AAN1027

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
DIRECCIÓN DE POSTGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN DESARROLLO ORGANIZACIONAL

DISEÑO DE UN SISTEMA DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE SERVICIO AL USUARIO, PARA EL CENTRO DE SALUD SANTA INÉS UCAB

Autor:

LUIS MIGUEL PEÑA DE MONTEVERDE

Tutor:

MARÍA ELENA HOFFMAN KIDON

Caracas, Julio del 2006

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
DIRECCIÓN DE POSTGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN DESARROLLO ORGANIZACIONAL

TRABAJO DE GRADO

DISEÑO DE UN SISTEMA DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE SERVICIO AL USUARIO, PARA EL CENTRO DE SALUD SANTA INÉS UCAB

Presentado a la Universidad Católica Andrés Bello,

por:

LUIS MIGUEL PEÑA DE MONTEVERDE

Como requisito parcial para optar al grado de:

ESPECIALISTA EN DESARROLLO ORGANIZACIONAL

Realizado con la tutoría de la profesora MARÍA ELENA HOFFMAN KIDON

Caracas, Julio del 2006

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de grado no hubiera podido realizarse sin el apoyo del Centro de Salud Santa Inés UCAB, quienes nos abrieron sus puertas y se arriesgaron a darnos el chance de evaluar la calidad de su servicio, sabiendo de antemano nuestra poca experiencia en el área, pero confiando en nuestras capacidades como profesionales.

Muy particularmente quisiera agradecer a la Lic. Mariana Borges por todo el apoyo que nos brindó, proveyendo información y aportando ideas para obtener el mejor resultado; siempre con la mayor disposición y una sonrisa.

Al Lic. Bernardo Guinand, quien dedicó tiempo de su complicada agenda para escuchar nuestras ideas, apoyarnos y recibir de forma abierta el feedback generado por la medición de calidad.

Finalmente a todo el personal que labora en el Centro y a sus pacientes, quienes se tomaron el tiempo para llenar las encuestas y con sus opiniones facilitarnos el material que usaríamos como base para este trabajo.

Del lado personal, esta de más decir, un millón de gracias a mi papá por toda su ayuda y apoyo en la planificación del proyecto, el análisis de los datos y en todos aquellos momentos en que he tenido dudas a lo largo de mis veintinueve años.

A Oly por su constante preocupación y apoyo, no sólo durante la elaboración de este trabajo de grado sino todos los días; así como por tomarse el tiempo para revisar mi borrador final en un momento en que se encontraba full con su propio trabajo.

Y último pero no menos, a mi compañero de este proceso de consultoría, José Manuel Gómez, quien balanceó el equipo y nos "sacó las patas del barro" en más de una ocasión.

RESUMEN

Partiendo del hecho que, la calidad de servicio es una herramienta esencial para las empresas, más si el producto que se ofrece es un servicio; y de las premisas básicas del Centro de Salud Santa Inés UCAB, que establecen la dignidad humana como factor elemental; se siguió el modelo de brechas de Parasuraman, Berry y Zeithaml (1985, 1988) para desarrollar un sistema de información de calidad de servicio que le permita reconocer sus áreas de mejora, dándoles así el chance de explotarlas.

Este sistema está compuesto por un instrumento construido a partir de la escala de medición SERVQUAL y algunas de sus modificaciones para el sector salud, ofreciendo una versión personalizada que cubre las características específicas del Centro.

Para probarlo y a la vez medir la calidad de su servicio, se seleccionó a un grupo de 44 empleados y 67 pacientes, quienes proveyeron la información necesaria para comprobar su validez y confiabilidad, así como para identificar las posibles áreas de mejora dentro de un sistema que a todas luces tiene un alto nivel de calidad.

Las oportunidades que se identificaron fueron agrupadas en cuatro áreas: (a) funcionamiento del Centro (sistema de atención al paciente, organización de los procesos administrativos y variedad de servicios ofrecidos), (b) área de exámenes (tiempo de entregas y número de repeticiones), (c) comportamiento del personal (grado de comprensión de los doctores hacia los pacientes, claridad de sus explicaciones, precisión de sus instrucciones y el grado de confianza que inspira el personal asistencial) y (d) aspectos internos del Centro (capacidad para atender a todas las personas que asisten, disposición de los empleados para ayudarse mutuamente, conocimiento sobre los procedimientos que se deben cumplir y entrenamiento para atender las necesidades de los pacientes).

Con base en esto, se generó un conjunto de recomendaciones con posibles acciones a seguir para disminuir el tamaño de las brechas detectadas. De esta forma se demostró que todavía existe espacio para mejorar y que tanto pacientes como empleados están claros en cuáles son los puntos claves que se deben atacar.

ÍNDICE

Agradecimiento ii
Resumen iii
Índice v

FASE DE PLANIFICACIÓN

CAPÍTULO I: LA PROPUESTA DE TRABAJO
1.1 Resumen 2
1.2 Justificación del proyecto 3
1.3 Objetivo general del proyecto 4
1.4 Metodología Propuesta
1.4.1 Marco organizacional 4
1.4.2 Marco conceptual 5
1.4.3 Marco metodológico 6
1.5 Resultados esperados 7
1.6 Aspectos éticos 7
1.7 Presupuesto 8
1.8 Cronograma de Ejecución Propuesto 9
1.9 Referencias bibliográficas 10

FASE DE EJECUCIÓN

CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL
2.1 El concepto de Calidad de Servicio 13
2.2 Diferencias con la satisfacción al cliente 17
2.3 Modelo de calidad de servicio 20
2.4 Dos brechas adicionales para el modelo 26
2.5 Profundizando en el modelo 29
2.6 La zona de tolerancia 36
2.7 Medición de la calidad de servicio 37
2.8. Críticas al SERVQUAL 45
2.9 Sistemas de información de calidad de servicio 47

CAPÍTULO III: MARCO ORGANIZACIONAL
3.1. Génesis 54
3.1.1 Un breve recuento de la historia del Centro de Salud Santa Inés UCAB 55
3.1.2 Innovaciones del CSSI 57
3.1.3 El modelo de financiamiento 58
3.2. Misión y Objetivos. 59
3.2.1 Visión de la organización 59
3.2.2 Misión de la organización 60
3.2.3 Valores 60
3.2.4 Líneas estratégicas 61
3.3. Estructura 61
3.4. Problemática 64

CAPÍTULO IV: EL DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA
4.1. Propósitos del diagnóstico 66
4.2. Planificación del diagnóstico 67
4.3. Proceso de diagnóstico 68
4.4. Resultados del diagnóstico 76

FASE DE EVALUACIÓN

CAPÍTULO V: EVALUACIÓN DEL PROYECTO
5.1. Evaluación del proceso general 86
5.2. Relación entre lo planificado y lo ejecutado 87
5.3. Logro de los objetivos planteados en la propuesta del trabajo de grado 89

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
6.1. Conclusiones 91
6.2. Recomendaciones 93
6.2.1 Recomendaciones para el Centro de Salud 93
6.2.3 Recomendaciones acerca del trabajo de grado 96

Referencias Bibliográficas 98

Anexos

Anexo A. Estructura organizacional del Centro de Salud Santa Inés UCAB
Anexo B. Cronograma inicial de trabajo
Anexo C. Instrumento original SERVQUAL
Anexo D. Ítems de la adaptación del SERVQUAL para el sector salud por Wu, Hsiao y Kuo
Anexo E. Ítems del instrumento de satisfacción al usuario del CSSI UCAB
Anexo F. Versión final del instrumento para pacientes
Anexo G. Versión final del instrumento para empleados
Anexo H. Carta presentando el proyecto a los empleados de CSSI UCAB
Anexo I. Datos recolectados en la medición
Anexo J. Gráficos de la información recolectada

Figuras

Figura 1. Modelo multicapas de las evaluaciones del cliente sobre la calidad de servicio 19
Figura 2. Modelo de Brechas 24
Figura 3. Modificación del modelo de brechas 28
Figura 4. Modelo de corresponsabilidad social de financiamiento 60

Tablas

Tabla 1. Cronograma de sucesos relevantes del surgimiento del Centro 55
Tabla 2. Crecimiento de la oferta en consultas 57
Tabla 3. Crecimiento anual de los servicios realizados 58

Gráficos

Gráfico 1. Resultados de la calidad de servicio medida en el 2003 64

FASE DE PLANIFICACIÓN

CAPÍTULO I: LA PROPUESTA DE TRABAJO

1.1. Resumen de la propuesta:

Ante la importancia que tiene la satisfacción de los usuarios para las empresas que prestan servicios, el Centro de Salud Santa Inés UCAB, caracterizado desde sus inicios por su enfoque en el paciente y la dignidad humana, mantiene un constante monitoreo de sus actividades bajo las premisas de la calidad de servicio. Basándose en los buenos resultados que se han obtenido en las últimas mediciones, el Centro de Salud quiere aumentar el nivel de este tipo de evaluaciones; para esto es necesario el desarrollo de un sistema, que incluya elementos adicionales a los relacionados con el paciente y que permita recolectar información que una vez analizada, ayude a detectar oportunidades de mejora, resaltando aquellas áreas donde la calidad es buena, pero existe todavía espacio para mejorar.

Palabras Claves: *calidad de servicio, salud, medición*

1.2. Justificación del proyecto

Actualmente la satisfacción de las expectativas de los clientes se ha vuelto un elemento clave para las empresas de servicios, ya que han entendido que esa capacidad de satisfacción puede convertirse en una ventaja competitiva con respecto al resto de las empresas del mercado (Cabazos, 2004).

Cuando se habla del sector salud, éste es un aspecto que cobra aun mayor importancia, debido a que el servicio que se ofrece "toca" a los clientes de una forma más personal. En el caso del Centro de Salud Santa Inés UCAB, este afirmación es 100% cierta, por ser una institución que desde sus inicios ha tenido como enfoque principal la dignidad humana, centrando el desarrollo de todos sus servicios en el paciente (Rodríguez, 2005).

Bajo las premisas expuestas, el monitoreo constante se convierte en la mejor herramienta para conocer si se mantienen estos principios básicos, a medida que la institución crece de forma acelerada para satisfacer las constantes demandas. Por esta razón el Centro de Salud realiza de forma mensual una medición de la satisfacción del cliente, por medio de un cuestionario desarrollado por ellos y cuyos resultados han reflejado de forma constante el alto nivel de satisfacción de sus pacientes (Borges, 2006).

Debido a lo constante de los resultados, lo pobre de los patrones de comparación con otros centros de salud del mismo nivel y la existencia inequívoca de espacios para mejorar, la directiva desea realizar un análisis más a profundidad para descubrir aquellas áreas donde aunque la calidad es buena, puede ser mejorada. Para realizar esto, la directiva propone buscar una nueva forma de medición que superpase la satisfacción del cliente, utilizando como elemento central el concepto de calidad de servicio. Adicional a este enfoque, se maneja la idea de integrar al personal del Centro, con el objetivo de comparar las opiniones que ellos tienen sobre el servicio que prestan, contra las opiniones que tienen los pacientes del servicio que reciben, y de esta forma poder evaluar las dos caras de la moneda.

La realización de esta nueva medición, aunque no es esencial, se ha vuelto un punto de mucho interés para la directiva, ya que presumen que aunque las mediciones actuales son excelentes, hay oportunidades de mejora que por estar dentro de la operativa diaria se obvian y que podrían ser detectados si se utiliza la metodología adecuada de evaluación.

1.3. Objetivo general del proyecto

Diseñar un sistema para medir la calidad del servicio ofrecido por el Centro de Salud Santa Inés UCAB a sus usuarios.

1.4. Metodología propuesta

1.4.1 Marco organizacional:

El Centro de Salud Santa Inés UCAB, es una fundación sin fines de lucro creada por la alianza entre la Universidad Católica Andrés Bello y la Fundación Inés de Planas, cuya actividad es la educación y organización para la salud, y la prestación de servicio para sectores de pocos recursos. El Centro presta atención ambulatoria, ofreciendo consultas médicas con una variada oferta de especialidades clínicas y un conjunto de servicios de diagnóstico que permite brindar opciones económicamente accesibles a sectores populares del oeste de Caracas (Rodríguez, 2005).

Desde su fundación en 1999, el Centro ha crecido rápidamente expandiendo su oferta de productos de 4 especialidades iniciales, a 19 para el año 2005. Adicionalmente la cantidad de pacientes ha aumentado, ya que no sólo asisten las personas para las que inicialmente fue planificado el proyecto (residentes del oeste de Caracas), sino de otras partes de la ciudad, ya que el Centro es una opción económica y con una alta calidad de servicio (Rodríguez, 2005).

Visión de la Organización: "consolidar un centro ambulatorio de excelencia en la prestación de atención médica primaria y secundaria, que se constituya en punto de referencia para los servicios de primer nivel, atendiendo a los sectores económicamente más desfavorecidos" (Rodríguez, 2005, p.25).

Misión de la Organización: "promover la salud, a través de la atención integral, preventiva y curativa, desarrollando un modelo eficiente de servicio público y de gestión privada, de alta calidad y sin fines de lucro" (Rodríguez, 2005, p.25).

Finalmente se debe resaltar que uno de los elementos más importantes para el Centro de Salud Santa Inés UCAB, es ofrecer un servicio centrado en el paciente, enfocado en la dignidad humana; poniendo énfasis en los detalles asociados a la calidad de servicio, sin olvidar el componente médico.

1.4.2. Marco conceptual:

La primera área de investigación serán los conceptos básicos relacionados con la calidad de servicio y con el modelo presentado por Parasuraman (1985, 1988), el cual es uno de los más utilizados en este ámbito. Parte de la investigación conceptual se concentrará en ahondar en los conceptos relacionados con el modelo, de manera de poder identificar cuales de los GAPS o brechas que señala, serán medidos por el instrumento.

Igualmente, se hará una investigación relacionada con los distintos instrumentos asociados a este modelo, sus desventajas y beneficios, así como las condiciones en las cuales brindan mayor información. Una vez obtenido el instrumento básico, se consultarán las distintas versiones realizadas para el sector salud, con el fin de conformar una batería de preguntas que puedan servir de base en la creación de un instrumento personalizado para el Centro de Salud Santa Inés UCAB.

1.4.3 Marco metodológico:

Fase I: Diagnóstico

1. Reuniones con el cliente para establecer necesidades.
2. Investigación teórica de los modelos de calidad y los instrumentos de medición asociados.
3. Discusión del modelo de calidad seleccionado, en conjunto con la directiva del CSSI, para elegir los elementos con los que se trabajarán y así ajustarlo a sus necesidades.

Hitos:

- Documento teórico para el uso de los consultores
- Propuesta de diagnóstico para el cliente

Fase II: Diseño

1. Discusión de los instrumentos estándares, con el fin de buscar el mayor ajuste a las necesidades del Centro de Salud.
2. Adaptación y generación del instrumento final de medición.

Hitos:

- Instrumento ajustado a las necesidades del Centro de Salud Santa Inés UCAB

Fase III: Recolección y análisis

1. Aplicación del instrumento en su versión final.
2. Análisis de los datos obtenidos en la aplicación del instrumento.
3. Elaboración de resultados con conclusiones y recomendaciones.
4. Presentación del informe final.

Hitos:

- Informe de resultados.
- Conjunto de recomendaciones sobre oportunidades de mejoras

1.5. Resultados esperados

- Sistema de medición de calidad de servicio al usuario, ajustado a las necesidades y características del Centro de Salud Santa Inés UCAB, para que sea auto - aplicado de forma periódica, con el fin de monitorear los cambios en esta área.
- Informe de resultados basados en el análisis de la información recolectada con la aplicación del instrumento.
- Conjunto de recomendaciones para aprovechar las oportunidades de mejoras que se puedan detectar con la medición de la calidad del servicio.

1.6. Aspectos éticos

Como en todo proyecto de Desarrollo Organizacional, los consultores que participen tendrán que seguir una normativa ética que asegure el correcto desarrollo del proceso de consultaría y que promueva la generación de beneficios tanto para el cliente como para el consultor. Los factores claves en los que se basa este acuerdo tácito son (French y Bell, 1996):

- Todos los puntos plasmados en las propuestas que se le realicen al cliente, estarán basados en las habilidades probadas con las que cuentan los consultores, asegurando que cualquier actividad a realizar pueda ser diseñada y llevada a cabo de forma correcta, obteniendo así los resultados planificados.
- La planificación del proyecto será realizada de forma cuidadosa, para asegurar que no se seleccionen actividades innecesarias que no produzcan un valor importante para el objetivo final.

