadas telefónicas, respuestas rápidas y exactas a las preguntas, resultados de las visitas, seguimiento).
- Interacciones entre médicos y mensajeros (actitud, rapidez, amabilidad).

Entonces esto hace que la calidad percibida por un usuario de servicios de salud se vea afectada por el contacto que tiene con todo este grupo de personas.

Ahora, Lehtinen (1983, 1986) habla del concepto de participación del cliente, explicando que el cliente influye en el servicio que percibe. Del cliente se espera tomar una serie de datos, el llena documentos, suministra información, emplea máquinas, entre otras cosas y todo esto influye en la prestación del servicio, pues dependiendo de la preparación y la voluntad al hacerlo hará o no mejorar el servicio. Por ejemplo, si un paciente, por alguna razón, no puede informar de manera correcta sobre sus dolencias, el doctor no podrá realizar un diagnóstico correcto y por lo tanto el tratamiento no va a ser el adecuado. Se perjudica el servicio prestado por el médico.

En la participación del cliente (paciente) se pueden observar aspectos como:

- ¿Tienen los pacientes el conocimiento suficiente y necesario para identificar su necesidad o problema?
- ¿Comprenden bien los clientes las limitaciones temporales implicadas?
- ¿Desea el paciente colaborar en el proceso?
- ¿Pueden los médicos obtener información adicional con rapidez?

Se hace visible que la relación médico-paciente está sufriendo una transformación radical en las últimas décadas. Así, desde una situación inicial en la que el médico era el decisor fundamental, se ha pasado a una relación centrada en la capacidad de decisión del paciente, quien utilizando una información suficiente y adecuada, dispone de la soberanía de decidir sobre su propia salud.

El relativo cuestionamiento de la práctica médica y la transformación de los pacientes, que se han convertido en clientes o consumidores, ha de acompañarse de cambios en el modelo de servicio. La organización debe buscar la satisfacción de sus clientes, entendida ésta como una actitud positiva individual hacia las distintas dimensiones de los servicios de salud, producida por comparación entre las expectativas sobre el servicio que espera recibir y la percepción del servicio prestado.

### 3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

#### 3.1 PARTICIPANTES

El universo de los participantes del estudio de satisfacción de clientes estuvo constituido por todas aquellas personas que utilizaron los servicios de la clínica Asotrauma relleno un cuestionario físico, algunos de los cuales lo hicieron mientras estaban hospitalizados y los demás justo después de haber recibido el servicio (llámese imagen diagnóstica, consulta especializada, etc.). Un auxiliar de investigación pasó los cuestionarios explicando el objetivo de la encuesta y tomando los datos en algunos casos y en otros (una buena parte de los pacientes hospitalizados), luego de explicar el objetivo, dejaba a los pacientes el cuestionario para que cuando lo tuviesen a bien, lo rellenaran.

Las personas encuestadas fueron el 100% de los pacientes hospitalizados durante el periodo de toma de datos y el 10% de los pacientes que tomaron los otros servicios.

Se encuestaron un total de 110 personas siendo la mayoría hombres, a saber, de las personas que participaron en el estudio, hubo un 67,3% de participantes masculinos y un 32,7% de respondientes femeninos (ver Tabla 1).

Tabla 1. Género de participantes.

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Hombre</b>	74	67,30%
<b>Mujer</b>	36	32,70%
<b>Total</b>	110	100%

Fuente: El autor.

El promedio de edad de los colaboradores fue de 36,11 años con un mínimo de 9 y un máximo de 80, la moda fue 25 años.

En cuanto a la situación laboral de los encuestados, la gran mayoría se declaró estar empleado (65,1%). Como se observa en la Tabla 2, un 12,8% de los participantes se encuentran estudiando y un 10,1% está desempleado, un porcentaje menor es ama/o de casa o está jubilado (9,2% y 2,8%, respectivamente).

Tabla 2. Situación laboral.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Jubilado	3	2,70%	2,80%
Trabajando	71	64,50%	65,10%
Ama de casa	10	9,10%	9,20%
Estudiante	14	12,70%	12,80%
Desempleado	11	10%	10,10%
Perdidos	1	0,90%	0%
Total	110	100%	100%

Fuente: El autor.

En la Figura 5 se ilustra que tan solo el 10,9% de los encuestados tiene estudios universitarios en contraste con el 61,8% que cuenta con educación secundaria y el restante 27,3% no tiene estudios o solo cuenta con estudios primarios (0,9% y 27,3% respectivamente).

Figura 5. Estudios realizados.



Fuente: El autor.

Del total de los ingresos a la clínica se aprecia que la gran mayoría provienen de accidentes de tránsito con un 51,9%, seguido de diferentes traumatismos con el



12% y accidentes laborales que suman un 11%, otras razones llegan al 25%, como se puede advertir en el gráfico del a Figura 6.

Figura 6. Razón de ingreso a la clínica.



Fuente: El autor.

### 3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal. Descriptivo, dado que, como punto de partida de la investigación, se debe lograr la caracterización de los servicios ofertados por la clínica. Cuantitativo en cuanto a que uno de los objetivos plantea el diagnóstico de las condiciones en las cuales se desarrolla el servicio prestado por la clínica, entonces se ejecutó la recolección de la información pertinente. Su naturaleza transversal es ocasionada por el hecho de que no es una investigación experimental.

Este proyecto tiene un enfoque de estudio de caso a razón que se analizó el nivel de satisfacción percibida de los pacientes de la clínica Asotrauma y sus posibles causas para generar la estrategia de mejora. Como fuente primaria de información se utilizó la encuesta.

### 3.3 DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN

La población de interés son los pacientes mayores de 14 años de edad o sus acompañantes en caso de que no puedan escribir y los acompañantes de los menores de 14 años de la clínica Asotrauma de la ciudad de Ibagué.

### 3.4 DELIMITACIÓN ESPACIAL Y TEMPORAL

Las delimitaciones consideradas para la investigación fueron espacial y temporal.

La delimitación espacial: La encuesta para medir la calidad percibida se desarrolló en el barrio Cádiz de la ciudad de Ibagué, específicamente en la clínica Asotrauma, en todos sus servicios con especial atención en el servicio de hospitalización.

La delimitación temporal: Este estudio se realizó del 15 de julio al 15 de agosto de 2014.

### 3.5 FUENTE DE INFORMACIÓN Y TRABAJO DE CAMPO

Con el enfoque descriptivo, cuantitativo y transversal que se describió anteriormente, se utilizó como fuente de información primaria se utilizó la encuesta.

**3.5.1 Fase Descriptiva.** La investigación descriptiva fue desarrollada a través de encuestas a los pacientes de la clínica Asotrauma con el propósito de conocer el nivel de satisfacción percibida de la asistencia hospitalaria de la que ha sido objeto por parte de los funcionarios de la clínica.

### 3.6 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Dada la población objetivo del estudio, se procedió a establecer la muestra que permitirá obtener la información para establecer las expectativas de los pacientes. Se ha decidido realizar un muestreo simple, para ello la muestra se calculó bajo la

estimación de un total de 400 pacientes atendidos mensualmente en la clínica, con la siguiente fórmula:

Ecuación 1. Fórmula para el cálculo del tamaño muestral.

$$n = \frac{NZ^2\sigma^2}{E^2(N-1) + Z^2\sigma^2}$$

Fuente: (González, Carmona, & Rivas, 2007)

Donde:

- N: Tamaño de la población
- $\sigma$ : Varianza poblacional
- Z: Coeficiente de confiabilidad
- E: Error máximo admitido

Con N igual a 400 pacientes, nivel de confianza del 95%, lo que hace que el coeficiente de confiabilidad sea 1.96, una varianza máxima (en una escala de 1 a 5) sería 2.5 y un error máximo admitido del 5%; el tamaño de la muestra es de 78 pacientes. En el estudio se han encuestado 110 personas.