- Confidencialidad en la utilización de la data que se recolecte, esto incluye la no divulgación de la información a los agentes externos, así como el mantenimiento del anonimato para la información que solicite el personal interno. Adicionalmente se asegura el uso correcto y objetivo de la información, evitando que las percepciones de los consultores sobre los integrantes de la organización, influyan en la forma en que los resultados serán manejados.
- El proceso de toma de decisiones será totalmente democrático, integrando al cliente como elemento principal, de esta forma no se impondrá ningún aspecto por el lado del consultor. Todos las actividades que se realicen serán acordadas conjuntamente, de forma que el cliente sepa que esperar en cada fase del proyecto.

De esta forma, los aspectos listados anteriormente contienen de forma implícita los valores básicos que deben seguir los consultores de DO y que han sido señalados por French y Bell (1996): honestidad, imparcialidad, integridad, confidencialidad, desarrollo de las personas y desarrollo de la experiencia.

1.7. Presupuesto

Rubro	Monto en Bolívares
Personal	7.840.000
Materiales	500.000
Otros	200.000
Total	8.540.000

El tiempo estimado de realización del proyecto, incluyendo todas sus etapas es de 120 horas hombres, las cuales son una mezcla entre horas presénciales y horas de investigación y análisis. La inversión estimada, basándose en esta planificación del proyecto es de Bs. 8.540.000,00. Cada hora de honorario profesional de este proyecto cubre la investigación, la planificación y el diseño de actividades, coordinación, consultoría, facilitación, procesamiento de información,

monitoreo, evaluación, elaboración y presentación de informes. Al monto global de esta propuesta se le agregará el Impuesto al Valor Agregado: 14%.

1.8. Cronograma de Ejecución

ORGANIZACIÓN: CENTRO DE SALUD SANTA INÉS UCAB												
Actividades Planificadas	*Semanas Asignadas*											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1-. Reunión inicial con la persona Contacto en CSSI	✓											
2-. Investigación sobre material modelos de servicio calidad salud		✓										
3.- Investigación sobre material base para conocimiento del CSSI		✓										
4-. Nuevo contacto con el CSSI para aclarar sus necesidad			✓									
5-. Búsqueda de instrumentos y materiales bibliográficos afines			✓									
6-. Investigaciones: Marco teórico (Modelo e Instrumentos)			✓									
7-. Borrador de Propuesta				✓								
8-. Reunión con Mariana Borges Coordinadora RRHH					✓							
9-. Revisión de propuesta					✓							
10-. Actualización de propuesta					✓							
11-. Reunión con el cliente para discutir la propuesta final						✓						
12-. Realización y revisión del instrumento a aplicar							✓					
13-. Reunión con el cliente para discutir el instrumento								✓				
14-. Aplicación del instrumento									✓			
15-. Análisis de resultados y realización de informe diagnóstico										✓	✓	
16-. Presentación y entrega de los resultados al cliente												✓

Semana inicial: 13 de septiembre de 2005

Semana final: 29 de octubre de 2005

1.9. Referencias bibliográficas

- Borges, M. (2006). Testimonio personal. Caracas: Autor.
- Cavazos, R. (2004). *¿Puede medirse la calidad en el servicio?.* Recuperado en Noviembre 2005, de http:\\search.epnet.com
- French, W. y Bell, C. (1996). *Desarrollo Organizacional: Aportaciones de las ciencias de la conducta para el mejoramiento de la organización* (5ed). México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Rodriguez, A. (2005). *Calidad y solidaridad para la gente* (1ed). Caracas: Publicaciones UCAB.
- Shahin, A., (s.f.). *SERVQUAL and Model of Service Quality Gaps: A Framework for Determining and Prioritizing Critical Factors in Delivering Quality Services.* Recuperado en Agosto 2005, de http:\\www.qmconf.com /Docs/0077.pdf.

FASE DE EJECUCIÓN

CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL

El avance de la tecnología y el crecimiento global de la economía han intensificado la competencia entre las empresas que pelean por un mismo sector en el mercado de productos tangibles o de servicios. Para aumentar su participación y generar mayores beneficios, las empresas se ven en la necesidad de buscar nuevas formas para diferenciarse, que al mismo tiempo le sean rentables; una de las estrategias más comunes es la entrega de un servicio o producto de alta calidad.

Es así que entender la naturaleza de la calidad de servicio y cómo se obtiene, se ha vuelto una prioridad en las organizaciones (Zeithaml, Berry, Parasuraman, 1988). El problema surge al intentar hacerlo, ya que "calidad" es un constructo elusivo e indistinto que en muchas ocasiones es confundido por una variedad de adjetivos imprecisos ("lujoso", "costoso", etc.) que se le adhieren al producto, demostrando que los consumidores no siempre pueden expresar lo que para ellos es calidad.

En este proceso de búsqueda, las empresas de productos tangibles han logrado definir la medida de la calidad por medio de incrementos en el nivel de precisión de sus operaciones, al mismo tiempo que los vendedores de servicio han experimentado dificultades en entenderla y controlarla, básicamente debido a las características inherentes a la naturaleza de los servicios, que los hacen diferentes a la de los productos tangibles.

En las empresas de servicios la calidad no puede ser diseñada en la planta de manufactura, estableciendo especificaciones precisas, que permitan obtener una calidad uniforme. Esto se debe, entre otras cosas, a que la mayoría de los servicios no pueden ser contados, medidos, inventariados, probados y verificados por adelantado, antes de la venta, para así asegurar su calidad. En este tipo de empresa la calidad ocurre durante el proceso de entrega, usualmente durante la interacción entre el cliente y el personal de contacto. Su heterogeneidad, sobretodo en aquellos servicios con un alto contenido laboral o donde el cliente tiene una

participación intensa (cortes de cabello, visitas al doctor), hace que por lo general su desempeño varíe de productor a productor, de cliente a cliente e incluso entre días de trabajo.

Estas características hacen que la calidad del servicio ofrecido por este tipo de empresas sea altamente dependiente del desempeño de los empleados, quienes representan un recurso organizacional que no puede ser controlado al mismo nivel que se controlan los componentes de un producto tangible (Zeithaml, Berry, Parasuraman, 1988) y que dependiendo del servicio, se transforman en elementos claves para la entrega de calidad. La consistencia en su comportamiento es difícil de asegurar, lo que puede causar que lo que la empresa intenta entregar, puede que sea completamente diferente a lo que el cliente recibe (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985).

2.1 El concepto de Calidad de Servicio

Calidad de servicio es un concepto que ha levantado un considerable interés y debate en la literatura de investigación por sus dificultades tanto en su definición, como en su medición, sin que haya emanado un consenso general (Arash Shahin, s.f.)

Existe un variado número de "definiciones" sobre lo quiere referir Calidad de Servicio. Una de las usadas más comúnmente establece la calidad como la extensión en la cual el servicio cubre las necesidades o expectativas del cliente (Lewis y Mitchell, 1990; Dotchin y Oakland, 1994; Wisniewski y Donnelly, 1996; cp. Arash Shahin, s.f.). Esta definición da pie de forma casi inmediata a todas las otras definiciones que usan como base la diferencia entre ambos elementos.

Al existir tantas definiciones, existen por supuesto variadas proposiciones sobre la forma en que se debe medir, dentro de esta gama resaltan mayormente dos instrumentos como las escalas más importantes de medición, el SERVQUAL y el SERVPERF. Desafortunadamente hasta los momentos todavía no se ha llegado a la decisión sobre cuál es superior (Jain y Gupta, 2004).

Es razonable establecer que la calidad percibida de cualquier servicio será el resultado de un proceso de evaluación, donde el consumidor compara sus expectativas contra el servicio que él percibe ha recibido. El resultado de este proceso será la calidad percibida del servicio (Grönroos, 1984). Esta es la base de la cual muchos de los investigadores parten para definir la calidad, la diferencia está en el enfoque que usan o en la forma en que desglosan la percepción del servicio recibido.

Aunque el término "Calidad de Servicio" es muy usado por académicos e investigadores, existe un punto importante que gira a su alrededor, la falta de una definición que pueda ayudar a guiar las decisiones de los gerentes. Según Grönroos (1984), de forma muy frecuente el término "calidad" es usado como si fuera una variable por sí mismo y no una función de un rango de recursos y actividades. Por estas razones lo que se necesita no es solamente un concepto puntual, sino un modelo de calidad de servicio que describa cómo es percibida por los clientes. Al obtenerlo, las empresas serán capaces de desarrollar conceptos y modelos de servicios orientados al cliente que sean más exitosos (Grönroos, 1984).

Uno de los enfoques de calidad es el propuesto por Swan y Comb (1976; cp. Grönroos 1984), quienes han sugerido que el desempaño percibido de un producto puede estar dividido en dos subprocesos: el desempeño instrumental y el desempeño expresivo.

- El *desempeño instrumental* es la dimensión técnica del producto, lo cual se traduce en el contexto de los servicios como el resultado del proceso de producción. Por ejemplo: un pasajero ha sido transportado de un lugar a otro o un problema médico ha sido atendido en un hospital. Esto representa entonces, lo que le queda al cliente cuando el proceso de producción ha culminado.
- El *desempeño expresivo* está relacionado con el nivel "psicológico" del desempeño. Enmarcándolo en el contexto de los servicios esto representa la interacción entre el comprador y el vendedor.

Swan y Comb (1976; cp. Grönroos 1984) argumentan que un desempeño instrumental satisfactorio es un prerequisito para la satisfacción del cliente, pero no es suficiente. Si el desempeño expresivo de un producto no es considerado satisfactorio, el consumidor seguirá sintiéndose insatisfecho sin importar el grado de satisfacción causado por el desempeño instrumental.

Otro acercamiento similar, que se basa en parte en la propuesta anterior, lo presenta Grönroos (1984), quien partiendo del hecho de que los servicios son básicamente inmateriales, caracterizados por ser una actividad donde la producción y el consumo, dentro de ciertos limites, se desarrollan simultáneamente; plantea la calidad percibida del servicio como la comparación entre dos variables: el servicio percibido y el servicio esperado.

Por un lado, el *servicio esperado* está basado en las expectativas del cliente, las cuales se ven influenciadas por factores como la experiencia previa, las promesas generadas por la empresa con las actividades de mercadeo, las tradiciones, la ideología particular de cada persona e incluso la comunicación boca a boca (Grönroos, 1984).

Por el otro está el *servicio percibido*, el cual es considerado por Grönroos (1984) como el resultado de la visión del consumidor de un conjunto de factores que entran dentro de dos dimensiones de calidad:

- Dimensión de calidad técnica: lo qué el cliente recibe como resultado de su interacción con la empresa de servicio. Responde a la pregunta: ¿qué recibe el consumidor? Esta dimensión puede ser medida por el consumidor de una manera relativamente objetiva, como cualquier dimensión técnica de un producto tangible.

- Dimensión de calidad funcional: corresponde al desempeño expresivo del servicio. Responde a la pregunta: ¿cómo lo obtiene? La dimensión de calidad funcional no puede ser evaluada tan objetivamente como la

técnica, de hecho, la dimensión funcional es percibida de una manera muy subjetiva.

Como el servicio es producido en una interacción con el consumidor, la dimensión de calidad técnica no será suficiente para evaluar la calidad total que el consumidor percibe (Grönroos, 1984). El consumidor no está interesado solamente en lo que recibe como resultado del proceso de producción, sino en el proceso en sí. Cómo obtiene el resultado técnico (o calidad técnica) de manera funcional es también importante para él y para su visión del servicio que ha recibido (Grönroos, 1984).

Estudios informales y pruebas pilotos realizados por Grönroos (1984), lo han llevado a concluir que la calidad funcional es más importante para el servicio percibido que la calidad técnica, por lo menos mientras la técnica se encuentre en un nivel satisfactorio. Esto es especialmente importante para aquellas industrias de servicio donde la mera calidad técnica es muy similar entre las empresas del mercado, lo cual hace difícil distinguirlas.

En lo que respecta a este trabajo de grado, se utilizará la definición y el modelo producido por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985, 1988), un grupo de autores que han desarrollado de forma sistemática la teoría en torno a este tema. Para ellos la calidad percibida es un juicio global del consumidor acerca de la excelencia o superioridad total de la entidad. Es una forma de actitud, relacionada pero no equivalente a la satisfacción, que difiere de la calidad objetiva y que resulta de la comparación de las expectativas del cliente con las percepciones del desempeño de la empresa prestadora de servicio.

Por medio del denominado "Modelo de Brechas", se define a la calidad percibida como la diferencia entre las expectativas del consumidor y sus percepciones, las cuales a su vez dependen de la magnitud y la dirección de cuatro brechas que se pueden presentar en la organización. Estas brechas que se encuentran del lado del proveedor, pueden impedir la entrega de un servicio que el

consumidor pueda percibir como de alta calidad (Zeithaml, Berry y Parasuraman, 1988)

2.2 Diferencias con la satisfacción al cliente

Al momento de estudiar la calidad de servicio siempre surge en las investigaciones la relación que existe entre este constructo y el de satisfacción al cliente. Ambos están íntimamente relacionados, a tal punto que en muchas ocasiones son confundidos o asumidos como iguales. Hasta los momentos la naturaleza de esta relación es un tema intrigante, donde algunos investigadores han sugerido que la satisfacción al cliente precede a la calidad percibida (Parasuraman et al. 1988; Bolton y Drew 1991; Patterson y Johnson 1993, cp. Tam, 2004), mientras que otros mantienen una posición contraria.

Para establecer esta precedencia se puede comenzar observando la definición que hace Oliver (1981) de la satisfacción: "[la satisfacción es] un estado psicológico que resulta cuando la emoción que rodea las expectativas no confirmadas es comparada con los sentimientos previos del consumidor acerca de la experiencia de consumo" (cp. Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988, p. 16).

Si se compara este concepto, con el de calidad de servicio de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985, 1988) propuesto anteriormente, se puede observar que se le está dando un carácter global a la calidad de servicio, mientras que la satisfacción se relaciona con una transacción específica. Esto es confirmado por Oliver (1981) cuando resume la naturaleza específica de la satisfacción y la diferencia con la calidad de servicio de la siguiente forma: "Actitud es la relativa orientación afectiva del consumidor por un producto, tienda o proceso, mientras que la satisfacción es la reacción emocional que sigue a la experiencia de no confirmación que actúa en el nivel base de la actitud y que es específica de un consumo. La actitud es por eso medida en términos más generales al producto o la tienda y tiene menos orientación situacional" (cp. Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988, p. 16).

Otra confirmación de este hecho son los resultados de los focus groups realizados por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985) en su estudio original de calidad de servicio. Estos resultados mostraban como los encuestados dieron varios ejemplos de situaciones en las cuales aún estando satisfechos con un servicio específico, no sentían que la empresa de servicio fuera de alta calidad.

Por su parte, Bolton y Drew (1991) proponen un modelo que une los conceptos del paradigma de la confirmación/no-confirmación con los de la calidad de servicio, a fin de presentar la relación de una manera más clara.

Por un lado el paradigma de la confirmación/no-confirmación mantiene que la satisfacción está relacionada con el tamaño y la dirección de la "experiencia de no-confirmación", haciéndola así una función de la inconformidad que puede surgir de la discrepancia entre las expectativas previas y el desempeño real (Cardozo 1965; Oliver 1980; Olshavsky y Miller 1972; cp. Bolton y Drew, 1991) y generando una relación directa entre la no-confirmación y las expectativas iniciales del cliente (Churchill y Suprenaut 1982; cp. Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985).

En la Figura 1 se puede observar por medio de las líneas simples, como las expectativas y las percepciones de los niveles de desempeño de la empresa afectan de forma directa la satisfacción del cliente, así como de forma indirecta por la vía la no-confirmación.

A su vez Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985, 1988; cp. Bolton, Drew, 1991) consideran que la evaluación del cliente de la calidad general del servicio depende de las brechas que existen entre las expectativas y la percepción del desempeño real. Estas son representadas en la Figura 1 por medio de las líneas dobles.

En el modelo se puede observar que tanto el acercamiento a la satisfacción/no-satisfacción, como a la calidad de servicio percibida, se hace por medio de la influencia de la brecha existente entre las expectativas y las percepciones del desempeño. Al unir los dos constructos, según Bolton y Drew

(1991), se puede presentar un modelo más elaborado en el cual las no-confirmaciones, expectativas y el desempeño actual, afectan los niveles de la satisfacción del cliente, el cual a su vez, se convierte en una entrada para las percepciones de la calidad de servicio.

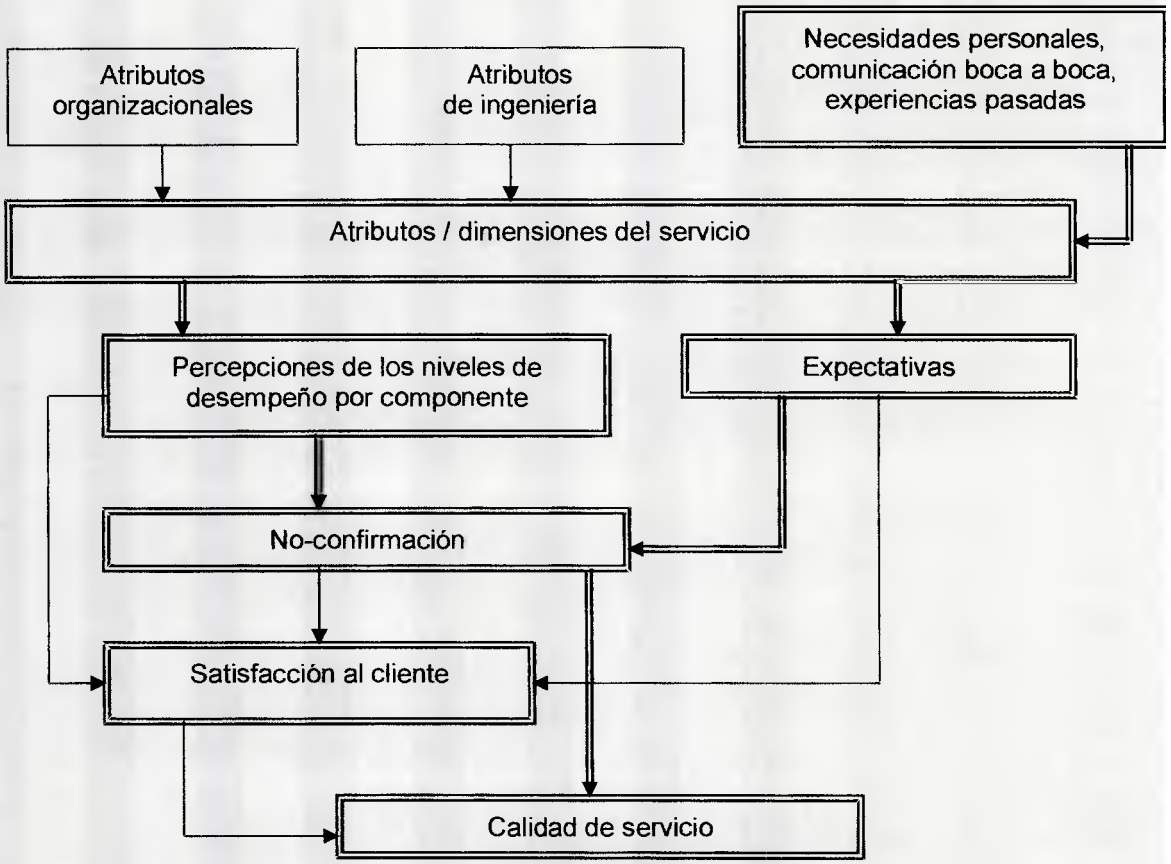


Figura 1. Modelo multicapas de las evaluaciones del cliente sobre la calidad de servicio (Bolton y Drew, 1991)

En la Figura 1 se ilustra esta conceptualización que implica que las percepciones del cliente de la calidad de servicio se ven directamente influenciadas por las no-confirmaciones e indirectamente afectadas por las expectativas y los niveles de desempeño vía satisfacción/no-satisfacción (Bolton y Drew, 1991).

Al igual que se presenta esta relación en la que se muestra que la satisfacción al usuario tiene precedencia sobre la calidad de servicio, algunos

investigadores han sugerido una tesis contraria en la que la calidad de servicio percibida es un antecedente de la satisfacción al cliente (Anderson y Sullivan 1993, Tavald y Grönos 1996; de Ruyter et al. 1997; cp. Tam, 2004).

Teas (1993) explica que la confusión de la relación causal entre satisfacción al cliente y calidad de servicio percibida se da por culpa de la falta de consenso en la definición y operacionalización de ambos constructos. Señaló que, la calidad de servicio ha sido vista como un juicio global en la mayoría de las investigaciones, en contraste con el foco de transacción específico que la mayoría de los estudios de satisfacción han usado.

La calidad de servicio percibida puede ser vista al nivel de ambas perspectivas, global o transaccional específica (Teas 1993, Oliver 1993; Parasuraman et al 1994). Al nivel transaccional, la calidad percibida en una transacción específica influenciará la satisfacción al usuario, y a nivel global, la percepción general de la calidad de servicio de una empresa está basada en la satisfacción acumulativa de transacciones específicas del cliente con el servicio (Tam, 2004).

Al igual que en muchos temas relacionados con la calidad de servicio, la dirección correcta de la influencia de un constructo sobre el otro, no ha sido establecida, y cada investigador trabaja con los conceptos según el enfoque que considere más pertinente.

2.3 Modelo de calidad de servicio

Para el desarrollo de este modelo, Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985, 1988) partieron de la falta de información teórica sobre el tema, realizando un estudio exploratorio cualitativo, el cual consistió en la realización de doce "focus groups", tres para cada uno de los cuatro tipos de servicios seleccionados, conformados por clientes concurrentes del servicio o por lo menos usuarios recientes de las compañías. Adicionalmente se realizaron entrevistas a profundidad

donde participaron los ejecutivos de cuatro empresas de servicio reconocidas nacionalmente.

Las entrevistas a profundidad se realizaron a tres o cuatro ejecutivos de cada empresa y estaban compuestas por un conjunto de preguntas abiertas. Los ejecutivos fueron seleccionados de las áreas de mercadeo, operaciones, gerencia senior y atención al cliente, por ser las áreas que pueden tener mayor impacto en la calidad de servicio (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985).

Los resultados de las encuestas a los ejecutivos mostraron patrones consistentes en las respuestas. Mientras que algunas percepciones acerca de la calidad de servicio eran específicas para la industria seleccionada, elementos comunes prevalecían entre las compañías. Estos resultados unidos a las revelaciones de los "focus group", los cuales mostraron que sin importar el tipo de servicio los consumidores usaban básicamente un criterio similar para evaluar la calidad de servicio (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985); dieron paso a la generalización del modelo.

En palabras de los autores, la idea que consideran más importante del análisis de los resultados de este estudio es la siguiente: "Existe un grupo de discrepancias claves o brechas relacionadas con las percepciones de los ejecutivos sobre la calidad de servicio y las tareas asociadas a la entrega del servicio al consumidor. Estas brechas pueden ser grandes obstáculos en el intento para ofrecer un servicio que el consumidor pueda percibir como de alta calidad" (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985, p. 44).

El modelo finalmente propuesto, denominado "Modelo de Brechas", representa la definición de calidad de servicio de los autores como una función de la discrepancia entre las expectativas de los consumidores sobre el servicio que van a recibir *"¿Qué es lo que quiero?"*, y sus percepciones sobre el servicio efectivamente prestado por la empresa *"¿Qué es lo que obtuve?"*. Según los autores, los clientes son los únicos que pueden juzgar la calidad de servicio, la cual es generalmente valorada basándose en el contraste entre sus percepciones y sus expectativas.

Los autores sugieren que la reducción o eliminación de estas diferencias, dependen a su vez, de la gestión eficiente por parte de la empresa de servicio de cuatro deficiencias o discrepancias, llamadas GAPS o Brechas. Estas brechas son vistas como una línea continua que va desde "calidad ideal" hasta "una calidad totalmente inaceptable", con algunos puntos en el medio que pueden identificar una calidad satisfactoria.

Las cinco brechas o GAPS descritos en el modelo son:

- **(BRECHA 1)** Discrepancia entre las **expectativas de los clientes y las percepciones de los gerentes** sobre esas expectativas: esta brecha traspasa la frontera que separa a los clientes de los proveedores del servicio y surge cuando las empresas no conocen con antelación qué aspectos son indicativos de alta calidad para el cliente, cuáles son imprescindibles para satisfacer sus necesidades, qué aspectos representan mayor calidad para los consumidores, cuáles aspectos del servicio deben tener para que satisfaga las necesidades del consumidor, qué niveles de desempeño en esos aspectos son necesarios para entregar una alta calidad de servicio y qué niveles de prestación se requieren para ofrecer un servicio de calidad. Esta primera brecha recoge las discrepancias o inconsistencias entre la elección de la empresa sobre cuáles son sus prioridades competitivas y los aspectos de la oferta global del servicio que son considerados prioritarios por sus clientes.

- **(BRECHA 2)** Discrepancia entre **la percepción que los gerentes** tienen sobre las expectativas de los clientes y las **especificaciones de calidad**: esta brecha se presenta cuando las especificaciones de calidad de los servicios no son consecuentes con las percepciones que se tienen acerca de las expectativas de los clientes, es decir, las percepciones no se traducen en estándares orientados al cliente que se ajusten a sus expectativas y necesidades. Esto puede ocurrir aún teniendo información suficiente y precisa sobre qué esperan los clientes.

- **(BRECHA 3)** Discrepancia entre las **especificaciones de calidad y el servicio realmente ofrecido:** conocer las expectativas de los clientes y disponer de directrices que las reflejen con exactitud no garantiza la prestación de un elevado nivel de calidad de servicio. Si la empresa no facilita, incentiva y exige el cumplimiento de los estándares en el proceso de producción y entrega del servicio, la calidad puede verse dañada. Esta brecha puede entenderse como la diferencia entre el servicio planificado y el efectivamente realizado. Puede verse como la "brecha de desempeño del trabajo", es decir, la extensión en la cual los empleados que proveen el servicio no se desempeñan en el nivel esperado por la gerencia. Esta brecha se presenta cuando los empleados son incapaces o no desean desempeñar el servicio en el nivel deseado.

- **(BRECHA 4)** Discrepancia entre el **servicio real** y lo que se **comunica a los clientes sobre éste:** con esta brecha se resalta la importancia que tienen las discrepancias que puedan existir entre la imagen corporativa que la empresa transmite al conjunto de agentes externos y el servicio que realmente es capaz de ofrecer, sobre las expectativas de los clientes. En muchos casos la información que los clientes reciben a través de la publicidad, el personal de ventas o cualquier otro medio de comunicación puede elevar sus expectativas – en la forma de promesas exageradas y/o ausencia de información sobre los aspectos del servicio entregado para servir bien a los clientes –, con lo que superarlas resultará más difícil.

- **(BRECHA 5)** Discrepancia entre las **expectativas del cliente y sus percepciones** del servicio percibido: esta brecha es el resultado de las influencias ejercidas desde el lado del cliente y de las brechas propias del proveedor de servicio, donde las expectativas del cliente son influenciadas por las necesidades personales, las recomendaciones provenientes de comentarios y las experiencias anteriores del servicio. En general esta brecha es el resultado de la inadecuada gestión de las

otras cuatro, que termina plasmándose en la diferencia entre las expectativas y percepciones de los clientes. Las organizaciones que ofrecen servicios altamente interactivos, intensos de labor y desempeñados en múltiples locaciones son especialmente vulnerables a esta brecha.

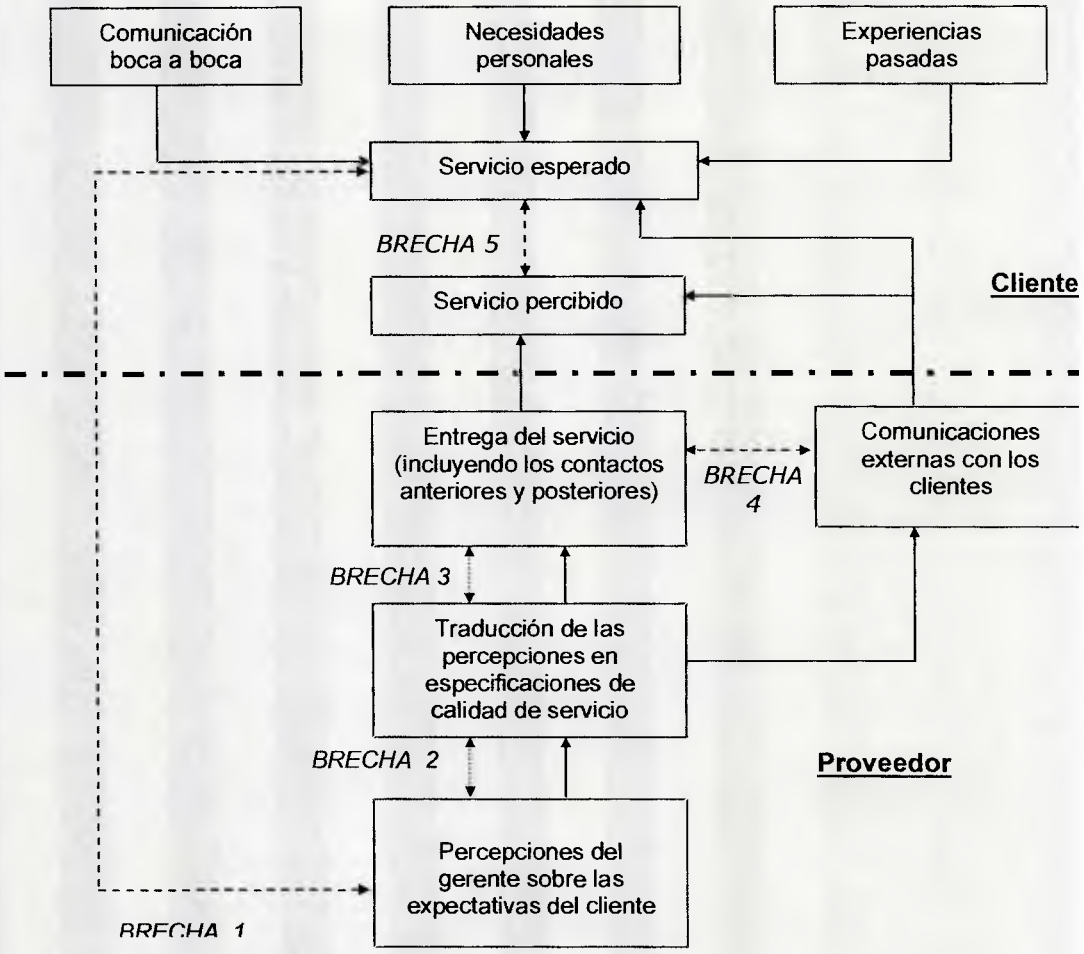


Figura 2. Modelo de Brechas (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985)

Como se puede ver en el modelo (Figura 2), la parte superior engloba aspectos relacionados con el cliente o usuario, el cual en función de sus necesidades personales, sus experiencias previas y las informaciones que ha recibido, forma unas expectativas sobre el servicio que va a recibir. La parte inferior incluye el servicio que va a recibir, formado en parte por los fenómenos relativos al

proveedor del servicio. En esta segunda parte se puede observar cómo las percepciones de los directivos sobre las expectativas del cliente, guían las decisiones que tiene que tomar la organización sobre las especificaciones de la calidad de los servicios en el momento de su comunicación y entrega.

Dadas las limitaciones financieras y de recursos bajo las cuales las organizaciones deben gerenciarse, es esencial que las expectativas de los clientes sean entendidas y medidas con propiedad para que, desde la perspectiva de los consumidores, cualquier brecha en la calidad del servicio sea identificada. Esta información puede ayudar al gerente a: identificar nuevas formas para cerrar las brechas que sean efectivas y de bajos costos, priorizar las brechas en las que se deben focalizar, orientar la identificación de las decisiones críticas dados los escasos recursos. (Arash Shahin, s.f.).

Los autores del modelo argumentan que la información sobre las brechas de calidad de servicio pueden ayudar a los gerentes a diagnosticar a dónde se puede apuntar la mejora del desempeño. Las brechas negativas más grandes, combinadas con la evaluación de las expectativas más altas, facilitan la priorización de las mejoras en el desempeño. Igualmente si los puntajes de las brechas de servicio resultan ser positivas, implicando que las expectativas no sólo son satisfechas sino excedidas, esto le permitirá a los gerentes revisar si ellos pueden estar "sobre proveyendo" este aspecto en particular del servicio y si existe una potencial reubicación de los recursos en aspectos que estén presentando un bajo desempeño (Arash Shahin, s.f.).