### 3.7 HERRAMIENTAS PARA LA MEDICIÓN DE PERCEPCIÓN DE CALIDAD

**3.7.1 SERVQUAL.** Los estudios formales de calidad del servicio tienen su inicio con los trabajos de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985), ellos desarrollan un modelo de calidad en el servicio en el que se presenta a ésta como un constructo multidimensional. Concluyen en que: Las percepciones de calidad de los clientes están influenciadas por una serie de diversas diferencias (Gaps) que ocurren en el lado del oferente. Y proponen la necesidad de examinar la naturaleza de la asociación entre la calidad del servicio percibida por el cliente y sus determinantes.

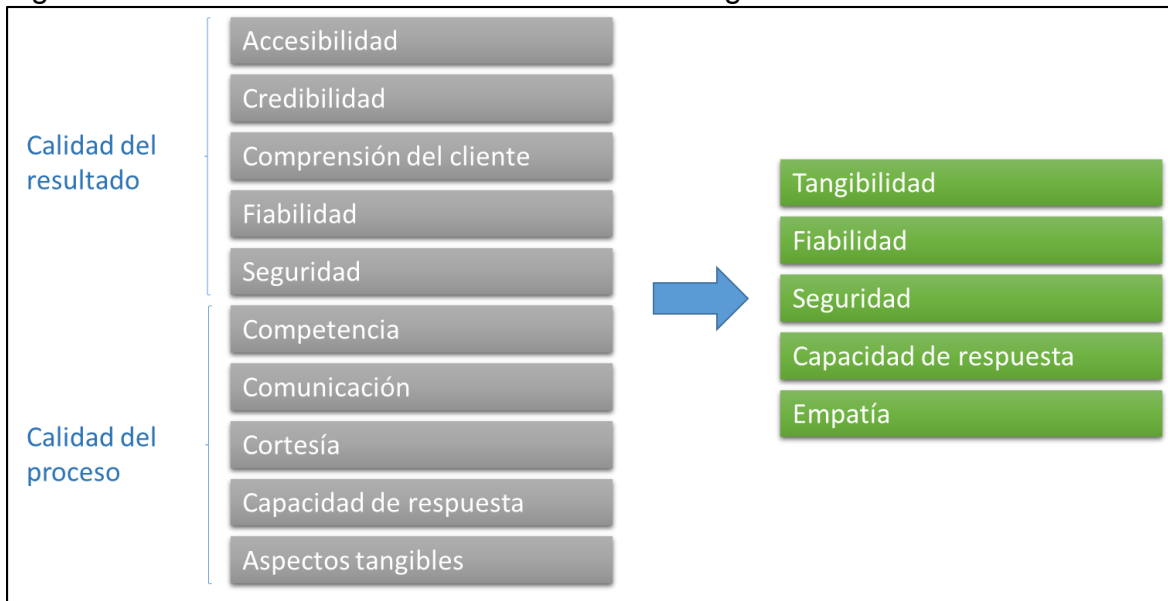
En el modelo se identificaron los siguientes determinantes de dichas diferencias o dimensiones (Gaps):

- Fiabilidad
- Sensibilidad
- Competencia

- Acceso
- Cortesía
- Comunicación
- Credibilidad
- Confianza
- Conocimiento del Cliente
- Tangibilidad

De estas diez dimensiones en su trabajo posterior las reducen a cinco, tal como se aprecia en la Figura 7.

Figura 7. Dimensiones de la calidad del servicio según el SERVQUAL.



Fuente: El autor.

El SERVQUAL asume que los clientes establecen la calidad del servicio en función de la diferencia entre las expectativas acerca de lo que recibirán y las percepciones de lo que se les entrega. Concluyen en que los factores encontrados que son determinantes en la calidad del servicio, principalmente implican comunicación y procesos de control que deben ser analizados a través de datos cuantitativos de estudios exploratorios.

**3.7.2 SERVPERF.** De acuerdo con Cronin y Taylor (1992, 1994), el modelo SERVPERF (Service Performance), basado únicamente en el desempeño del proveedor en el encuentro de servicios, es la mejor opción para medir la calidad del

servicio, esto se debe a que explica mejor la varianza total en la medida de la calidad del servicio; además, posee mejores atributos psicométricos. Está compuesto de los mismos ítems del SERVQUAL con la diferencia que elimina lo que hace referencia a las expectativas del cliente.

Esta escala intenta superar las limitaciones de utilizar las expectativas en la medición de la calidad percibida, sin definir específicamente el tipo y el nivel de expectativas a utilizar (expectativas de desempeño, experienciales, predictivas, normativas, entre otras). En conclusión, es la misma escala, pero varía el enfoque de evaluación y las preguntas en los instrumentos.

**3.7.3 SERVQHOS.** De la discusión anterior acerca de las falencias que tiene el SERVQUAL y las cualidades de los servicios de salud es que surge la investigación para crear un cuestionario para medir la calidad percibida de la atención hospitalaria basada en SERVQUAL, adoptando el nuevo formato de respuesta sugerido por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1994), para superar las dificultades metodológicas del cuestionario original (Mira, y otros, 1998).

En este cuestionario a diferencia de las puntuaciones SERVQUAL, altas puntuaciones SERVQHOS hacen referencia a aspectos valorados positivamente por los pacientes, ya que se refieren a circunstancias del cuidado o de la asistencia que resultaron mejor de lo que ellos esperaban. Esta nueva disposición despliega ventajas apreciables, por su facilidad para responder, ha hecho que la tasa de respuesta triplique en cantidad la obtenida por el SERVPERF (López, Escribano, & Landa, 2005).

El estudio de validación del SERVQHOS *“ha demostrado su capacidad para discriminar entre los pacientes satisfechos e insatisfechos, basándose en diferentes criterios habitualmente considerados de buena práctica... Del mismo modo, las puntuaciones SERVQHOS han demostrado suficiente interrelación con una medida global de la satisfacción del paciente. Una ventaja adicional de este tipo de instrumentos es que permite identificar oportunidades de mejora y, por tanto, capacita para la toma de decisiones a la Dirección y al staff”* (Mira, y otros, 1998).

El cuestionario SERVQHOS ha sido específicamente diseñado para el ámbito hospitalario público de España y según sus autores con pequeños matices podría utilizarse en otros países de habla hispana y que reúne la ventaja de un número reducido de ítems (19), facilidad y rapidez de la respuesta, que abarca los elementos básicos en la evaluación de la calidad percibida, incluyendo la calidad de la atención sanitaria y que, a diferencia de otras propuestas, combina expectativas y

percepciones para obtener una medida compatible con el “paradigma disconfirmatorio”. Hay que enfatizar que se trata de una medida de calidad percibida y, por lo tanto, no de la calidad técnica que ofrece el hospital. Es un instrumento, en definitiva, que utilizado periódicamente ofrece la oportunidad de monitorizar el nivel de calidad percibida por los pacientes y detectar áreas potenciales de mejora.

**3.7.4 ANOVA.** El Análisis de la Varianza (ANOVA) de un Factor es útil cuando se desea comparar diversos grupos en una variable cuantitativa. Se entiende, entonces, que es una generalización de la Prueba T para dos muestras independientes al caso de diseños con más de dos muestras. Una variable nominal u ordinal es quien define los grupos que se pretenden comparar y se nombra como variable independiente (VI). La variable cuantitativa en la que se procura comparar los grupos se llama variable dependiente (VD).

La hipótesis que se pone a prueba con el ANOVA de un factor es que las medias poblacionales (las medias de la VD en cada nivel de la VI) son iguales. Si tales medias son iguales, es indicador de que los grupos no difieren en la VD y que, en consecuencia, la VI es, efectivamente, independiente de VD.

La táctica para poner a prueba la hipótesis de equivalencia entre medias radica en obtener un estadístico llamado F, quien refleja el grado de semejanza existente entre las medias que se están comparando. *“El numerador es una estimación de la varianza poblacional basada en la variabilidad existente entre las medias de cada grupo:  $\sigma_1^2 = n\sigma_y^2$ . El denominador también es una estimación de la varianza poblacional pero basada en la variabilidad existente dentro de cada grupo:  $\sigma_2^2 = \bar{S}_j^2$  donde j se refiere a los distintos grupos del factor. Entonces se tiene la ecuación que sigue para el factor F (Universidad Complutense de Madrid, 2010)”*:

Ecuación 2. Factor F

$$F = \frac{\sigma_1^2}{\sigma_2^2} = \frac{n\sigma_y^2}{\bar{S}_j^2}$$

Fuente: (Depool Rivero & Monasterio, 2013)

Para realizar el análisis se debe tener en cuenta que si las medias poblacionales son iguales, entonces las medias muestrales han de ser semejantes, en tal situación el coeficiente F concurrirá a 1. Ahora bien, si las medias muestrales son diferentes,

F tomará un valor mayor que 1. Cuanto más diferentes sean las medias, mayor será el valor de F.

**3.7.5 Alpha de Cronbach.** La fiabilidad puede definirse como el grado de precisión que ofrece una medición, entonces, para ser fiable, una escala debe tener la capacidad de exhibir resultados consistentes en mediciones sucesivas del mismo fenómeno. Logra determinarse mediante un coeficiente de confiabilidad, el cual corresponde a un índice que da cuenta de la razón entre la varianza de la puntuación verdadera de la escala y la varianza total y tiene como objetivo determinar, probabilísticamente, el grado de variación atribuible a errores aleatorios no vinculados a la construcción del instrumento.

El coeficiente alfa fue descrito en 1951 por Lee J. Cronbach (1951). Es un índice usado para medir la confiabilidad del tipo consistencia interna de una escala, es decir, para evaluar la magnitud en que los ítems de un instrumento están correlacionados. En pocas palabras, permite evaluar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo. En tanto más se acerque el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. El valor mínimo aceptable para el coeficiente alfa de Cronbach es 0,70; por debajo de ese valor la consistencia interna de la escala utilizada es baja. Se debe tener en cuenta que el valor de alfa es afectado directamente por el número de ítems que componen la escala. A medida que se incrementa el número de ítems, se aumenta la varianza sistemáticamente colocada en el numerador, de tal forma que se obtiene un valor sobreestimado de la consistencia de la escala; de igual manera, se debe considerar que el valor del alfa de Cronbach se puede sobreestimar si no se considera el tamaño de la muestra: a mayor número de individuos que completen una escala, mayor es la varianza esperada.

## **4. ANÁLISIS DE DATOS**

En este capítulo se presentan los estadísticos descriptivos de los datos recolectados en el presente estudio, para tal fin se utilizó el paquete de analítica descriptiva SPSS® Versión 20.0 para Windows.

### **4.1 ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD DEL CUESTIONARIO**

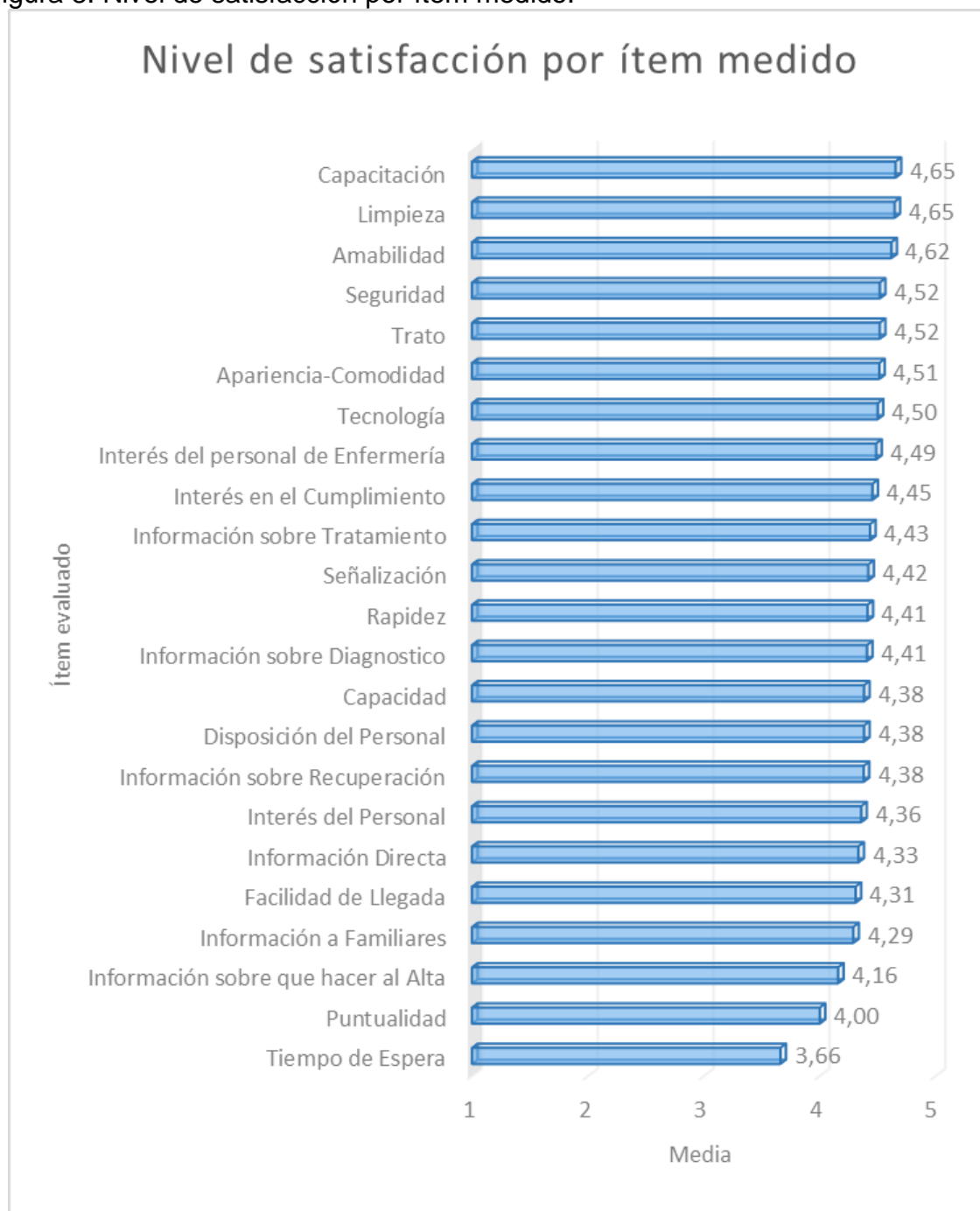
Se calculó el índice de consistencia interna alpha de Cronbach para el cuestionario SERVQHOS y para cada una de sus cinco dimensiones; y los resultados obtenidos indican que el índice de consistencia interna para el cuestionario global es satisfactorio (0,97) y para las cinco dimensiones que lo componen también, así: Capacidad de respuesta 0,87; Fiabilidad 0,85; Empatía 0,91; Seguridad 0,94 y Tangibilidad 0,91.

### **4.2 MEDICIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN**

En la Figura 8 se puede apreciar como los pacientes de la clínica Asotrauma tienen una alta percepción de la calidad en todos los ítems evaluados, notándose un nivel superior en los valores para la capacitación, limpieza y amabilidad con medias de 4,65 los dos primeros y el último 4,62. De la misma forma se considera la información sobre el qué hacer al ser dado de alta, la puntualidad y el tiempo de espera, como los ítems que generan mayor insatisfacción dentro de los pacientes con medias de 4,16, 4 y 3,66 correspondientemente, destacando los dos últimos por estar directamente relacionados y teniendo el tiempo de espera una media inferior a 4 como ya se puntualizó anteriormente.



Figura 8. Nivel de satisfacción por ítem medido.



Fuente: El autor.

### 4.3 NIVEL DE SATISFACCIÓN POR TIPO DE INGRESO

Se pretende conocer el nivel de satisfacción de los pacientes según la razón por la cual han ingresado a la clínica, para esto se tabulan las medias en la Tabla 3.