Gaster (1995) comenta "ya que la provisión de un servicio es compleja, no es sólo cosa de satisfacer las necesidades expresas, sino también de encontrar las necesidades sin expresar, establecer prioridades, distribuir recursos y públicamente justificar y dar cuentas por lo que se ha hecho" (cp. Arash Shahin, s.f., p. 5).

2.4 Dos brechas adicionales para el modelo

Para Luk y Layton (2002) es necesario que al modelo original de las brechas, se le agreguen dos brechas adicionales, básicamente para mejorar la habilidad de explicar de forma adecuada la ocurrencia de la brecha número 5. Una de las razones para plantear esto es la idea de que los proveedores de servicio (específicamente el personal de contacto) tienen sus propias percepciones de las expectativas de los clientes, pudiendo llegar a plantear el servicio en una forma que se desvíe de las especificaciones definidas por la gerencia. Por esto, mantener la calidad de servicio en un nivel consistente será entonces mucho más difícil.

Hubbert (1995; cp Luk y Layton, 2002) ha encontrado una brecha significativa en el servicio del personal de contacto y las expectativas de los consumidores en la prestación del servicio. Las discrepancias que se presentan aquí pueden exponer la interacción entre ambas partes. Las personas contacto (o front-line), pueden recoger información relacionada con las expectativas del cliente todos los días. Como esas expectativas pueden variar dependiendo del cliente, los mensajes que las reflejan pueden ser inconsistentes. Aunque el empleado debe ofrecer el servicio siguiendo ciertas especificaciones, en la práctica puede modificarlas o modificar el proceso de entrega, basándose en lo que él entiende espera el cliente (Luk y Layton, 2002). Partiendo de esto Luk y Layton (2002) proponen la siguiente brecha:

- **(BRECHA 6)** Discrepancia entre las **expectativas del cliente** y las **percepciones del empleado contacto**: surge por las diferencias que se presentan entre las expectativas del cliente y cómo el empleado contacto las entiende.

Cuando los empleados contacto tienen la capacidad de "customizar" la forma de entregar el servicio de acuerdo a su entendimiento de las expectativas de los clientes, el servicio ofrecido puede diferir de forma significativa de lo que la gerencia intentaba entregar (Luk y Layton, 2002).

Otro grupo de investigadores plantea que una nueva brecha puede crearse por las discrepancias en las percepciones de las expectativas del cliente entre el gerente y sus empleados. Derrick et. al. (1989; cp. Luk y Layton, 2002), investigó las percepciones de calidad a través de tres niveles de empleados (gerentes ejecutivos senior, staff de gerencia media y empleados contacto) en una variedad de industrias. Sus descubrimientos revelaron que aunque existen similaridad en las percepciones en cuanto a calidad en cada nivel de empleados, dentro de la organización no existe un consenso en el significado de calidad. Con base en esta investigación Luk y Layton (2002) proponen su segunda brecha adicional:

- **(BRECHA 7)** Discrepancia entre las **percepciones de los empleados** y **las percepciones de los gerentes**: en este caso el GAP se forma por la diferencia entre cómo entiende el gerente y el empleado de atención (quien ofrece el servicio), las expectativas que tiene el cliente.

Dos de las razones por las que las dos nuevas brechas pueden tener una influencia en la calidad de servicio (brecha 5) son las siguientes:

- Primero, la presencia de las brechas 6 y 7 acrecentará la brecha existente en la entrega del servicio. Los empleados contacto, quienes están seguros de su conocimiento sobre las expectativas del cliente, tenderán a ofrecer un servicio desviado de las especificaciones establecidas, las cuales son una traducción de la gerencia, basada en su entendimiento de las expectativas del cliente.
- Segundo, "cuando un proveedor y un cliente están operando bajo distintas percepciones existe una gran posibilidad de una insatisfacción que resultará en una baja evaluación de la calidad" (Brown y Swartz, 1989; cp. Luk y Layton, 2002, p. 114).

Con el fin de cerrar estas nuevas brechas, los proveedores de servicio deberían ofrecer programas de entrenamiento que eleven la capacidad (tanto del staff de la gerencia, como de los empleados contacto) de estar conscientes de las

expectativas del consumidor. Así mismo cobra adicional importancia la comunicación de los estándares de servicio a los empleados de contacto por parte de la gerencia.

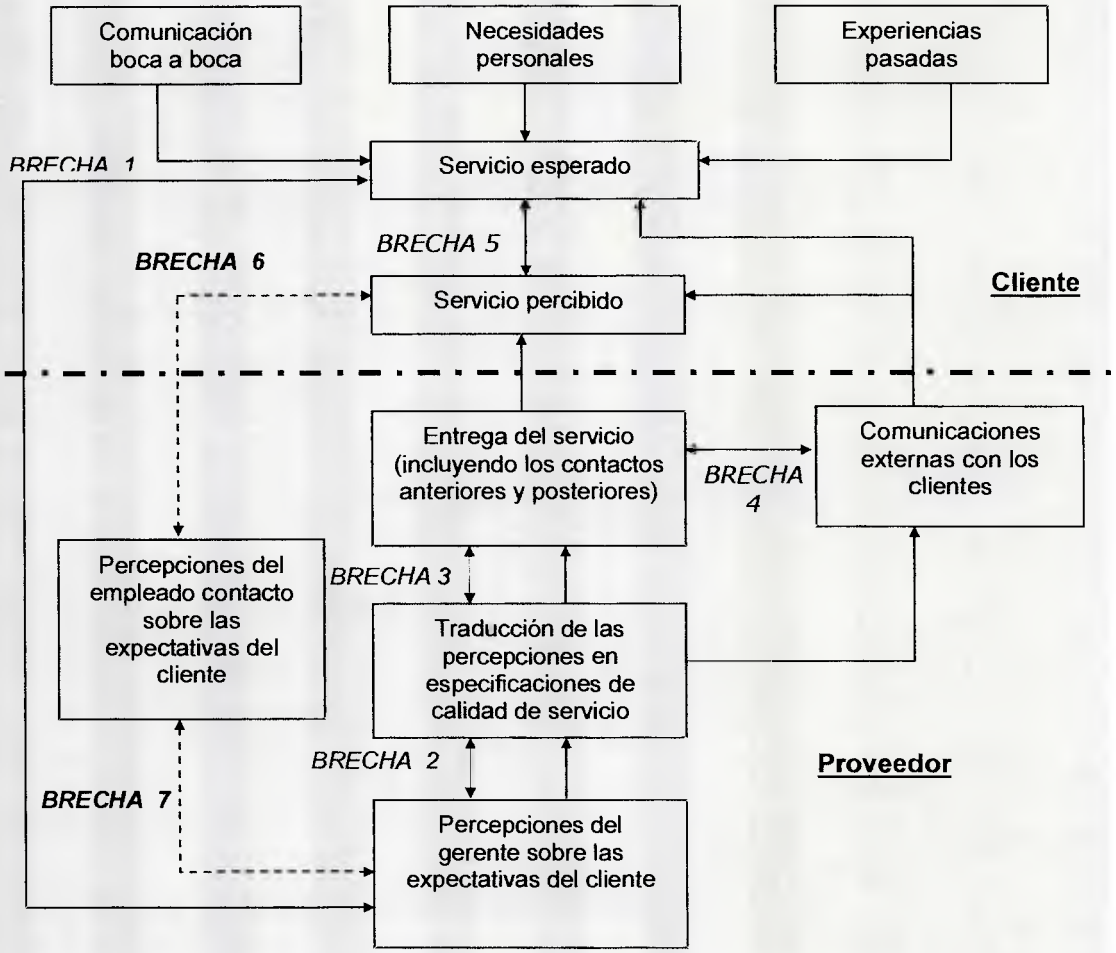


Figura 3. Modificación del modelo de brechas (Luk y Layton, 2002)

Con la presencia de estas nuevas brechas que relacionan al staff de la gerencia, los proveedores de servicio y los clientes (Figura 3), existe mayor importancia en establecer un alineamiento entre las evaluaciones de los empleados y los clientes sobre la calidad de servicio, y que los programas de entrenamiento de los empleados estén dirigidos hacia las áreas que el cliente valore (McColl-Kennedy y White, 1997, cp. Luk y Layton, 2002).

2.5 Profundizando en el modelo

En 1988, Parasuraman, Zeithaml y Berry ampliaron su modelo identificando una variedad de factores internos a la organización, que según ellos afectan los niveles de la calidad de servicio entregado. Las variables propuestas por los autores para cada una de las brechas son las siguientes:

Brecha 1: discrepancia entre las expectativas de los clientes y las percepciones de los gerentes sobre esas expectativas

1. *Orientación de la investigación de mercado*:

- Las empresas de servicio tienden a estar un paso atrás en el uso de la investigación de mercado y la utilización del enfoque orientado hacia el consumidor, en contraste con las empresas que comercializan productos tangibles. Las organizaciones de servicio son propensas a colocar menos énfasis en el mercadeo en general, creyendo que las funciones operativas son más críticas. Una orientación hacia las operaciones distrae el foco de los consumidores y reduce los esfuerzos para entender sus expectativas y necesidades.

- El uso de la investigación de mercado por parte de los gerentes de la organización, así como el grado en el que la investigación se focaliza en los temas relacionados a la calidad de servicio.

- Es de gran utilidad el tiempo que los gerentes puedan utilizar para estar "en el frente" del negocio, interactuando con los consumidores y experimentando la entrega del servicio. A medida que aumente el contacto entre los gerentes y los consumidores, podrán entender mejor a los consumidores y así reducir la brecha 1.

2. *Comunicación hacia arriba*:

- Las investigaciones sugieren que el personal de contacto puede de forma relativamente exacta predecir las expectativas del cliente y sus percepciones de servicio (Schneider y Bowen, 1985; cp. Zeithaml, Berry y Parasuraman, 1988). Esto hace que una gran parte del entendimiento que tengan los altos ejecutivos sobre el consumidor pueda depender de la extensión y los tipos de comunicación que establecen con el personal de contacto y con el personal que no pertenece a la compañía.

- Una faceta importante de la comunicación hacia arriba es su calidad o efectividad, la cual a su vez depende del medio a través del cual ocurra. Por ejemplo, la comunicación cara a cara, es más efectiva que la comunicación escrita porque usa varias claves de comunicación (verbales y visuales) simultáneamente.

3. *Niveles de gerencia*:

- El número de capas que existe entre los empleados de atención y la gerencia ayudan a inhibir la comunicación y el entendimiento entre ambos grupos, ya que coloca barreras entre los receptores y emisores de los mensajes. Mientras más capas existan, más grande será la brecha 1.

Brecha 2: Discrepancia entre la percepción que los gerentes tienen sobre las expectativas de los clientes y las especificaciones de calidad.

1. *Compromiso del gerente con la calidad de servicio*:

- Una de las explicaciones para la presencia de la brecha 2 es la ausencia de un compromiso total por parte de la gerencia con la

calidad de servicio. El énfasis en otros objetivos, como son la reducción de costos y los beneficios a corto plazo, generan resultados que son más fácilmente medibles y rasteables, pero que pueden robarle importancia al énfasis en la calidad de servicio.

- Variables específicas relacionadas con el compromiso de la gerencia incluyen: proporción de recursos que se comprometen en la obtención de la calidad, existencia de un programa interno de calidad y la extensión en la que la gerencia cree que sus intentos por mejorar la calidad de servicio serán reconocidos y recompensados por la organización.

2. *Establecimiento de metas*:

- Debido a que la calidad en los servicios se basa en el desempeño del proceso, los objetivos para la entrega del servicio usualmente son establecidos y medidos en términos del desempeño humano y de las máquinas. Las características que deberían tener esos objetivos para ser más eficientes son (Locke et al, 1981; cp. Zeithaml, Berry y Parasuraman, 1988): específico, aceptado, cubre importantes dimensiones del trabajo, revisado con el apropiado feedback, medible, "reto pero real". El desarrollo de las metas de servicio conlleva a definir la calidad de servicio en formas que le permitan a los empleados contacto entender lo que los gerentes quieren entregar.

3. *Estandarización de las tareas*:

- La traducción efectiva de las percepciones gerenciales en estándares específicos de calidad de servicio depende del grado en el cual la tarea se desempeñe de forma estandarizad y rutinaria. Según Levitt (1976; cp. Zeithaml, Berry y Parasuraman, 1988), la estandarización o

industrialización del servicio puede tomar tres formas: sustitución de la tecnología impersonal por contacto personal y esfuerzo humano, mejoramiento de los métodos de trabajo o la combinación de ambos métodos.

4. *Percepción de la posible factibilidad*:

- Esta brecha es afectada por la medida en que la gerencia perciba que el cumplimiento de las expectativas de los clientes es algo que se puede lograr. Las variables relacionadas con esta idea pueden incluir las capacidades organizacionales y los sistemas con los que se cuentan para cumplir con las especificaciones, así como el grado en el cual la gerencia cree que puede cumplir con las expectativas de forma rentable.

Brecha 3: Discrepancia entre las especificaciones de calidad y el servicio realmente ofrecido:

1. *Trabajo en equipo*:

- Los aspectos críticos relacionados con el trabajo en equipo son la extensión en la que los empleados ven a otros empleados como clientes, sienten que la gerencia se preocupa por ellos, sienten que están cooperando en lugar de compitiendo los unos con los otros y se sienten personalmente involucrados.

2. *Ajuste del empleado al trabajo*:

- Según los estudios realizados por Zeithaml, Berry y Parasuraman (1988), con frecuencia los problemas de calidad surgen porque los empleados que tienen contacto con el cliente no están bien adiestrados para cumplir con sus cargos. Debido a que los puestos

de trabajo que implican un contacto con los clientes tienden a estar situados en los niveles más bajos del organigrama organizacional, el personal que cumple con las funciones son frecuentemente los menos educados y los peor pagados de la compañía. Como resultado de eso, ellos pueden carecer de habilidades interpersonales y de lenguaje que les puedan ayudar a ofrecer un servicio eficiente a los clientes.

3. *Ajuste de la tecnología al trabajo*:

- Proveer un servicio con una alta calidad depende de la propiedad de las herramientas o de la tecnología que los empleados usen para desarrollar su trabajo.

4. *Control percibido*:

- Las reacciones de los individuos a situaciones estresantes dependen del grado de control que tengan sobre éstas. Cuando los empleados perciben que ellos pueden actuar de forma flexible en vez de en forma mecánica, en situaciones problemáticas que se les presenten en la entrega del servicio, aumentará la sensación de control y como consecuencia el desempeño.

- La percepción de control puede ser una función del grado en el que las reglas de la organización, sus procedimientos y cultura limitan la flexibilidad del empleado de contacto al momento de ofrecer el servicio. También puede ser la consecuencia del grado de autoridad del empleado para obtener ciertos resultados cuando el cliente se encuentra en otra parte de la organización. Las compañías de servicio comúnmente están organizadas internamente de cierta forma que hace que proveer el servicio de forma rápida para el cliente dificulte el trabajo del empleado.

5. *Sistemas de control supervisorio*:

- En muchas organizaciones el desempeño de los empleados es medido por sus resultados, por ejemplo número de unidades producidas o cantidad de ventas a la semana. En muchas organizaciones de servicio, de todas formas, el resultado de los sistemas control puede ser inapropiado o insuficiente para medir el desempeño del empleado en relación a la calidad del servicio que provee. En su lugar es recomendable el uso de sistemas de control de comportamiento, los cuales consisten de forma general en observaciones (u otro tipo de reportes) sobre la forma en la que los empleados trabajan o se comportan, en lugar de basarse en mediciones de los resultados.

6. *Conflicto de rol*:

- El rol de los empleados es definido por medio de las expectativas, demandas y presiones comunicadas por otras personas, como por ejemplo ejecutivos, gerentes o supervisores, que tienen un interés en cómo el empleado se desempeña en su trabajo (Katz y Kahn, 1978; cp. Zeithaml, Berry y Parasuraman, 1988). Cuando las expectativas de estas personas son incompatibles o demasiado demandantes, los empleados experimentan el conflicto de rol, la percepción de que ellos no pueden satisfacer todas las demandas de todos los individuos.