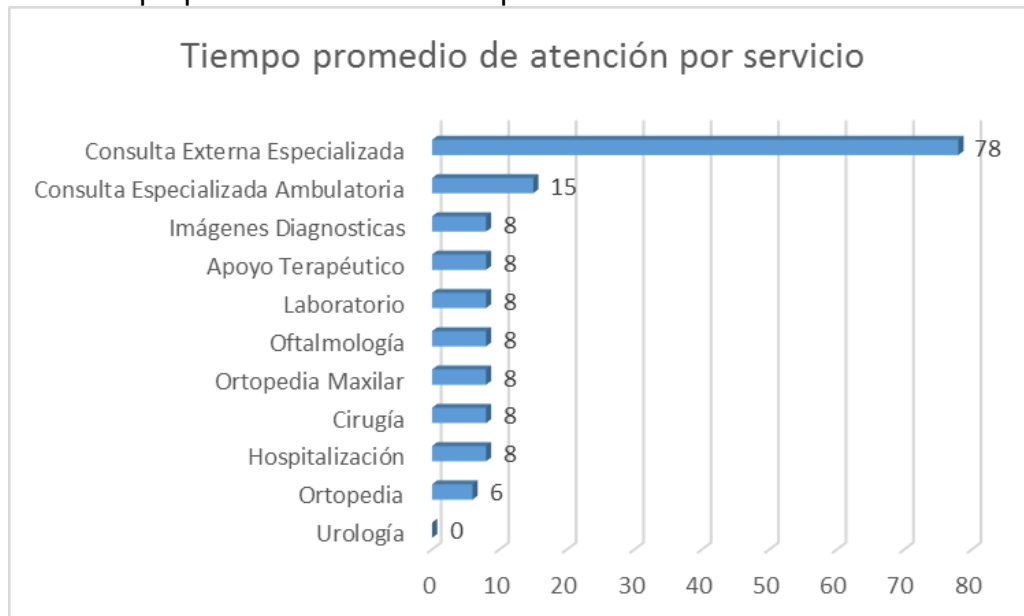
Tabla 3. Satisfacción global por razón de ingreso.

Razón de Ingreso	Media	N	Desv. típ.
Accidente de tránsito	3,18	56	0,92
Accidente Laboral	3,50	12	0,52
Traumatismo	3,54	13	0,66
Otros	3,11	27	0,51
Total	3,24	108	0,77

Fuente: El autor.

Aparentemente no hay diferencias significativas en la satisfacción en función del tipo de ingreso, el análisis de ANOVA indica un factor F de 1,47 y nivel de significancia de 0,22. Sin embargo, si miramos las diferencias, existen y son bastante notables. Es posible que el test estadístico resulte no significativo por el bajo número de respuestas en alguno de los grupos.

Figura 9. Tiempo promedio de atención por servicio



Fuente: El autor.

Analizando si el tiempo promedio de espera para recibir los servicios de la clínica depende del servicio al cual se ingresa, en la Figura 9 se aprecia que definitivamente este tiempo depende del servicio que recibe el paciente, siendo el servicio de Consulta externa especializada quien se tarda más para atender a un paciente con una media de 78 minutos, seguido por la consulta externa ambulatoria cuyo tiempo medio es de 15 minutos. También resalta que el tiempo promedio en los demás servicios es parejo con un valor de 8 minutos promedio de espera. El estudio no contó con la participación de pacientes que utilizaran el servicio de urología por lo cual no se tienen datos para él.

Tabla 4. Tiempo de espera en relación con la satisfacción.

Variables		Tiempo de espera	Tiempo para ser atendido
<b>Tiempo de espera</b>	Correlación de Pearson	1	-0,62**
	Sig. (bilateral)		0
	N	109	94
<b>Tiempo para ser atendido</b>	Correlación de Pearson	-0,62**	1
	Sig. (bilateral)	0	
	N	94	94

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Fuente. El autor.

Se interpreta de la Tabla anterior que el coeficiente de correlación es cercano a 1 y negativo lo que indica que a mayor tiempo de espera, menor satisfacción con el tiempo de espera.

#### 4.4 NIVEL DE SATISFACCIÓN EN CONSULTA EXTERNA

Se profundiza sobre el nivel de satisfacción de los pacientes en el servicio de consulta externa, obteniendo los resultados de la comparación de los tiempos de espera contra otros servicios.

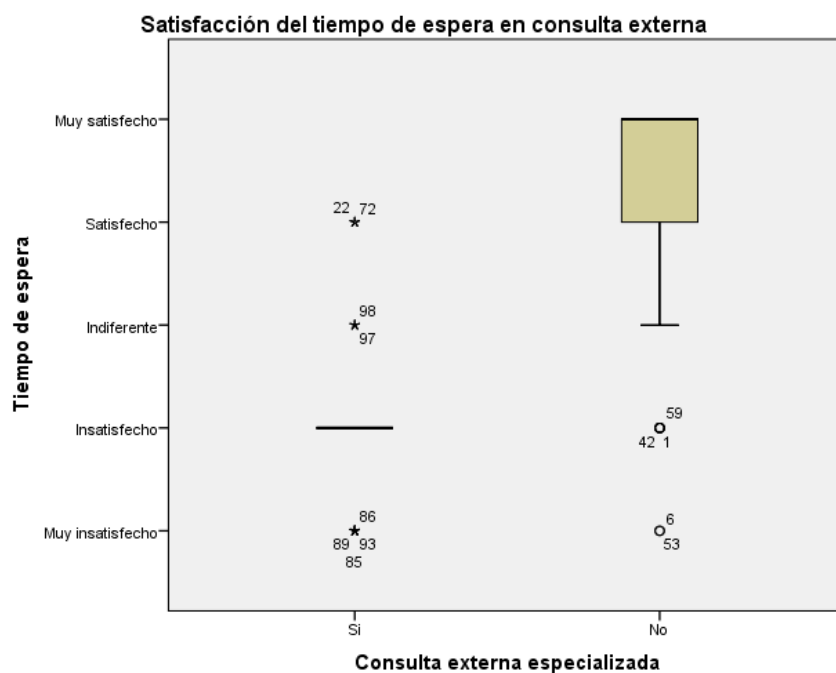
En la Tabla 5 se evidencia que la media de satisfacción de los pacientes que ingresaron al servicio de consulta externa fue de tan solo 2,06 mientras que las personas que no utilizaron este servicio estuvieron mucho más satisfechas con una media de 4,35, es decir, que quienes asistieron a éste servicio están menos satisfechos que quienes sí lo hicieron.

Tabla 5. Media del nivel de satisfacción del tiempo de espera de consulta externa versus otros servicios.

Consulta externa especializada	Media	N
Si	2,06	33
No	4,36	76
<b>Total</b>		<b>109</b>

Fuente: El autor.

Figura 10. Gráfico de caja y bigotes del nivel de satisfacción con respecto al tiempo de espera de usuarios de consulta externa vs usuarios de otros servicios.



Fuente: El autor.

La Figura 10 confirma de manera visual el hecho de que los pacientes que ingresaron al servicio de consulta externa están insatisfechos y quienes no lo hicieron tienen un nivel de satisfacción alto, se presentan unos pocos casos perdidos en cada categoría.

Tabla 6. Satisfacción en el tiempo de espera por tipo de ingreso.

Nivel de Satisfacción	Tipo de Ingreso	
	Programado	Urgencias
Muy insatisfecho	17,10%	2,90%
Insatisfecho	51,20%	5,90%
Indiferente	7,30%	2,90%
Satisfecho	9,80%	30,90%
Muy satisfecho	14,60%	57,40%

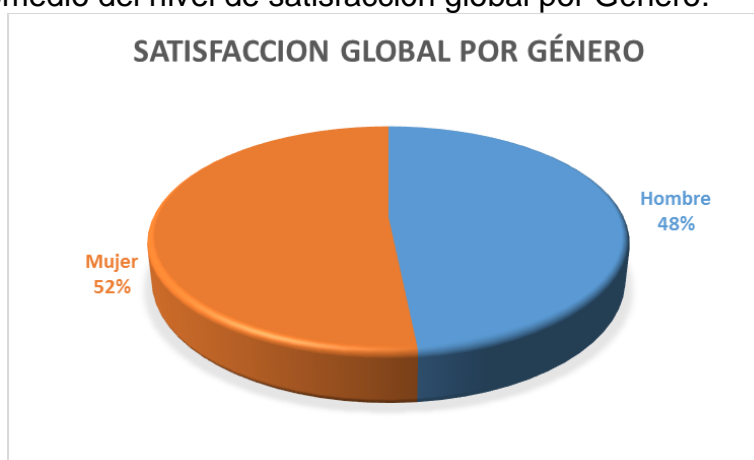
Fuente: El autor.

De la Tabla 6 se puede deducir que los pacientes que tienen ingreso programado, es decir, quienes tienen cita previa para cualquier servicio incluyendo consulta externa especializada, están más insatisfechos con el tiempo de espera, 51,2%; mientras que el 57,4% de quienes ingresan por urgencias están muy satisfechos con el tiempo de espera.

#### 4.5 CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS

Se muestran en este apartado las diferencias entre las personas que acceden a los servicios de la clínica, para intentar escudriñar su forma de pensamiento sobre la atención recibida.

Figura 11. Promedio del nivel de satisfacción global por Género.



Fuente: El autor.

De la Figura inmediatamente anterior se puede deducir que no hay diferencia apreciable entre la satisfacción de cada género, lo cual también se puede corroborar con los resultados del ANOVA, siendo el valor de F 1,88 y el nivel de significancia 0,17.

Figura 12. Satisfacción global por Estado civil.



Fuente: El autor.

El estudio de ANOVA y la observancia de la Figura 12 indican que no hay diferencia entre el nivel de satisfacción global de la muestra respecto al estado civil. Se obtuvo el valor del estadístico F de 1,13 y un nivel de significancia de 0,34.

No hay una diferencia significativa de los pacientes agrupados por actividad como lo demuestra la Tabla número 7 y como lo revela el estadístico F que tiene valor de 0,99 y la significancia valor de 0,41.

Tabla 7. Satisfacción global por Actividad.

Actividad	Media
Jubilado	3,33
Trabajando	3,24
Ama de casa	3,00
Estudiante	3,57
Desempleado	3,09

Fuente: El autor.

Tabla 8. Satisfacción global por nivel de estudios

Actividad	Media
Jubilado	3,33
Trabajando	3,24
Ama de casa	3,00
Estudiante	3,57
Desempleado	3,09

Fuente: El autor.

No se evidencia diferencia entre el nivel de satisfacción global de los encuestados referente a su nivel de estudio, según lo demuestra la Tabla 8. Si bien la media para el grupo que no tiene estudios aparentemente es superior hay un solo caso, lo que lo hace poco relevante. El análisis de ANOVA arroja como resultado el valor del F en 1,29 y la significancia en 0,28, con lo que se puede deducir que efectivamente no hay diferencias significativas entre los grupos.

#### 4.6 ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES SERVQUAL

A continuación se encuentran los resultados estudiados por dimensiones, es decir, se presentan los ítems agrupados según como el paciente evalúa la calidad de la prestación del servicio, éstas son fiabilidad, seguridad, empatía, tangibilidad y capacidad de respuesta.

**4.6.1 Análisis de la dimensión Capacidad de respuesta.** El total la dimensión capacidad de respuesta percibida es de 4,15, es decir, los pacientes tienen una alta percepción de ésta dimensión brindada por la clínica. El tiempo de espera es un factor insatisfecho que contrasta con los otros ítems de la dimensión que oscilan en los 4,3 puntos (Ver Tabla 9).

**4.6.2 Análisis de la dimensión Fiabilidad.** Para la dimensión de fiabilidad la media de las medias es de 4,30 lo que indica un alto nivel de percepción de la seguridad por parte de los clientes de la clínica. La puntualidad es una debilidad de la clínica con una calificación de 4,00 y el interés en el cumplimiento de lo que se promete tiene alta calificación (4,45). Ver Tabla 10.

Tabla 9. Media de la dimensión Capacidad de respuesta.

Ítem	Media
Facilidad en la Llegada	4,31
Tiempo de Espera	3,66
Información Directa	4,33
Información a Familiares	4,29
<b>Total</b>	<b>4,15</b>

Fuente: El autor.

Tabla 10. Media de la dimensión Fiabilidad.

Ítem	Media
Interés del Personal	4,36
Disposición del Personal	4,38
Puntualidad	4,00
Interés en Cumplimiento	4,45
<b>Total</b>	<b>4,30</b>

Fuente: El autor.

**4.6.3 Análisis de la dimensión Empatía.** La Empatía transmitida por el personal de la clínica tiene un alto nivel de satisfacción, sobresale el ítem de Trato y cortesía.

Tabla 11. Media de la dimensión Empatía.

Ítem	Media
Rapidez	4,41
Trato	4,52
Capacidad	4,38
Interés Enfermería	4,49
<b>Total</b>	<b>4,45</b>

Fuente: El autor.

**4.6.4 Análisis de la dimensión Seguridad.** Esta dimensión tiene la mayor percepción de satisfacción por parte de los pacientes de la clínica con un promedio de 4,60. Se tiene en buena estima la capacitación del personal y su amabilidad (4,65 y 4,62 respectivamente). Ver Tabla 12.



Tabla 12. Media de la dimensión Seguridad.

Ítem	Media
Amabilidad	4,62
Capacitación	4,65
Seguridad	4,52
<b>Total</b>	<b>4,60</b>

Fuente: El autor.

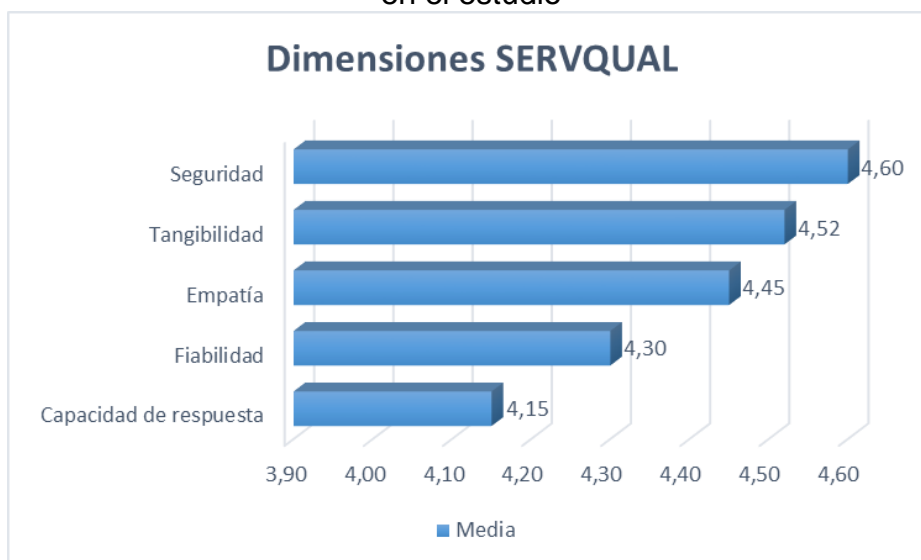
**4.6.5 Análisis de la dimensión Tangibilidad.** Siendo una dimensión bien calificada, la señalización dentro de las instalaciones tiene la calificación menos favorecida con un 4,42. La limpieza es muy bien calificada con un valor de 4,65. Ver Tabla 13.

Tabla 13. Media de la dimensión Tangibilidad.

Ítem	Media
Apariencia-Comodidad	4,51
Limpieza	4,65
Señalización	4,42
Tecnología	4,50
<b>Total</b>	<b>4,52</b>

Fuente: El autor.