- Debido a que los empleados contacto son el puente entre la compañía y el consumidor, ellos deben satisfacer las necesidades de ambos, presentándose ocasiones en las que las expectativas de la compañía y de los consumidores entran en conflicto.

- Una empresa de servicio que reconoce los conflictos inherentes en el trato del personal de contacto, llevará un buen camino recorrido en la eliminación de los problemas causados por el conflicto de rol. Los resultados serán un mejor desempeño de los empleados y, como consecuencia, la reducción de esta brecha.

7. *Ambigüedad de rol*:

- Algunas variables organizacionales moderan la ambigüedad de rol experimentada por los empleados de servicio, siendo una de las principales la frecuencia, calidad y exactitud de la comunicación hacia abajo. Mientras más frecuentemente los gerentes le comuniquen a los empleados las metas, estrategias y objetivos de la organización, de una forma clara y sin ambigüedades, más baja será la ambigüedad que se pueda presentar en sus roles.

- Los entrenamientos provistos por la organización pueden ayudar a los empleados a ganar un entendimiento más exacto sobre lo que se espera de ellos y de cómo se les evaluará. Entrenarlos en habilidades de comunicación, especialmente de escucha a los clientes y entender lo que los clientes esperan, le da mayor claridad al rol del personal de contacto.

<u>Brecha 4:</u> Discrepancia entre el servicio real y lo que se comunica a los clientes sobre éste:

1. *Comunicación horizontal*:

- El propósito básico de la comunicación horizontal es coordinar tanto a las personas como a los departamentos, para que los objetivos generales de la organización puedan ser alcanzados. Si se quiere

que el cliente perciba la alta calidad, la comunicación horizontal entre departamentos es esencial.

- Un aspecto importante de la comunicación horizontal es la coordinación e integración de los departamentos en la organización para obtener los objetivos estratégicos. Una forma obvia de coordinación es necesaria para proveer una calidad de servicio consistente con las políticas y procedimientos entre los departamentos y sus dependencias.

2. *Propensión a sobre comprometerse*:

- Debido al incremento de la competencia en los sectores de servicio, una explicación intuitiva para la brecha 4 es que muchas empresas de servicio sienten la presión de adquirir nuevos negocios para igualar o vencer a la competencia, es por eso que se tienden a comprometer en exceso. Mientras más grande sea la presión que siente la empresa de servicio para generar nuevos clientes y su percepción del estándar de promesa de la industria, más grande será su propensión a extralimitarse.

2.6 La zona de tolerancia

Otro de los conceptos desarrollados por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1993) y que está relacionado directamente con su modelo de calidad de servicio, es la Zona de Tolerancia, la cual representa el área entre el nivel de servicio *adecuado* considerado por el cliente y el nivel de servicio *deseado* (Grapentine, 1998).

Este nuevo concepto es basado en dos proposiciones:

- Los clientes basan la valoración del desempeño del servicio en dos estándares: qué desean y qué consideran aceptable.

- Una zona de tolerancia separa el servicio deseado del servicio adecuado.

El límite superior de la zona de tolerancia representa el promedio de los resultados de las expectativas deseadas del cliente y el límite inferior, el promedio de los resultados de sus expectativas adecuadas. El desempeño del servicio es superior si los resultados de las percepciones exceden la zona de tolerancia, aceptable si las percepciones están dentro del ella, e inaceptables si las percepciones están por debajo.

Este concepto es de gran utilidad al momento del análisis de los resultados, ya que permite colocar en contexto los valores obtenidos, proveyéndole a las personas que toman las decisiones mayor información sobre qué tan cerca (o lejos) está el servicio de cumplir o exceder las expectativas del cliente. Esto obviamente ayudará a que se haga una mejor distribución de los recursos tanto financieros como humanos, en las áreas que representen mayor prioridad para mejorar.

2.7 Medición de la calidad de servicio

¿Por qué medir la calidad de servicio?

Para mejorar la calidad del servicio, es necesario estar en contacto de forma regular tanto con los clientes como con los empleados, de forma de medir sus experiencias. Adicionalmente la medición permite comparaciones entre la situación antes y después del cambio, la localización de los problemas relacionados con la calidad y el establecimiento de claros estándares para la entrega del servicio (Arash Shahin, s.f.).

Aunque la medición de la calidad es importante, también hay que tener cuidado con los excesos. La realización de mediciones demasiado frecuentes pueden incrementar las expectativas de los clientes y hacerles perder la motivación para contestar correctamente (Arash Shahin, s.f.).

Los dos instrumentos más utilizados para la medición de la calidad de servicio son: SERVQUAL propuesto por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985, 1988) y SERVPERF una modificación al concepto inicial del SERVQUAL, desarrollado por Cronin y Taylor (1992). Según el criterio de varios autores todavía no existe consenso sobre cuál de las escalas de medición es lo suficientemente robusta para medir y comparar calidad de servicio (Jain y Gupta, 2004).

Para Jain y Gupta (2004) una escala ideal de calidad de servicio no debe solamente ser psicométricamente lógica, sino que también debe ser robusta en el área de diagnóstico, para promover el discernimiento en los gerentes acerca de las acciones correctivas de las fallas en el área de calidad.

SERVQUAL:

Partiendo de la operacionalización del concepto de calidad de servicio como una brecha entre las expectativas y las percepciones del clientes, Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985, 1988) crearon una escala de medición compuesta por 44 preguntas que evalúan (a) las percepciones (P) y (b) las expectativas (E) para cada uno de los 22 ítems planteados, los cuales miden el desempeño a través de las siguientes 5 dimensiones:

Dimensión	Significado
Elementos tangibles	Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, empleados y materiales de comunicación.
Fiabilidad	Habilidad de prestar el servicio prometido de forma seria y precisa.
Capacidad de respuesta	Deseo de ayudar a los clientes y de servirles de forma rápida
Seguridad	Cortesía y conocimiento del servicio prestado por parte de los empleados, así como su habilidad para transmitir confianza al cliente
Empatía	Atención individualizada al cliente

Las respuestas de los clientes son obtenidas por medio de una escala tipo Likert de 7 puntos, que servirá para comparar posteriormente las puntuaciones de los 22 ítems y así obtener la brecha entre ambas mediciones (P-E). De esta forma, un cliente valorará negativamente (o positivamente) la calidad de un servicio en el

que las percepciones que ha obtenido sean inferiores (o superiores) a las expectativas que tenía. Mientras más alto sea el puntaje de la brecha, más alto será la percepción del nivel de calidad de servicio. La Ecuación 1 representa la operacionalización de esta medición.

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

donde:

SQ_i = Calidad de servicio percibido por el individuo 'i'
k = número de atributos / ítems
P = percepción del individuo 'i' con respecto al desempeño de la empresa en el atributo 'j'
E = expectativa de la calidad de servicio para el atributo 'j' para el individuo 'i'

Ecuación 1. Fórmula de SERVQUAL

Los autores probaron este instrumento junto con su modelo, en varias empresas de servicio dentro de las siguientes áreas: bancos, tarjetas de crédito, reparación y mantenimiento, y servicio telefónico de larga distancia. Finalmente los resultados de las mediciones multi-ítem fueron estadísticamente significativos, obteniendo validez discriminante y respetables coeficientes de confiabilidad que excedían 0,70 (Grapentine, 1998).

El ser un instrumento estadísticamente válido, basado en un exhaustivo estudio de campo y que ha pasado por un largo proceso de refinamiento, evita que sea confundido por usuarios o proveedores como "algo inventado a último minuto" o como un cuestionario que lleva a los clientes a respuestas predeterminadas (Arash Shahin, s.f.). Alguna de sus múltiples aplicaciones son:

- Permite la categorización de los clientes de una empresa en segmentos, basándose en la percepción de la calidad que se refleja en los resultados obtenidos con el SERVQUAL. Posteriormente estos segmentos podrían ser analizados con base en: (a) Perfiles demográficos y/o psicográficos (b) Relativa importancia de las cinco dimensiones en su influencia sobre

las percepciones de la calidad de servicio (c) Razones detrás de las percepciones reportadas (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988).

- Comparación de las distintas unidades dentro de una compañía o como forma de monitoreo de los niveles de servicio que ofrecen cada una de las tiendas de una cadena.

- Identificación de las prioridades de la empresa, en lo relacionado a la calidad de servicio, por medio de la identificación de las dimensiones más sobresalientes para sus mercados objetivos, lo cual puede ser complementado con la comparación del desempeño del servicio entre la compañía y sus principales competidores en términos de fortalezas y debilidades en estas dimensiones en particular (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988).

Así como el SERVQUAL es un instrumento que es extensivamente usado para medir la calidad de servicio externa, el instrumento también puede ser modificado para evaluar la calidad del servicio que ofrecen internamente los empleados al personal de otros departamentos (Arash Shahin, s.f.)

SERVPERF:

A la luz de las críticas dirigidas al SERVQUAL, sobretodo los puntos que se esgrimen en torno a la vaguedad de la definición del concepto de Expectativas (E), varios investigadores como Carman (1990; cp. Jain y Gupta, 2004) y Bolton y Drew (1991; cp. Jain y Gupta, 2004) sugirieron la necesidad de una herramienta más precisa metodológicamente hablando. Por esta razón, Cronin y Taylor (1992) crearon el SERVPERF. Esta modificación se basa en razonamientos teóricos para argumentar que la medida de las expectativas (E) no es necesaria y debe ser descartada, midiendo únicamente el componente de las Percepciones (P). Este planteamiento puede ser representado en la Ecuación 2.

$$SQ_i = \sum_{j=1}^{k} P_{ij}$$

donde:

SQ_i = Calidad de servicio percibido por el individuo 'i'
k = número de atributos / ítems
P = percepción del individuo 'i' con respecto al desempeño de la empresa en el atributo 'j'

Ecuación 2. Fórmula de SERVPERF

Aparte de respaldarse con argumentos teóricos, Cronin y Taylor (1992; cp. Jain y Gupta, 2004) proveyeron evidencia empírica con la realización de un estudio que abarcó cuatro tipos de industrias distintas (bancos, control de plagas, tintorería y comida rápida), el cual tuvo como fin corroborar la superioridad de su instrumento de "sólo percepciones", sobre la escala basada en la no-conformación SERVQUAL.

Por ser una variante del SERVQUAL y contener solamente el componente de desempeño percibido, este nuevo instrumento está compuesto sólo por 22 ítems, que cubren las mismas cinco dimensiones. Un resultado que muestre un desempeño superior percibido, implicará una mayor calidad de servicio.

Según Jain y Gupta (2004) esta nueva escala no es sólo más eficiente al reducir el número de ítems a ser medidos en un 50%, sino que además se ha demostrado de forma empírica que es superior al SERVQUAL por ser capaz de explicar una mayor varianza en la calidad de servicio total, medida a través del uso de una escala de un ítem.

Versiones con pesos:

Debido a que no se espera que los atributos de calidad de servicio sean igualmente importantes a lo largo de las distintas industrias de servicio, pudiendo variar considerablemente dependiendo del tipo de servicio que se ofrezca y de los clientes que lo reciban, se ha sugerido incluir pesos de importancia en las escalas

de medición (Cronin y Taylor, 1992; Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1990, 1991, 1995, 1998; cp. Jain y Gupta, 2004)

La idea detrás de esto es incorporar la percepción de importancia del cliente sobre los distintos atributos que se están analizando, los instrumentos con pesos son capaces de dirigir más precisamente la atención a las áreas deficientes, que pueden ser consideradas más críticas desde el punto de vista del cliente, necesitando por esa razón de atención urgente.

Este concepto de los pesos se puede implementar de distintas formas:

- Asignar pesos equivalentes a cada una de las dimensiones, lo cual le daría una importancia relativamente igual a cada una.
- Incluirse en el cuestionario una pregunta para que el encuestado reparta 100 ó 10 puntos entre las diferentes dimensiones según la importancia que le asigne.
- Pedirle al encuestado que valore en una escala de 0-10 ó de 0-100 cada una de las dimensiones por separado.
- Con base en la información recolectada se puede calcular la importancia de cada ítem por medio de un análisis de componente principal.
- Por medio de una escala de Likert de "n" puntos, medir la importancia de cada ítem.

Para la última opción existe una versión de las fórmulas del SERVQUAL y SERVPERF que se muestran en las Ecuaciones 3 y 4.

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

Ecuación 3. Fórmula de SERVQUAL con pesos

$$SQ_i = \sum_{j=1}^{k} I_{ij}(P_{ij})$$

Ecuación 4. Fórmula de SERVPERF con pesos

donde

I_{ij} = factor de peso. Importancia del atributo 'j' para el individuo 'i'

Por las razones vistas anteriormente pareciera que el motivo más importante para usar una escala multi-ítem en comparación con una escala de un solo ítem, es su habilidad para aportar información acerca de los atributos donde una empresa es deficiente en proveer calidad de servicio y que por lo tanto necesita mejorar.

Ante lo empírico de estas suposiciones y el desconocimiento sobre cuál de las dos escalas reseñadas es superior, Jain y Gupta (2004) decidieron realizar un estudio en los restaurantes de comida rápida de India para comparar su potencial y posibles situaciones adecuadas para su uso. El estudio comparó las versiones de ambos instrumentos, con y sin pesos.

El resultado de la investigación muestra que aunque las cuatro escalas tienen poder de diagnóstico para sugerir áreas de acción gerencial, las cuatro se diferencian considerablemente en términos de las áreas sugeridas, así como en la prioridad de atención.

Estas discrepancias entre los resultados de las cuatro versiones se debe en parte a los diferentes puntos de referencia que se usan de forma explícita o implícita al momento del análisis de los datos. Mientras que la escala SERVPERF solamente puede usar como punto de referencia para un servicio de calidad, el máximo valor de la escala que esté usando, el SERVQUAL utiliza las expectativas del cliente para cada uno de los ítems de servicio evaluado. Como consecuencia, el SERVPERF con sus resultados, puede sugerir intervenciones en áreas donde el desempeño de la empresa ya ha alcanzado las expectativas del cliente.

Aunque idealmente el comportamiento debería ser como lo plantea el SERVPERF, la constante búsqueda por parte de la gerencia del máximo nivel de desempeño (por ejemplo 5, en una escala de cinco) en todas las áreas de servicio donde no se tenga, esto se puede lograr sólo cuando las situaciones no tienen limitaciones de tiempo y costos, y donde además se asume que todas las áreas tienen la misma importancia para el cliente. En caso contrario, en aquellas situaciones donde la gerencia trabaja con limitaciones, y a los consumidores no les importa obtener el máximo desempeño posible en todas las áreas, la gerencia necesita identificar las áreas más críticas desde del punto de vista de los consumidores para actuar ahí. Es este último enfoque hacia lo que apunta el SERVQUAL (Jain y Gupta, 2004).

Si se toman en cuenta los resultados de este estudio, las versiones con pesos de ambas escalas, proveen un insight mucho más útil que las versiones sin peso, al incorporar las percepciones del cliente sobre la importancia de los diferentes atributos de servicio en el análisis. Las escalas de calidad de servicio con pesos, son capaces de dirigir la atención de la gerencia hacia las áreas deficientes que son consideradas más críticas desde el punto de vista del cliente y como tal merecen que se les atienda con más urgencia.

Sobre la superioridad o idoneidad de los dos instrumentos, Jain y Gupta (2004) establecieron que:

1. SERVPERF provee una explicación convergente y discriminante del constructo "calidad de servicio" con una mayor validez. Por lo tanto, debido a su consistencia psicométrica y a su facilidad de aplicación, el SERVPERF debería ser utilizado como la escala para evaluar la calidad de servicio general de una empresa, al igual que en los estudios que tengan como propósito la comparación de calidad de servicio entre competidores.

2. Por otro lado, cuando el objetivo de la investigación es la identificación de áreas relacionadas con las fallas en la calidad de servicio, para una

posible intervención por parte de los gerentes, el SERVQUAL es la escala indicada por su poder superior de diagnóstico. El único problema serio con SERVQUAL es la gigantesca tarea de recolección de data que requiere.

2.8. Críticas al SERVQUAL

A pesar de su extensa aplicación, el modelo de las brechas de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985, 1988) y su instrumento de medición asociado SERVQUAL, han sido criticados en varios terrenos, tanto conceptuales como operativos. Algunos de los puntos en los que han surgido los ataques son: uso de la brecha (P-E), la longitud del cuestionario, su poder predictivo y la validez de la estructura de cinco dimensiones (Babakus y Boller, 1992; Cronin y Taylor, 1992, Teas, 1993, 1994; cp. Jain y Gupta, 2004).

Los investigadores que critican el uso de la brecha P-E, argumentan que la mayoría de los estudios han demostrado un pobre ajuste entre la calidad de servicio medida por medio de esta escala y la calidad de servicio general medida directamente por medio de una escala de un solo ítem. Esto pone en duda la habilidad de sus mediciones para proveer información adicional de la que ya contiene el componente de la percepción (Babakus y Boller, 1992; Iacobuccui, Grayson y Ostrom, 1994; cp. Jain y Gupta, 2004).

Otra de las críticas está dirigida al hecho de que mientras las Percepciones (P) son definibles y medibles de forma clara como la creencia del consumidor acerca del servicio experimentado; el componente de las Expectativas (E) es subjetivo a múltiples interpretaciones como lo han sugerido varios autores/investigadores (Babakus y Inhofe, 1992; Grönroos, 1990; Teas, 1993, 1994 ; cp. Jain y Gupta, 2004).

Uno de los críticos en esta área es Teas (1993, 1994; cp. Jain y Gupta, 2004), quien parte del planteamiento de que cualquier definición operacional y cualquier apoyo empírico de un modelo debe descansar en fuertes bases teóricas,

porque sino las definiciones corren el riesgo de volverse vagas y ambiguas, afectando finalmente la validez de los modelos cuantitativos en los que se basan (Grapentine, 1998).

En el caso de SERVQUAL, Teas (1993, 1994) argumenta que los autores utilizan demasiados términos vagos al plantear las expectativas, como "el nivel de servicio que representa la mezcla entre lo que el cliente cree que "puede" y "debe" recibir". El significado de "puede" no explica si se refiere al ideal de desempeño o si más bien se debe basar en evaluaciones de experiencias previas. Por otro lado, el término "debe" puede prestarse a una mala interpretación por no saberse si se refiere a lo que el cliente siente que es justo, basándose por ejemplo en el costo del servicio, o si debe ser una predicción del desempeño futuro basado en experiencias previas (Grapentine, 1998).

La variación de la información provista por los datos recogidos con SERVQUAL, puede entonces ser parcialmente causada por la forma en que los encuestados respondan e interpreten la pregunta, no representando reales diferencias entre sus actitudes y perspectivas. Adicionalmente, Teas (1993, 1994) considera que la vaguedad introduce confusión en la literatura que se usa para futuras investigaciones (Grapentine, 1998).

Parasuraman, Berry y Zeithaml (1985) inicialmente definieron las expectativas como "deseos o querencias del consumidor", es decir, lo que el servicio *debe* proveer en lugar de lo que proveerá. Ellos se basaron en la diferencia que existía en el uso del término "expectativas", entre la literatura de calidad de servicio y la literatura de satisfacción al cliente. Debido a estas críticas los autores decidieron cambiar la interpretación de *"debe"* para llevarla más hacia la línea de la "expectativa ideal" (Zeithaml y Parasuraman, 1991; cp Jain y Gupta, 2004). Posteriormente, al darse cuenta que seguían existiendo problemas con esta interpretación, propusieron una medición revisada del término expectativa (E*) como lo que el cliente *esperaría* de un servicio excelente (Parasuraman, Berry y Zeithaml, 1994; cp Jain y Gupta, 2004).

2.9 Sistemas de información de calidad de servicio

El tema de la medición de la calidad de servicio, es un tema complejo y, para garantizar por lo menos un acercamiento medianamente real, se debe hacer una investigación y planificación exhaustiva de los métodos que se usarán, así como de las personas y momentos en que se harán las mediciones. Si se realiza un solo estudio de calidad, lo que se obtiene es una fotografía que refleja el momento particular y el ángulo específico del que se tomó. Si se desean obtener insights más profundos e información que provea un apoyo a la toma de decisiones, se debe contar con una serie de fotografías continuas, tomadas desde varios ángulos y diferentes lentes; hacer esto significa que la empresa debe mantener una escucha sistemática.

Bajo estos argumentos, lo ideal entonces sería crear un Sistema de Información de Calidad de Servicio (SICS), el cual medirá de forma sistemática la calidad de servicio desde múltiples perspectivas y desde múltiples puntos de vista (Grapentine, 1998), para sistemáticamente capturar, organizar y diseminar la información sobre calidad de servicio a las personas que toman las decisiones. El uso de múltiples acercamientos de investigación es necesario porque cada acercamiento tienen tanto limitaciones como fortalezas, y si se combinan se logra aprovechar las fortalezas de cada uno y compensar las debilidades.

Para que este tipo de sistemas sea efectivo, debe escuchar constantemente a tres tipos de clientes: clientes externos que han experimentado el servicio de la empresa; clientes de la competencia que la empresa desearía fueran suyos; y clientes internos (empleados), quienes dependen de servicios internos para proveer sus propios servicios (Berry y Parasuraman, 1997).

Un SICS efectivo es capaz de indicarle a los que toman las decisiones aquellos atributos de servicio que son importantes para los clientes o posibles clientes, qué partes del sistema de la empresa de servicio están funcionando bien o están fallando, y cuáles inversiones están generando ganancias. Un SICS ayuda a focalizar la planificación y la asignación de recursos, pudiendo convertirse en la

base de un efectivo sistema de recompensa para los empleados de primera línea (o atención), porque permite identificar los proveedores de servicio más efectivos.

Las compañías tienen una amplia paleta de opciones al momento de escoger los acercamientos de investigación que puede usar para construir su SICS, como por ejemplo: encuestas transaccionales, "compras misteriosas", entrevistas de focus groups, entre otras. Por supuesto que no se deberían utilizar todos los acercamientos en el mismo sistema, ya que mucha información obscurece hasta el más significativo de los descubrimientos y puede intimidar a los usuarios. Los acercamientos que se utilicen deben ser evaluados a la luz de la naturaleza del servicio, la estrategia de servicio de la empresa y la necesidad de información que tienen los usuarios finales (Berry y Parasuraman, 1997).

Dentro de esta paleta existen cuatro acercamientos de investigación que se aplican virtualmente a todas las organizaciones y pueden ser considerados componentes esenciales de un SICS (Berry y Parasuraman, 1997): (a) encuestas transaccionales, (b) captura de dudas, quejas y comentarios de los clientes, (c) medición del mercado total y (d) encuestas de empleados. Estos acercamientos aseguran cubrir los tres tipos de clientes, ayudando a documentar las partes del sistema de servicio que están propensas a fallas, proveyendo feedback tanto transaccional como general a todo el sistema.

"Necesitamos evaluar constantemente qué es lo que estamos midiendo, por qué lo estamos haciendo y si los resultados valen la pena en la panorama general de la compañía, sino corremos el riesgo de estar desperdiciando tiempo y esfuerzo" (Larry Brandt; cp. Berry y Parasuraman, 1997, p. 72).

Para Berry y Parasuraman (1997), quienes han hecho un estudio de los SICS, existen dos pruebas importantes que se deben hacer para medir la efectividad de un SICS:

- Determinar la extensión hasta la cual mantiene informado y guía las decisiones que están relacionadas con el servicio.

- Identificar la extensión hasta la cual el sistema motiva, tanto a la gerencia, como a los empleados para mejorar el servicio.

Los autores ofrecen cinco guías para desarrollar un sistema que cumpla con estas pruebas:

1. Medir las expectativas del servicio.
2. Enfatizar la calidad de la información.
3. Capturar las palabras de los clientes.
4. Enlazar el desempeño del servicio con los resultados del negocio.
5. Alcanzar a todos los empleados.

1. Medir las expectativas del servicio:

Medir el desempeño del servicio "per se", no es tan significativo como medir el desempeño en relación a las expectativas del cliente, las cuales proveen un marco de referencia para evaluar el servicio. En palabras de Goodman, et al. (cp. Berry y Parasuraman, 1997, p. 69):

> "¿Qué tan satisfecho está un cliente satisfecho? ¿Cuándo bueno, es suficientemente bueno?. Por desgracia, las compañías que preguntan a sus clientes cuán satisfechos están sin investigar sus expectativas, no pueden responder estas dos preguntas"

El único problema de este punto es que medir las expectativas le agrega complejidad y longitud al proceso de encuestas, pudiendo incluso elevar los costos.

2. Enfatizar la calidad de la información:

La calidad de la información, no cantidad, es el objetivo de crear un SICS. Para probar la calidad de la información se deben hacer las siguientes preguntas:

- *¿Es relevante?*: la información relevante de calidad de servicio focaliza la atención de los que toman las decisiones en los puntos más importantes para alcanzar o superar las expectativas de los clientes externos, convertir a potenciales clientes y permitir que los empleados mejoren el servicio. Mientras más se focalice el SICS en las prioridades del servicio para los tres tipos de clientes, es más probable que el gerente invierta en las iniciativas más apropiadas que pueden hacer una diferencia positiva.

- *¿Es precisa? / ¿Es útil?*: precisión y utilidad van de la mano. La información que es demasiado amplia o general no es útil. La información relacionada con lo que se debe hacer para mejorar el servicio, es útil.

- *¿Está en contexto?*: un SICS efectivo presenta la información de forma dinámica. Los resultados del sistema señalan los elementos que se han vuelto más o menos importantes – enmarcando así el contexto. Datos recientes son más valiosos cuando se presenta en el contexto de los datos pasados. El estudio de la tendencia en los datos revela patrones e insights que no son posibles de revelar cuando se usan solamente datos tomados en un momento específico.

- *¿Es creíble?*: si esta característica no se cumple, el SICS no motivará a la gerencia o a los empleados. Para mejorar la credibilidad de la información, las empresas pueden solicitar ayuda a las unidades operativas en el diseño de los acercamientos de investigación a utilizar, así como en el desarrollo de las preguntas específicas. La credibilidad del sistema es reforzada cuando múltiples mediciones con distintas medidas apuntan hacia conclusiones similares.

- *¿Es entendible?*: lenguajes estadísticos no familiares y símbolos confusos, intimidan y desalientan a los usuarios, pudiendo causar un uso fingido del sistema e incorrectas interpretaciones de los resultados. El

diseño del SICS debe ser amigable, con reportes uniformes y una clara presentación de los datos.

- *¿Está a tiempo?*: todos los otros atributos de la calidad de la información son inútiles si la información no está disponible cuando el que toma las decisiones la necesita.

3. Capturar las palabras de los clientes:

Para que el SICS sea más efectivo, debe construirse una base de datos cualitativos y cuantitativos, esto básicamente porque los números no tienen la capacidad de transmitir el tono, la inflexión, el sentimiento y "las imágenes en palabras" de las voces de los clientes.

La tabulación de las preguntas de una encuesta puede resaltar características específicas de una transacción con necesidad de mejora desde el punto de vista del cliente. En contraste, los comentarios abiertos son especialmente efectivos en motivar a los gerentes y darle a la tabulación sustancia y un toque humano (Drew y Fussell; cp. Berry y Parasuraman, 1997).

Las compañías que investigan en el área de SICS deben tomar en cuenta lo que McQuarrie (cp. Berry y Parasuraman, 1997) llama "preguntas perennes". Una pregunta de este tipo, es una pregunta abierta que le permite al cliente hablar de forma directa sobre lo que más le preocupa. Si esta información es recolectada de forma consistente y almacenada en una base de datos, podrá utilizarse posteriormente para investigar posibles patrones en los datos.

Ejemplo de este tipo de preguntas serían:

- Para clientes: "¿qué mejoras, si es que alguna, le haría usted a la empresa?"

- Para empleados: "¿cuál es el problema más grande que enfrentas en el trabajo diario al tratar de ofrecer un servicio de alta calidad al cliente?"

4. Enlazar el desempeño del servicio con los resultados del negocio:

"La evidencia señala que un servicio excelente le permite a la empresa fortalecer la lealtad del consumidos e incrementar su market share" (Berry y Parasuraman, 1997, p. 73)

Para ratificar esta afirmación las empresas no necesita de información exterior, ellas mismas pueden recolectar evidencia del impacto que ha tenido la calidad de servicio en sus ganancias, permitiendo así que las inversiones sean más creíbles y basadas en hechos, al momento del proceso de planificación y presupuesto.

Un SICS debería reflejar en sus resultados el impacto que ha tenido el desempeño del servicio en los resultados del negocio. Por ejemplo, la realización de encuestas a clientes nuevos, no muy contentos y clientes que ya no usan el servicio, ofrece la posibilidad de medir los beneficios y daños del mercado, asociados a la calidad de servicio. Por otro lado, se puede estimar el impacto que tendrá un efectivo servicio de recuperación, si se mide la satisfacción de los clientes que se quejan, en relación con el manejo de ésta por parte de la empresa y su posterior intención de recompra.

5. Alcanzar a todos los empleados:

Un SISC traerá beneficios sólo si los que toman las decisiones lo usan; por esto, debería diseminar la información relevante del servicio a todas las personas de la organización, ya que cada empleado por lo general toma diariamente decisiones que determinan la efectividad de sus acciones. Uno de los principales retos del diseño de este tipo de sistemas, es determinar quiénes reciben qué información, en qué forma y cuándo.

El no compartir información relevante sobre la calidad de servicio, sobretodo con los empleados que se encuentran en los niveles bajos del organigrama, hace que la empresa deje pasar una oportunidad importante de enseñanza, reforzamiento y construcción de cultura.

"La calidad de servicio es una viaje sin fin. Un sistema de información de calidad de servicio efectivo le recuerda a todos que más trabajo queda por hacer" (Berry y Parasuraman, 1997, p. 69).

CAPÍTULO III: MARCO ORGANIZACIONAL

3.1 Génesis

La situación del sector salud para la población de escasos recursos es clara, una atención pública deficiente, mientras que la opción privada es por lo general, inasequible. Al analizarla desde este punto de vista, se puede observar un sistema que ha ido descuidando sistemáticamente los niveles primarios de atención y los aspectos relacionados a las tareas de educación, trayendo como consecuencia un incremento sustancial en enfermedades producidas por causas previsibles (Rodríguez, 2005).

Dentro de este marco situacional, la Universidad Católica Andrés Bello, toma la iniciativa para crear un proyecto social en el área de salud, que más tarde se consolidaría en lo que hoy es el Centro de Salud Santa Inés UCAB (CSSI).

El Centro de Salud Santa Inés UCAB, se puede definir como una institución sin fines de lucro dedicada a "promover la salud, a través de la atención integral, preventiva y curativa, desarrollando un modelo eficiente de servicio público y de gestión privada, de alta calidad y sin fines de lucro" (Rodríguez, 2005, p. 8).

Se encuentra ubicado en el Parque Social Padre Manuel Aguirre s.j., frente a la Universidad Católica Andrés Bello, en Montalbán, Parroquia la Vega. Su área de influencia directa, por lo menos al momento de su apertura, eran las parroquias de Antímano, Caricuao, Macarao y La Vega, las cuales se caracterizan por tener una población de muy escasos recursos. En la actualidad al CSSI asisten no sólo personas de las zonas aledañas, sino también de toda el área metropolitana e incluso del interior del país.

3.1.1 Un breve recuento de la historia del Centro de Salud Santa Inés UCAB:

Un proyecto de esta magnitud, no se puede crear de la noche a la mañana, debe cumplir con ciertos pasos y atravesar varias etapas, antes de llegar a consolidarse. En la Tabla 1, Rodríguez (2005) resume de manera breve los sucesos más relevantes en la creación del CSSI.

Tabla 1. *Cronograma de Sucesos Relevantes del Surgimiento del Centro (Rodríguez, 2005, p. 23)*

Muerte de Simón Planas Suárez	Marzo 1967
Creación de la Fundación Inés de Planas	1967
Concepto del Parque Social	1994
Trámites para cambios en la ejecución del Testamento	Marzo 1994 – agosto 1995
Obtención del comodato del terreno	1995
Aprobación aporte gobierno Vasco	1995
Inicio de construcción	1995
Entrega de obras de infraestructura física	Noviembre 1998
Investigación mejores prácticas de salud	Abril 1998 – febrero 1999
Proyecto inicial del Centro	Enero 1999
Diseño detallado de la organización y procedimientos	Enero – agosto 1999
Apertura del Parque y del Centro de Salud Santa Inés	13 de septiembre de 1999
Comprar del terreno	9 de septiembre de 2002

La idea original detrás del CSSI, era la creación de un lugar donde se pudieran desarrollar modelos de atención social ejemplares por su respeto a la dignidad humana, la eficiencia de su gestión y su impacto real en la vida de los beneficiarios.