Figura 13. Comparación de medias de las dimensiones del SERVQUAL obtenidas en el estudio



Fuente: El autor.

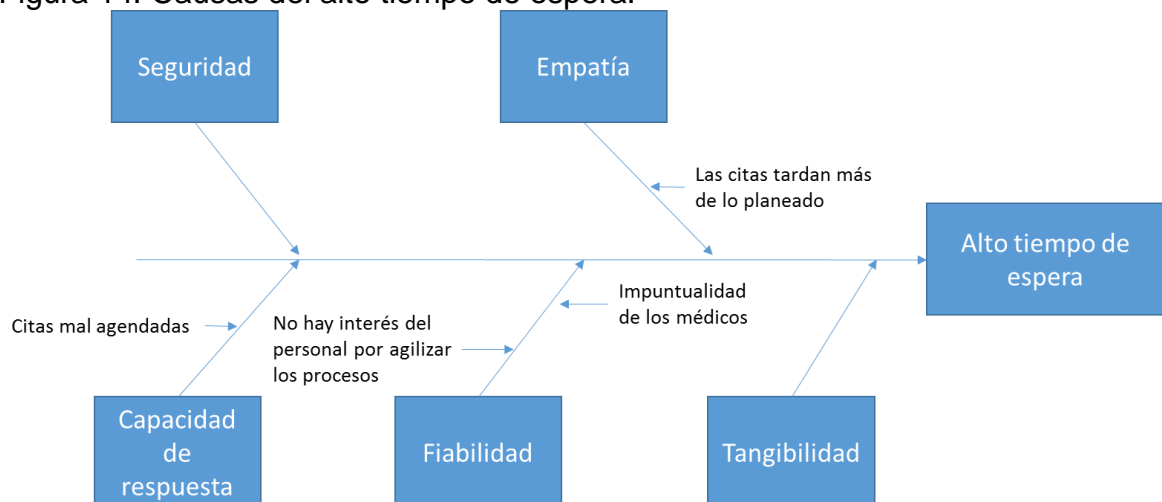
Agrupando los valores de las cinco dimensiones en el gráfico anterior se tiene que la percepción de la seguridad es el ítem mejor evaluado seguido muy de cerca por la tangibilidad con 4,60 y 4,52 respectivamente; la empatía sale muy bien librada con 4,45, pero la capacidad de respuesta tiene una baja calificación, demostrando que los pacientes están insatisfechos en ésta área con tan solo un 4,15.

## 4.7 ESTRATEGIAS DE MEJORA

Tras examinar los datos recientemente expuestos, se realiza una junta médica con la participación de los jefes de cada área de la clínica con la intención de descubrir el génesis del inferior nivel de satisfacción percibido por los pacientes de la clínica en dos particularidades: el alto tiempo de espera en el servicio de consulta externa y la poca información sobre el qué hacer cuando al paciente se le da de alta.

El panel de expertos, originó al diagrama expuesto en la Figura 14 en donde se advierten las principales causas del alto tiempo de espera en el servicio de consulta externa. En la misma reunión se indagó la razón por la que los pacientes no sabía qué hacer luego de ser dados de alta con la técnica de “los cinco por qué”, deduciendo que el personal de enfermería no se toma la molestia de preguntar al paciente si ha entendido sus indicaciones, pues las han dado rápidamente para atender otras ocupaciones.

Figura 14. Causas del alto tiempo de espera.



Fuente: El autor.

En el mismo panel una vez expuestas todas las razones bosquejadas en gráfico inmediatamente anterior, se determinó que la raíz del problema es el que los médicos agenden mal las citas, debiéndose a que citan a diversos pacientes a la misma hora, generando así un estancamiento en la atención.

Con éstos antecedentes, se procede a proponer estrategias para la mejora del servicio al cliente en la clínica Asotrauma:

**4.7.1 Estrategia 1:** Implementar un aplicativo para la asignación de citas médicas que no permita que un mismo médico cite a varios pacientes a la misma hora, incentivando el uso adecuado del mismo.

**4.7.2 Estrategia 2:** Sensibilizar al personal de la clínica, en la manera de pensar “el paciente no es tan paciente”, que permita no disponer del tiempo de los usuarios de la clínica y cumplir con los horarios establecidos.

**4.7.3 Estrategia 3:** La institución debe establecer políticas claras de cumplimiento de horarios por parte del personal médico y paramédico.

**4.7.4 Estrategia 4:** Desarrollar “Guías de educación al paciente” con información de lo que debe y no debe hacer para cada patología, en lenguaje no técnico, que sean entregadas al momento de salir de la clínica, con indicaciones post-quirúrgicas, nutricionales, procedimientos para solicitar citas de control que debería explicar el médico tratante o en su defecto la enfermera jefe del servicio.

**4.7.5 Estrategia 5:** Consolidar una lista de chequeo para ser ejecutada al momento de dar la salida a los pacientes hospitalizados que permita que el paciente sepa todo lo que debe saber para tener un buen tratamiento post-hospitalización.

## 5. IMPLICACIONES

Por medio del estudio realizado en la Clínica Asotrauma se han identificado fortalezas y debilidades manifestadas por sus clientes (pacientes), pero tal y como se ha dicho en la introducción, los servicios de salud en Colombia tienen tantas deficiencias que hacen que sus usuarios tengan una línea base de comparación muy baja, repercutiendo en la obtención de calificaciones muy altas aun cuando expresan insatisfacciones. Es tal el caso del presente estudio en donde la lógica que aplicaría para evaluar un tiempo promedio de espera por la prestación de un servicio de 78 minutos sería una insatisfacción absoluta, pero los pacientes apenas si manifiestan estar insatisfechos, por tal motivo, se ha de concienciar a la sociedad de que los servicios de salud deben estar para su beneficio y no al contrario, más aun, cuando están pagando por el mismo.

Ahora bien, este estudio ha permitido analizar el efecto que tienen la fiabilidad, seguridad, empatía, tangibilidad y capacidad de respuesta de una institución prestadora de servicios de salud sobre la percepción de la calidad del servicio prestado en sus usuarios.

En este orden de ideas, se ha encontrado que la clínica Asotrauma es fuerte al momento de transmitir seguridad a sus pacientes, lo cual es importante para que un paciente pues enfrentarse a un tratamiento médico con tranquilidad, en la medida en que esto afecta el diario vivir de la persona. También se descubrió que la clínica no solo es cómoda y bonita sino que el personal expresa empatía para con sus pacientes y esto es beneficioso debido a que hacen sentir a sus pacientes su participación afectiva ayudando al tratamiento.

Ahora bien la capacidad de respuesta no sale muy bien librada en este estudio, pues se manifiesta inconformidad en la misma y es alarmante observar que hay pacientes que deben esperar hasta 4 horas para ser atendidos por un médico en consulta externa, la clínica ha de tomar cartas en el asunto de manera inmediata. No tan crítico pero de igual forma importante es el asunto de la no muy clara información del qué hacer cuando se es dado de alta un paciente, pero siguiendo las recomendaciones dadas este problema se solucionará de manera efectiva y rápida.

Para el personal médico y paramédico de la clínica este estudio ofrece herramientas que le permitirán mejorar la prestación de su servicio como profesionales en constante evolución y a los pacientes les hará comprender que tienen derechos e insatisfacciones manifiestas que deben ser suplidas por las clínicas y hospitales. Si

se aplican las estrategias aquí diseñadas, la clínica Asotrauma se posicionará sobre otras en la región y sus pacientes estarán más satisfechos.

Ahora bien, reflexionando sobre el cuestionario y tras analizar los datos, se ha percatado de la necesidad de indagar sobre el proceso de obtención de citas para consulta externa y la atención posterior a la dada de alta de los pacientes, ¿es fácil acceder a una cita de consulta externa? ¿Cuál es el tiempo promedio para obtener una cita médica? Son interrogantes a los cuales habría sido interesante haber dado respuesta.