Uno de los primeros aspectos a solucionar fue la ubicación para construir el Parque Social. El terreno en el que se encuentra ubicado actualmente le pertenecía al Centro Simón Bolívar y le fue cedido inicialmente a la UCAB en 1995, bajo la figura de comodato, por un período de cinco años. Posteriormente siguió un complicado proceso de negociación con las autoridades del Centro Simón Bolívar

para comprar de forma definitiva el terreno, asegurando así la garantía básica de sustentabilidad. Finalmente, el 9 de septiembre de 2002, se materializa la compra.

La construcción de los edificios comenzó en 1995, gracias al primer aporte que recibió el CSSI por parte del gobierno vasco. Este primer aporte no sólo sirvió como insumo esencial para la construcción, sino también para cumplir con las condiciones que establecía el Centro Simón Bolívar para la asignación del comodato. Adicionalmente, este aporte fue el paso inicial que impulsaría a que otras empresas cooperaran con el proyecto.

Otro elemento clave para el Centro de Salud, es el respaldo de la Fundación Inés de Planas, la cual fue creada en 1967, con la misión de utilizar su capital en la construcción de un hospital. Debido a varias circunstancias no se logró la construcción del hospital, pudiendo entonces destinar esos fondos a la creación de proyectos de salud primaria y secundaria, por lo cual el CSSI era una propuesta ideal.

Esta Fundación participó entonces en los aportes necesarios para la construcción de la sede, al tiempo que comprometía su apoyo para el funcionamiento del nuevo centro de salud. Estableció, que los recursos requeridos para su sustentabilidad provendrían exclusivamente de los intereses generados por el capital disponible, y que serían suministrados con el fin de garantizar un servicio de calidad a precios lo suficientemente bajos como para cumplir con la misión del Centro.

Entre enero y agosto de 1999 se completó el diseño de la organización y los procedimientos del futuro Centro de Salud; enfatizando siempre la calidad de servicio, el control de costos y una estructura que fácilmente pudiese crecer. Finalmente el 13 de septiembre de 1999, el Centro de Salud Santa Inés UCAB abre sus puertas al público.

3.1.2 Innovaciones del CSSI:

La creación del CSSI incluyó importantes innovaciones, siendo la más resaltante el establecimiento de un equipo gerencial predominantemente joven, que rompía con el paradigma profesional típico, donde el médico participaba como actor exclusivo y principal de la gerencia de un centro de salud. De esta forma la dirección del equipo gerencial del CSSI recayó en un profesional de las ciencias sociales, quien sería parte y coordinaría un "triunvirato", donde también participan un gerente de administración y un gerente de atención en salud.

Por medio de este esquema innovador, se logra reforzar las áreas claves del Centro:

- Dirección eficiente, concentrada en la planificación estratégica y en el cumplimiento de metas establecidas.
- Administración responsable, capaz de hacer más con menos.
- Dirección médica que regulase y diese seguimiento a los patrones de calidad exigidos para un centro de salud de primer orden.

Desde su inauguración en septiembre de 1999, el Centro ha sufrido un crecimiento vertiginoso en todos los aspectos, tanto de servicios médicos como de pacientes que asisten. El número de especialidades médicas pasó de cuatro en 1999, a diecinueve en el 2004; al igual que de tres servicios diagnósticos se incrementa a ocho en el mismo período. Esto muestra como el Centro, en cinco años, ha ampliado significativamente su oferta.

Tabla 2. *Crecimiento de la Oferta en Consultas (Rodríguez, 2005, p. 32)*

1999	2000	2001	2002	2003	2004
Pediatría	Pediatría	Pediatría	Pediatría	Pediatría	Pediatría
Ginecología	Ginecología	Ginecología	Ginecología	Ginecología	Ginecología
Med. Interna	Med. Interna	Med. Interna	Med. Interna	Med. Interna	Med. Interna
Cardiología	Cardiología	Cardiología	Cardiología	Cardiología	Cardiología
	Neumonología	Neumonología	Neumonología	Neumonología	Neumonología
	Odontología	Odontología	Odontología	Odontología	Odontología
	Reumatología	Reumatología	Reumatología	Reumatología	Reumatología
	Traumatología	Traumatología	Traumatología	Traumatología	Traumatología

1999	2000	2001	2002	2003	2004
	Nutrición	Nutrición	Nutrición	Nutrición	Nutrición
		Geriatría	Geriatría	Geriatría	Geriatría
		Otorrinolarin.	Otorrinolarin.	Otorrinolarin.	Otorrinolarin.
		Oftalmología	Oftalmología	Oftalmología	Oftalmología
		Dermatología	Dermatología	Dermatología	Dermatología
			Gastroentero.	Gastroentero.	Gastroentero.
				Fisiatría	Fisiatría
				Endocrinología	Endocrinología
				Neurología	Neurología
				Urología	Urología
				Rehabilitación	Rehabilitación
				Infectología	

Tabla 3. *Crecimiento Anual de los servicios realizados (Rodríguez, 2005, p. 33)*

	2000	**2001**	**2002**	**2003**
Consultas	9.975	16.909	21.585	27.223
Servicios diagnósticos	15.066	20.163	26.638	36.804
Procedimientos y servicios	0	0	541	7.873

3.1.3 El modelo de financiamiento:

La gerencia del CSSI ha concebido un modelo financiero basado en el autofinanciamiento, en el cual participan cinco actores importantes, cada uno a su manera.

- Los *usuarios* con el pago de las tarifas solidarias que son calculadas de manera que cubran los costos operativos. "No se pretende dar un servicio gratuito, sino con un precio que no sea una barrera infranqueable" (Rodríguez, 2005, p. 56).

- La *Fundación Inés de Planas*, quien colabora con el financiamiento de los gastos generales del Centro de Salud los cuales incluyen rubros como gastos ordinarios, sueldos y salarios. De esta forma se cubre una buena parte de los gastos operativos, los cuales por lo general son los más difíciles de cubrir por otras vías de financiamiento. La ventaja de este modelo radica en que la gerencia puede enfocarse en preparar y gestionar la solicitud de financiamiento para inversión en equipos médicos y apertura de nuevos servicios, que son relativamente más

fáciles de presentar a cualquier entidad potencialmente interesada en apoyar al Centro de Salud.

- Los *colaboradores o inversionistas sociales*, personas naturales y jurídicas, que apoyan con la infraestructura y la dotación de equipos. Con el financiamiento de la Fundación Inés de Planas, a estas empresas se les asegura que el Centro está en la capacidad de cubrir los gastos de personal, insumos y mantenimiento que permitirán un uso óptimo de las donaciones.

- *UCAB*, con servicios profesionales y técnicos.

- *Fundación Santa Inés-UCAB* quien administra los recursos con criterios de eficiencia y eficacia.

Como se puede ver en la Figura 4, el funcionamiento normal del Centro es cubierto entre los usuarios y la Fundación Inés de Planas, lo cual garantiza una operación que no depende de la consecución de proyectos adicionales. La búsqueda de nuevos fondos se dirige al crecimiento de la oferta, es decir, para el arranque de nuevos servicios médicos y educativos.

"El Centro de Salud Santa Inés UCAB es un testimonio de lo público como espacio de excelencia; es una aproximación a cómo una administración privada puede facilitar servicios públicos de manera adecuada" (Rodríguez, 2005, p. 73).

3.2 Misión y objetivos

3.2.1 Visión de la Organización:

"Consolidar un centro ambulatorio de excelencia en la prestación de atención médica primaria y secundaria, que se constituya en punto de referencia para los

servicios de primer nivel, atendiendo a los sectores económicamente más desfavorecidos" (Rodríguez, 2005, p.25).

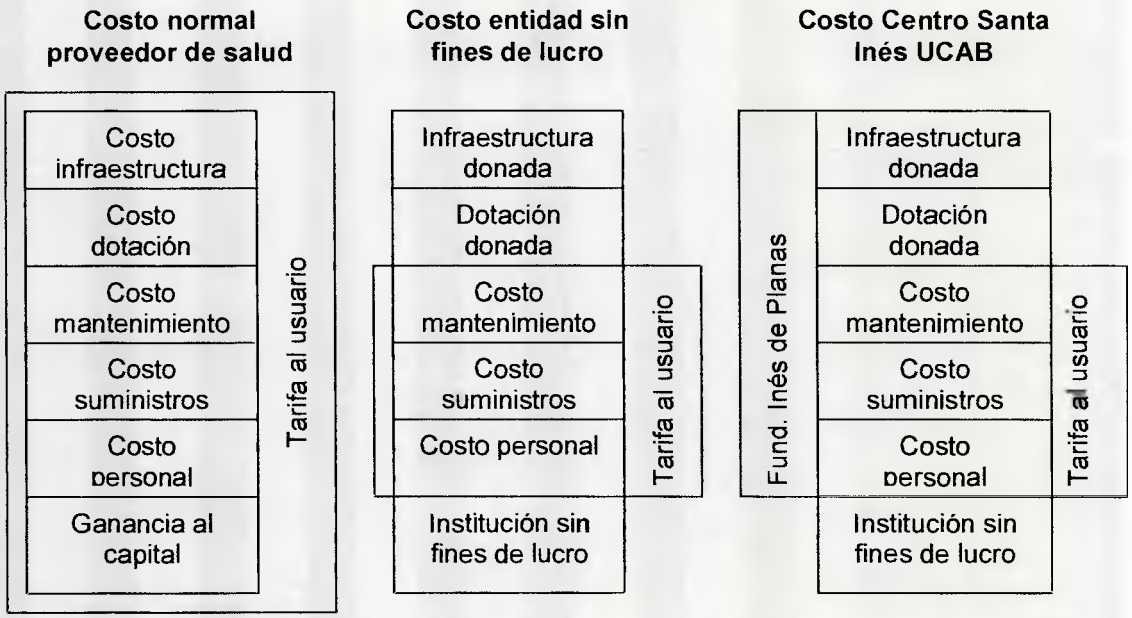


Figura 4. Modelo de corresponsabilidad social de financiamiento (Rodríguez, 2005, p. 57)

3.2.2 Misión de la Organización:

"Promover la salud, a través de la atención integral, preventiva y curativa, desarrollando un modelo eficiente de servicio público y de gestión privada, de alta calidad y sin fines de lucro" (Rodríguez, 2005, p.25).

3.2.3 Valores:

- Calidad de atención al usuario
- Solidaridad y vocación de servicio
- Liderazgo
- Comunicación
- Trabajo en equipo
- Crecimiento profesional y personal
- Conciencia de costos

- Disciplina
- Lealtad institucional

3.2.4 Líneas estratégicas:

- *Prestación de servicios de salud:* atención primaria en salud, conformada por una oferta de diecinueve especialidades médicas, ocho servicios de diagnóstico, un área de rehabilitación y otros apoyos complementarios.

- *Educación para la salud:* desarrollo de talleres, cursos y planes formativos para apoyar a los diferentes actores que se involucran en salud y los materiales de apoyo para los mismos.

- *Organización para la salud:* facilitación de procesos de articulación de organizaciones prestadoras de servicios de salud o relacionados con los mismos.

3.3 Estructura

La estructura del CSSI (Anexo A) fue diseñada con la idea de que se ajustara a los principios de la institución, permitiéndole funcionar óptimamente, ofreciendo un servicio de excelencia al usuario (efectividad) y facilitando el uso adecuado de los recursos (eficiencia).

Desde el momento del diseño, se colocó un gran énfasis en el desempeño del factor humano, buscando resaltar aquellos puntos que los conduzcan a un compromiso con la calidad de servicio y a un uso cuidadoso y honesto de los recursos.

El recurso humano del CSSI tiene dos modalidades de relación:

- Empleados: están en nómina de ocho horas y son personal exclusivo del CSSI. Esto lo diferencia de la mayoría de las otras entidades del área de salud, en las cuales el personal labora en horario corrido de seis horas, lo que les permite trabajar en dos instituciones. Con las políticas del CSSI, se mejora el desempeño de sus trabajadores, evitando una situación de cansancio, a la vez que se mejora el rendimiento en la institución. Adicionalmente, también se logra definir mejor la responsabilidad individual y la identificación institucional del personal.

- Sociedad: con el recurso humano que realiza libre ejercicio de la profesión, se establece una alianza entre el profesional y el Centro. No se les asume como "personal" sino como "socios" en la consecución de una misión común. De esta manera, la remuneración es un monto absoluto sobre la tarifa que se cobra por los pacientes que son atendidos.

Desde sus inicios se le atribuyó una extraordinaria importancia a la selección e inducción del personal, fundamentándola en la confianza: (a) *la confianza técnica,* que se verifica cuando el candidato dispone de las destrezas y capacidades para ejercer el rol que se le encomienda; y (b) *la confianza personal*, que nace de un conjunto de rasgos y actitudes afines al espíritu y misión del Centro.

Otro punto que diferencia al Centro de Salud, de las otras instituciones de su área, es que el proceso de selección es igual para todo el personal, ya sea éste empleado o socio. En cada caso se revisa cuidadosamente el currículum vitae y se realizan entrevistas y pruebas psicotécnicas. Esto no es común en otras instituciones de salud, donde por ejemplo los médicos no necesitan hacer pruebas psicotécnicas durante el proceso de selección, sino que se hace una evaluación solamente de sus conocimientos y experiencia.

Una vez que el personal entra a la organización, se busca construir y mantener una identificación sólida y un compromiso permanente con la misión y

visión institucional, a lo cual ellos denominan "Espíritu de Cuerpo". La construcción de este espíritu de cuerpo, se logra a partir de:

- Valorar a la gente que conforma la organización.
- Estimular la comunicación tanto por mecanismos formales como por canales naturales de los grupos humanos.
- Favorecer el trabajo en equipo.
- Combinar la disciplina con una clara definición de funciones y responsabilidades.
- Mantener un espacio de trabajo agradable y con los instrumentos de trabajo adecuados.

El primer mecanismo para construir este espíritu de cuerpo se lleva a cabo cuando la persona ingresa a la organización, al participar en un Taller de Inducción donde se explica la cultura y los valores de la institución, con miras a que sea el primer paso hacia la comprensión del contexto organizacional al cual se va a incorporar.

Otro de los mecanismos que se consideran fundamentales es la realización de un encuentro periódico anual, que consiste en una reunión de dos días con el personal para intercambiar distintos aspectos de las relaciones psicosociales que se dan en la organización.

Con estas premisas y mecanismos, se marca una distinción clara entre el clima laboral que encuentra el personal en su trabajo y el que existe en la mayoría de las instituciones que prestan servicios de salud. Esto es un gran atractivo para la permanencia del personal, lo cual se evidencia en el bajo grado de rotación, el cual se mantuvo, por lo menos hasta el 2004, en un promedio de 2,5 personas por año (Rodríguez, 2005).

De la mano con el crecimiento del Centro ha venido el crecimiento del personal, el cual ha crecido un 60% entre 2000 y 2003, trayendo consigo un

aumento en el esfuerzo de integración y consolidación de los recursos humanos (Rodríguez, 2005).

Este crecimiento del personal no sólo ha sido concebido por la gerencia en dimensiones cuantitativas, sino también en términos cualitativos, ya que se han establecido ciertas estrategias que le permitan mejorar de manera continua:

- Política de rotación de cargos.
- Encuentro anual.
- Cursos de mejoramiento profesional.
- Apoyo para que los trabajadores puedan realizar estudios en la UCAB.

3.4 Problemática

Como se ha mencionado varias veces en este resumen organizacional, el Centro de Salud Santa Inés UCAB, tiene entre sus premisas básicas ofrecer un servicio de excelente calidad. Para saber si está cumpliendo con esa premisa básica, el Centro realiza estudios de medición de satisfacción del usuario, resaltando dos estudios llevados a cabo en el año 2001 y en el año 2003.

En general ambos mostraron resultados similares, los cuales se traducen en una percepción positiva de los servicios prestados en el Centro. En el 2003 la totalidad de los encuestados percibían globalmente los servicios como "buenos" o "muy buenos" tal como se muestra en el Gráfico 1.

Gráfico 1. Resultados de la calidad de servicio medida en el 2003 (Rodríguez, 2005, p. 35)

Al comparar los resultados de ambos estudios, se puede observar como se mantienen niveles de valoración entre 95 y 100% en la mayoría de las variables (seis de ocho), demostrándose así una percepción positiva del Centro en medio de un vertiginoso crecimiento, tanto en los tipos de ofertas, como en el aumento de las asistencias realizadas.