## 6. CONCLUSIONES

En este trabajo se ha analizado el nivel de satisfacción de los pacientes de la clínica Asotrauma, como consecuencia de éste estudio investigativo, se derivan las siguientes conclusiones:

- A través de esta investigación, se demuestra que el servicio al cliente, que en este caso es el paciente, es muy importante para cualquier organización. No solo se posicionará la clínica sino que su entorno estará directamente afectado.
- Se confirma la hipótesis nula de que las actividades desarrolladas por el prestador del servicio son susceptibles de mejora, lo que motiva la consumación de las estrategias aquí planteadas y que desembocarán en un paciente satisfecho que se fidelizará y atraerá más pacientes.
- Se rechaza la hipótesis de que los clientes de los servicios de salud (pacientes) tienen un alto nivel de expectativas en cuanto a la prestación del servicio, pues las altas puntuaciones en criterios como el tiempo de espera rebasan la lógica, en la medida en que teniendo muy altos tiempos de espera para ser atendidos en el servicio de consulta externa los niveles de satisfacción “inesperadamente altos”.
- Se rechaza la hipótesis de que los pacientes que han ingresado a la clínica por haber sufrido un accidente de tránsito tienen un nivel de satisfacción mayor que los pacientes que han ingresado por cualquier otro motivo, pues los pacientes más satisfechos son aquellos que entraron por un traumatismo no derivado de un accidente de tránsito.
- Se acepta la hipótesis de que las personas que han utilizado el servicio de consulta externa están menos satisfechas que aquellas quienes ingresan por el servicio de urgencias. Esto debido a que una persona que ingresa por urgencias tiene un tiempo de espera casi nulo, comparado con los casi 80 minutos de espera de quienes ingresan por consulta externa.
- Se rechaza la hipótesis de que las características de las personas influyen en el nivel de expectativas en cuanto a la atención recibida por el personal

médico y paramédico, pues sin importar sexo, nivel educativo, ocupación u otra variable los pacientes tienen las mismas percepciones del servicio que presta la clínica.

- Se acepta la hipótesis de que los clientes de los servicios de salud tienen un nivel de satisfacción percibida más alto en las dimensiones de fiabilidad y seguridad que en las de empatía, tangibilidad y capacidad de respuesta.
- Es posible generar estrategias de mejora de servicio al cliente, en la medida en que se detecten los puntos críticos en donde hay insatisfacción en la prestación del servicio de la clínica y se generen estrategias que lo puedan mitigar, esto hará que la percepción de calidad por parte de los pacientes aumente, siempre y cuando exista el compromiso por parte de la dirección y del personal.
- El instrumento utilizado es válido para conocer el nivel de satisfacción de los pacientes de instituciones prestadoras de servicios de salud y su aplicación en la clínica Asotrauma es exitosa.
- Este estudio revela que en términos generales los pacientes están satisfechos con el servicio prestado presentándose en el estudio una media de la satisfacción global superior a 4 puntos sobre un total de 5, esto fundamentalmente asociado a las fortalezas de la clínica como la capacitación de su personal médico y paramédico, la limpieza de sus instalaciones, la amabilidad, seguridad y buen trato expresado a los pacientes, aspectos significativos en un buen servicio de salud; a su vez se manifiestan sus debilidades, registradas en la insatisfacción de los pacientes, en aspectos como la información sobre el qué hacer cuando se es dado de alta, la impuntualidad y el alto tiempo de espera para ser atendido, en especial en el servicio de consulta externa.
- De esta manera y basado en los resultados obtenidos del análisis de las encuestas, se crean estrategias para mejorar el servicio al cliente en los puntos críticos encontrados, así se le brindará al paciente un valor más allá de lo esperado.

## 7. APORTES Y LIMITACIONES

Las aportaciones más importantes generadas por este estudio se desarrollaron en los aspectos metodológicos y prácticos para la mejora del servicio al cliente en la clínica Asotrauma. Como aspecto metodológico se resalta la adaptación del cuestionario SERVQHOS para detectar los factores susceptibles de mejora y trazar estrategias que permitan mejorar la satisfacción de los pacientes.

En lo práctico, esta investigación presenta información relevante para tomar decisiones vinculadas al comportamiento de la clínica Asotrauma. Específicamente, brinda información del nivel de satisfacción que tienen sus usuarios en cada dimensión considerada por los mismos para llevar a cabo su evaluación. Lo anterior, se complementa con la presentación de cinco estrategias de mejora de implementación inmediata y cuyos efectos logran aumentar el nivel de satisfacción de sus clientes. Desde el punto de vista científico, como resultado de esta investigación se ha generado hasta el momento, una ponencia en evento investigativo (Oviedo M., 2014) y está próximo el envío de un artículo a revista científica.

Si bien los resultados y aportes del proyecto son buenos, el aspecto limitante para la realización de la investigación fue, en primer lugar, la muestra pequeña dado por la limitación temporal para la ejecución del proyecto. Este estudio se basó fundamentalmente, en las opiniones de los pacientes ingresados entre el 15 de julio al 15 de agosto de 2014. En segundo lugar, el estudio está soportado en valoraciones subjetivas, lo que presenta la problemática de no ser exacto y estar parcializado. No obstante este estudio fue muy interesante y valdría la pena repetirlo en el futuro ojalá a las mismas personas para conocer de primera mano si ha cambiado su opinión. Del mismo modo valdría la pena efectuar el mismo estudio en otras instituciones médicas de la ciudad para tener un panorama general de la manera en que se presta el servicio en Ibagué.



## 8. REFERENCIAS

- American National Standard. (1978). *ANSI/ASQC Standard A3-1978 "Quality Systems Terminology"*. Milwaukee.
- Barragán, J., & Manrique, F. (2013). Validez y confiabilidad del SERVQHOS para enfermería en Boyacá, Colombia. *Avances en Enfermería*, 31(1), 48-61.
- Berwick, D. (20 de Junio de 2012). "El paciente debe ser siempre la prioridad". (L. N. Rodríguez, Entrevistador)
- Brady, M., & Cronin, J. (2001). Some New Thoughts on Conceptualizing Perceived Service Quality: A Hierarchical Approach. *The Journal of Marketing*, 65(3), 34-49.
- Cheng Lim, P., & Tang, N. K. (2000). The development of a model for total quality healthcare. *Managing Service Quality: An International Journal*, 10(2), 103-111.
- Clínica Asotrauma. (2014). *Manual de Calidad*. Ibagué.
- Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993*. Obtenido de Ley 100 de 1993: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993.html)
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Defensoría del Pueblo. (2009). *Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2009*. Recuperado el 14 de 02 de 2013, de <http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/evaluacionEps2009.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2009). *ESTUDIOS POSTCENSALES No. 7*. Recuperado el 15 de 12 de 2013, de [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co)
- Depool Rivero, R., & Monasterio, D. (2013). *Probabilidad y estadística. Aplicaciones a la ingeniería*. Barquisimeto.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quaterly*, 44(3), 166-206.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Donobedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.
- Evans, J., & Lindsay, W. (2008). *Administración y control de la calidad*. México: Cengage Learning.
- Fontalvo, T. (2010). *La gestión de la calidad en los servicios ISO 9001:2008*.
- Gómez, I., & Ramírez, I. (1990). La oferta y la demanda de los servicios de salud. *Salud Uninorte*, 6-7(2), 85-88.

- González, L., Carmona, M. Á., & Rivas, M. Á. (2007). *Guía para la medición directa de la satisfacción de los clientes*. Recuperado el 12 de 02 de 2013, de [www.iat.es](http://www.iat.es)
- Grönroos, C. (1994). *Marketing y gestión de servicios: la gestión en momentos de la verdad y la competencia en los servicios*. Madrid: Díaz Santos.
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing. *European Journal of Marketing*, 18(4), 36-44.
- Grönroos, C. (1988). The perceived service quality concept a mistake? *Managing Service Quality*, 11(3), 150-152.
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud pública de México*, 53(2), 144-155.
- Harrington H, J., & Harrington, J. J. (1997). *Administración Total del Mejoramiento Continuo*. Bogotá: Mc Graw Hill.
- Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación. (2005). *NTC ISO 9000:2005, Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario*. Bogotá.
- Kerr, M., & Trantow, D. J. (1969). Defining, measuring and assessing the quality of health services. *Public Health Reports*, 84(5), 425-424.
- Lehtinen, J. (1983). *Compañía de servicios orientada al cliente*. Espoo, Finlandia: Weilin + Göös.
- Lehtinen, J. (1986). *Quality: Oriented Services Marketing*. Finlandia: University of Tampere.
- Levitt, T. (1972). Production-line approach to service. *Harvard Business Review*, 50(5), 20-31.
- López, P., Escribano, J., & Landa, J. (2005). *Gestión clínica en cirugía*. Arán Ediciones.
- Mayer, T. A., Cates, R. J., Mastorovich, M. J., & Royalty, D. L. (1998). Emergency Department Patient Satisfaction: Customer Service Training Improves Patient Satisfaction and Ratings of Physician and Nurse Skill. *Journal of Healthcare Management*, 43, 5. Obtenido de Biomed: <http://www.biomedsearch.com/article/Emergency-Department-Patient-Satisfaction-Customer/54586931.html>
- Ministerio de la Protección Social. (2005). *Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud*. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social de Colombia. (3 de Abril de 2006). *Decreto 1106 de 2006*. Obtenido de Ministerio de la Protección Social: [http://www.presidencia.gov.co/prensa\\_new/decretoslinea/2006/abril/03/dec1011030406.pdf](http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/2006/abril/03/dec1011030406.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Encuesta de Evaluación de los Servicios de las Entidades Promotoras de Salud*. Recuperado el 05 de 02 de 2013, de <http://www.minsalud.gov.co/>
- Mira, J., Aranaz, J., Rodríguez-Marín, J., Buil, J. A., Castell, M., & Vitaller, J. (1998). SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Medicina preventiva*, 12-18.

- OMS. (15 de Diciembre de 2013). *Organización Mundial de la salud*. Obtenido de [www.who.int](http://www.who.int)
- Otros autores. (2012). ¿Cuáles son los reclamos más comunes de los colombianos en salud? *Semana*, <http://www.semana.com/nacion/articulo/cuales-reclamos-mas-comunes-colombianos-salud/255915-3>.
- Oviedo M., J. A. (2014). Diseño de estrategias para la mejora del servicio al paciente en los centros médicos de Ibagué. *Encuentro Regional de Investigadores, Semilleros y Empresarios - ERISE*. Ibagué.
- Parasuram, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *The Journal of Marketing*, 41-50.
- Parasuram, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1994). Alternative scales for measuring Service Quality: a comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria. *Journal of retailing*, 70(3), 201-230.
- Procuraduría General de la Nación. (2007). Recuperado el 12 de 01 de 2013, de [http://www.procuraduria.gov.co/html/noticias\\_2007/noticias\\_087.htm](http://www.procuraduria.gov.co/html/noticias_2007/noticias_087.htm)
- Redacción Política. (30 de Octubre de 2012). ¿Freno a tutela en reclamos de salud? *El Espectador*.
- Universidad Complutense de Madrid. (2010). *Universidad Complutense de Madrid*. Recuperado el 23 de 11 de 2014, de <http://www.ucm.es/>
- Vandamme, R., & Leunis, J. (1993). Development of a multiple-item scale for measuring hospital service quality. *International Journal of Service Industry Management*, 4(3), 30-49.
- Zemke, R. (1989). Auditing customer service: Look inside as well as out. *Employee relations today*, 16(3), 197-203.

## Anexo A. Modelo de encuesta

### Encuesta de opinión sobre la calidad de la atención hospitalaria en la clínica Asotrauma

Basándose en su experiencia señale el nivel de satisfacción de la asistencia hospitalaria que le ha proporcionado la Clínica Asotrauma marcando una equis (X) en la casilla correspondiente.

Usted es: Acompañante ☐ Paciente ☐

**Por favor rellene las siguientes casillas marcando con una X con la información referente al PACIENTE**

Edad  años Indique si es HOMBRE ☐ Estado civil: Casado/a ☐  
MUJER ☐ Soltero/a ☐  
Viudo/a ☐  
Separado ☐

Estudios concluidos:

Sin estudios ☐ Primarios ☐ Bachillerato ☐ Universitarios ☐

Actualmente está:

Jubilado ☐ Trabajando ☐ Ama/o de casa ☐ Estudiando ☐ Desempleado ☐

¿Cuánto tiempo esperó para ser atendido?  horas  minutos

¿Por qué razón ingresó a la clínica?

Durante su estadía en el hospital ha estado en el Servicio de (Elija los que sean necesarios):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hospitalización                | <input type="checkbox"/> Laboratorio clínico                |
| <input type="checkbox"/> Cirugía                        | <input type="checkbox"/> Consulta especializada ambulatoria |
| <input type="checkbox"/> Ortopedia maxilar              | <input type="checkbox"/> Ortopedia                          |
| <input type="checkbox"/> Urología                       | <input type="checkbox"/> Servicios de apoyo terapéutico     |
| <input type="checkbox"/> Consulta externa especializada | <input type="checkbox"/> Servicios de imágenes diagnósticas |
| <input type="checkbox"/> Oftalmología                   |   |

El ingreso se produjo

Programado ☐ Por Urgencias ☐

Número de veces que ha estado hospitalizado en la clínica en el último año:

### Con la calidad de la asistencia hospitalaria usted está:

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
Respuesta	1	2	3	4	5

Indique su nivel de satisfacción con los siguientes elementos:

La facilidad para llegar a la clínica	1	2	3	4	5
El tiempo de espera para ser atendido por un médico	1	2	3	4	5
La información que los médicos le han proporcionado	1	2	3	4	5
La información que los médicos dan a los familiares	1	2	3	4	5
El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes	1	2	3	4	5
La disposición del personal para ayudarlo cuando lo necesita	1	2	3	4	5
La puntualidad de los servicios médicos	1	2	3	4	5
El interés del personal por cumplir lo que promete	1	2	3	4	5
La rapidez con que consigue lo que se necesita o pide	1	2	3	4	5
El trato personalizado que se da a los pacientes	1	2	3	4	5
La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes	1	2	3	4	5
El interés del personal de enfermería por los pacientes	1	2	3	4	5
La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente	1	2	3	4	5
La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo	1	2	3	4	5
La confianza (seguridad) que el personal le transmite a los pacientes	1	2	3	4	5
El estado en que están las habitaciones del hospital (apariencia, comodidad)	1	2	3	4	5
La apariencia (limpieza y uniforme) del personal	1	2	3	4	5
Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir en el hospital	1	2	3	4	5
La tecnología de los equipos médicos para el diagnóstico y tratamiento	1	2	3	4	5

Marque con una **X** la casilla que mejor refleje su opinión

Indique su nivel de **satisfacción global** con los cuidados hospitalarios que ha recibido durante su estancia en la clínica

Muy satisfecho

☐

Satisfecho

☐

Poco satisfecho

☐

Nada satisfecho

☐

¿Le han realizado en la clínica exámenes o intervenciones sin pedir permiso?

Sí ☐

No ☐

¿Conoce el nombre del personal que le atendía habitualmente?

☐ No nadie

☐ Si, médico

☐ Si, de alguna enfermera

☐ Si, de todos

Marque con una “X” el nivel de información que le brindaron sobre lo que pasaba en cuanto a:

a. Diagnóstico 1 2 3 4 5

b. Recuperación 1 2 3 4 5

c. Tratamiento 1 2 3 4 5

d. Que hacer luego de ser dado de alta 1 2 3 4 5

¿**Recomendaría** esta clínica a otras personas?

Sin dudarlo

☐

Tengo dudas

☐

Nunca

☐

***Por favor recuerde contestar todas las preguntas***

Utilice este espacio si desea hacernos alguna sugerencia:

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**