Aunque estos resultados son alentadores, porque muestran lo contenta que está la gente con el servicio que se ofrece, el Centro no puede engañarse a sí mismo, pensando que todo está perfecto, entre otras razones porque no importando que tan bueno sea un servicio, siempre habrá espacio para mejorarlo. Adicionalmente, tanto la gerencia como los empleados, reconocen y están conscientes que dentro de su funcionamiento hay aspectos que pueden ser mejorados.

Partiendo de esta perspectiva y del hecho que la última medición fue realizada hace dos años, la gerencia del CSSI consideró necesaria la realización de un nuevo estudio de la calidad de servicio ofrecida a los pacientes, pero esta vez con la idea de hacerlo más a profundidad, procurando incluir elementos que antes no habían sido considerados.

CAPÍTULO IV: DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

4.1 Propósitos del diagnóstico

En su deseo de mantener los principios de alta calidad de servicio, establecidos al momento de su creación, la gerencia del Centro de Salud Santa Inés UCAB se ha visto en la necesidad de dar un paso adelante en sus mediciones de satisfacción al cliente. Para ejecutar este paso adicional se creará un sistema de medición de calidad de servicio, que no se base únicamente en la evaluación de los aspectos transaccionales del servicio en un momento específico, sino que lleve el concepto a una evaluación general de su funcionamiento, incluyendo elementos que hasta los momentos no han sido considerados.

La mejor forma de hacer esto, es utilizar un modelo que sirva de guía para seleccionar los elementos a evaluar, en este caso, se usará uno de los modelos más conocidos en la literatura de calidad de servicio, como es el Modelo de Brechas propuesto por Parasuraman, Berry y Zeithaml (1985, 1988), junto con una modificación de su instrumento de medición, SERVQUAL.

Adicionalmente se ha decidido tomar en cuenta al momento del diseño, la inclusión de dos de los actores que según Berry y Parasuraman (1997) deben ser considerados para una medición efectiva: *los clientes y los empleados.* La adición de los empleados a la medición se hace con la idea de recoger su punto de vista, lo cual permitirá evaluar su percepción de la calidad ofrecida por el Centro y de los aspectos internos de su funcionamiento. Con estas dos perspectivas de la situación, se podrán realizar comparaciones de las percepciones de ambos grupos, e incluso en el caso de los empleados hacer comparaciones intergrupales para determinar los puntos en los que opinan de manera distinta.

4.2 Planificación del diagnóstico

El proceso de diagnóstico se planificó inicialmente para que durara un período de doce semanas, en las cuales se debían llevar a cabo todas las actividades agrupadas en tres fases principales. Cada fase tenía un objetivo distinto y ejercía un efecto de precedencia sobre la siguiente. A continuación se muestra cada una de ellas, con sus actividades y los hitos que marcarían su culminación y el comienzo de la siguiente. En el Anexo B, se puede encontrar el detalle de las actividades y su duración en semanas.

Fase I: Diagnóstico

1. Reuniones con el cliente para establecer sus necesidades.
2. Investigación teórica de los modelos de calidad y los instrumentos de medición asociados.
3. Discusión del modelo de calidad seleccionado, en conjunto con la directiva del CSSI, para elegir los elementos con los que se trabajarán y así ajustarlo a sus necesidades.

Hitos:

- Documento teórico para el uso de los consultores.
- Propuesta de diagnóstico para el cliente.

Fase II: Diseño

1. Discusión de los instrumentos estándares, con el fin de buscar el mayor ajuste a las necesidades del Centro de Salud.
2. Adaptación y generación del instrumento final de medición.

Hitos:

- Instrumento ajustado a las necesidades del Centro de Salud Santa Inés UCAB.

Fase III: Recolección y análisis

1. Aplicación del instrumento en su versión final.
2. Análisis de los datos obtenidos en la aplicación del instrumento.
3. Elaboración de resultados con conclusiones y recomendaciones.
4. Presentación del informe final.

Hitos:

- Informe de resultados.
- Conjunto de recomendaciones sobre oportunidades de mejoras.

4.3 Proceso del diagnóstico

Para la realización del proceso diagnóstico se utilizó como guía la metodología de la "investigación-acción", propuesta por Lewin (cp. French y Bell, 1996), la cual permite recopilar información de forma sistemática acerca de la situación actual de un sistema en relación con una necesidad, analizar esos datos para alimentárselos nuevamente, emprender acciones, y finalmente evaluar los resultados de esas acciones recopilando datos adicionales (French y Bell, 1996).

En general cada iteración del proceso consistió en la preparación de información base que los consultores presentaban a la gerencia del Centro; la discusión con ellos de las posibles acciones y la puesta en marcha de las decisiones tomadas.

El ciclo del proceso de diagnóstico comenzó con la identificación, en conjunto con la gerencia del Centro de Salud Santa Inés UCAB, de las necesidades de la organización. Este paso incluyó la recopilación de toda la información relacionada a su funcionamiento, estudios previos en el área de satisfacción al cliente e instrumentos utilizados. Con esta información se discutieron las alternativas preliminares que se podían utilizar para la medición de la calidad de servicio.

El siguiente paso fue la investigación teórica en el área de calidad de servicio. Por ser éste un concepto muy elusivo, no existe un estándar sobre la mejor forma de acercamiento, pudiéndose encontrar opiniones variadas entre los investigadores acerca de cómo enfocar el tema. Ante esta situación, se decidió utilizar como base los conceptos propuestos por uno de los grupos de investigadores más reconocidos en el área, conformado por Parasuraman, Berry y Zeithaml, quienes desde 1985 han investigado sobre este tema, mejorando siempre sus descubrimientos anteriores. Los cuatro elementos básicos que se tomaron en consideración al momento de analizar el caso del CSSI fueron:

- Concepto de calidad de servicio.
- Modelo de Brechas en la calidad de servicio.
- Instrumento de medición SERVQUAL.
- Sistemas de información de calidad de servicio.

Partiendo de esta base teórica, se evaluaron los conceptos a la luz de las necesidades del CSSI para darles el mejor uso posible. Bajo esta perspectiva se discutió con la gerencia del CSSI la medición de la calidad de servicio, por medio de un instrumento ajustado a sus necesidades específicas, en un proceso que no sólo incluyera a los pacientes, sino también a los empleados, para así poder tener una visión de las dos caras de la moneda. Cada brecha planteada en el modelo fue examinada y planteada dentro del Centro, para llegar a la conclusión de optar por la brecha 6 (discrepancia entre las expectativas del cliente y las percepciones del empleado contacto) y la 5 (discrepancia entre las expectativas del cliente y sus percepciones del servicio percibido) como las ideales para obtener la información deseada.

El siguiente paso fue crear una batería de preguntas que sirviera como base en la creación de un instrumento de medición confiable. Para realizar esto se utilizaron como base inicial los 22 ítems propuestos por Parasuraman, Berry y Zeithaml (1985, 1988) (Anexo C). Estos ítems se caracterizan por ser bastante genéricos, pues el instrumento original, se supone, debe ser lo suficientemente

flexible para aplicarse a cualquier tipo de servicio. Por esta razón, se realizó una investigación de las modificaciones existentes para el sector salud. Una de las más completas, es la presentada por Wu, Hsiao y Kuo (2004), quienes probaron su adaptación en los hospitales de Taiwan. Las preguntas que lo componían se utilizaron como base principal de este trabajo (Anexo D).

Finalmente, el último insumo usado para conformar la batería de preguntas fue el cuestionario que utiliza el Centro para medir la satisfacción al usuario, ya que éste provee preguntas claves que pueden ser reutilizadas en la medición de la calidad de servicio (Anexo E).

Una de las decisiones más importantes al momento de la creación del instrumento, fue la inclusión o no del componente de las Expectativas (E) que plantea Parasuraman, Berry y Zeithaml (1985, 1988). Para analizar este punto se partió del problema en sí, las evaluaciones que se habían realizado hasta los momentos arrojaban resultados que se ubicaban casi en un 100% en los puntos más altos de la escala de medición, por lo cual debía existir algún factor que hacía que las evaluaciones no reflejaran los puntos débiles, creando una ilusión de "perfección".

Al investigar el entorno del CSSI, se descubrió que las personas que asisten a éste, mayormente gente de escasos recursos, no cuentan con un buen patrón de comparación debido al estado de los servicios de salud públicos, los cuales se podrían calificar de desastrosos. Como consecuencia, cualquier institución que ofrezca un mínimo de calidad será evaluada como excelente, y más aún en el caso del CSSI, donde se brinda un servicio de calidad muy superior al estándar público. Debido a este sesgo, las continuas evaluaciones de excelencia obtenidas, no garantizan que se haya alcanzado la calidad máxima posible.

Con este panorama claro, lo lógico es no utilizar el componente de expectativas, pues lo único que haría es producir ruido; esto sin considerar el gran aumento en el trabajo de recolección que eso implicaría. Aunque con esta exclusión se pensó que se eliminaba el problema de la falta de patrones de comparación, en

ocasiones produjo ciertos inconvenientes, sobretodo al momento de la recolección de la información.

Una vez obtenida toda esta información, se le presentó a la directiva el cuestionario final, el cual venía en dos versiones: una para pacientes y otra para empleados. Ambas versiones se diferenciaban únicamente en el número de preguntas, ya que se aprovechó el instrumento de los empleados para medir algunos aspectos del servicio conocidos sólo por el personal interno, los cuales conformaban las preguntas adicionales. La versión para pacientes quedó conformada entonces por 29 ítems, mientras que la de empleados contenía 8 ítems adicionales, para un total de 37 ítems.

Se debe destacar que algunos de los ítems que se plantearon fueron desglosados para evaluar de forma individual las distintas áreas, esta estructura se copió del formato de la encuesta de satisfacción del Centro. Un ejemplo de este tipo de ítems es el siguiente:

1. El personal que trabaja en el Centro de Salud Santa Inés UCAB inspira confianza:
   a. En el módulo de información.
   b. En caja.
   c. En la Recepción del servicio respectivo.
   d. Personal asistencial (enfermeras y técnicos).
   e. En la Consulta (especialista médico o licenciado).

Para obtener la mayor cantidad de información posible, con miras a encontrar nuevas relaciones entre los datos, se colocaron en los instrumentos algunos datos demográficos, los cuales también variaban dependiendo de la versión:

- <u>Empleados</u>: buscando mantener el anonimato, el cual es uno de los elementos claves para la participación honesta del personal, solamente

se les pidió que identificaran el área a la que pertenecían, ofreciéndoles las siguientes opciones: personal administrativo, asistencial o médico.

- Pacientes: se recogió información de sexo, edad, frecuencia de visita y servicios visitados.

Para la evaluación de cada uno de los ítems se decidió utilizar una escala tipo Lickert de 4 puntos, los cuales iban desde (1) "muy en desacuerdo" hasta (4) "muy de acuerdo". Se prefirió ésta, a la escala original por dos razones: primero, siete opciones es un rango demasiado amplio y la idea era que la gente fuera concreta al responder, y segundo se prefirió no usar un número impar de opciones, para eliminarle al encuestado la posibilidad de que en caso de indecisión, apele a la puntuación del medio.

Las versiones finales de ambos instrumentos se encuentran en el Anexo F (pacientes) y Anexo G (empleados).

Una vez concluida la creación del instrumento y su posterior aprobación por parte de la gerencia del Centro, se pasó al proceso de recolección de data. El primer paso fue seleccionar la muestra, tanto de pacientes como de empleados. En el caso de los empleados, por ser tan poca cantidad, se coordinó con la gerencia de Recursos Humanos de Santa Inés para entregarle a todos un sobre sellado, en el cual se incluyó una carta presentando el proyecto de medición y explicando las razones por las que se hacían (Anexo H), así como una copia del instrumento a ser llenado junto con sus instrucciones. Al finalizar el llenado se les solicitaba sellaran el sobre (razón por la cual se les proveyó de una calcomanía) y lo entregaran sin ninguna identificación en Recursos Humanos.

El caso de los pacientes obviamente fue totalmente distinto. Durante un período de tres medios días, dos mañanas y una tarde, se procedió a recoger la información. Se eligieron días distintos y horarios distintos, para intentar recolectar información que representara la variedad de servicios que se ofrecen.

En los días de recolección se seleccionaron a las personas de forma aleatoria. Debido a la posibilidad de encontrar gente que no estuviera en capacidad de leer y escribir, al momento de la entrega se les preguntaba si deseaban llenar la encuesta por sí solos o si preferían que se les asistiera. De forma general la gente tuvo una actitud bastante abierta a participar, aunque en varias ocasiones se podía ver la influencia de la falta de patrón, ya que los ítems se contestaban de una vez con el valor máximo. Lo que sí se pudo percibir de antemano, es que la gente tenía una opinión consistente sobre algunos puntos que consideraban debían de mejorarse.

En el proceso de recolección de datos, se notó que varias de las preguntas del instrumento realmente no estaban agregando ningún valor, porque siempre eran contestadas con la máxima puntuación. Básicamente estas preguntas estaban relacionadas con aspectos a los cuales el paciente no tenía necesariamente acceso, no contaba con el conocimiento para emitir un juicio o simplemente no le prestaba atención dentro del Centro y por eso asumía era de óptima calidad. Después del primer día de recolección se decidió eliminar esas preguntas e ignorarlas al momento del análisis de los datos. Los ítems eliminados fueron los siguientes: 11.b, 15, 16, 17, 20, 22, 23, 25.a y 29.a.

Recolectada la información de ambos grupos, se procedió al análisis de los resultados. Para esto se vaciaron las encuestas en una base de datos, la cual fue trabajada con un software estadístico que facilitara los cálculos necesarios que se usarían para analizar los datos y generar las conclusiones.

Antes de comenzar con el estudio de los datos, se calculó el coeficiente de confiabilidad para comprobar que el instrumento que se construyó fuera capaz de medir siempre lo mismo, en sus distintas aplicaciones. Para realizar esto se usó la siguiente ecuación:

$$\theta = \left(\frac{N}{N-1}\right)\left(1-\frac{1}{\lambda_1}\right)$$

donde:

N = número de ítems

λ_1 = autovalor más grande.

Esta ecuación corresponde un caso especial del alfa de Cronbach llamado Theta (θ), el cual se basa en las propiedades del "componente principal" para calcular la confiabilidad de un instrumento, pudiéndose considerar su resultado como el coeficiente de alfa maximizado (Carmines y Zeller, 1979). Para el caso de esta medición, el coeficiente de confiabilidad theta dio un valor de 0,95, asegurando así la consistencia interna del instrumento.

Una vez establecido el importante punto de la confiabilidad, se pasó a trabajar con los datos. Lo primero que se hizo fue obtener las medias generales por pacientes, por empleado diferenciadas por el área a la que pertenecían y por empleado como grupo. En este primer tratamiento se identificó el alto número de empleados (25%) que no marcaron el área a la que pertenecían.

Posteriormente se pasó a comparar las medias, buscando las brechas que existían entre las percepciones de los empleados y los pacientes o entre los mismos grupos de empleados, intentando identificar los aspectos en los que por ejemplo, opinan distinto los médicos de los pacientes. También se identificaron las zonas más críticas de atención por medio de los valores máximos y mínimos.

El principal problema que se encontró en esta fase fue que a pesar de todas las consideraciones tomadas, las encuestas estaban cargadas a la derecha, es decir, la mayoría de los valores tendían hacia el (4) "muy de acuerdo". Para solucionar este inconveniente, se decidió basar las comparaciones en una escala reducida que permitiera eliminar un poco esta tendencia y así sacar información. Esta reducción de la escala se hizo bajo la consideración de las percepciones como resultados relativos, lo cual justifica el uso de un valor de referencia al identificar la

existencia de una tendencia notoria hacia uno de los extremos de la escala (Peña, 2006). En este caso particular, donde la tendencia es hacia el extremo de "muy de acuerdo", se utilizó como valor de referencia mínimo el 3, ya que el ítem donde los pacientes demostraron mayor insatisfacción, incluso llegando a ofrecer opiniones de forma voluntaria, dio como resultado una media de 3,03 (ítem 5).

Aparte de las comparaciones de medias, se realizaron análisis estadísticos más a profundidad, como el cálculo de las diferencias significativas, el análisis de componentes principales, y el cálculo de la magnitud del efecto, el cual fue utilizado para determinar cuándo las diferencias que existían entre dos valores representaban realmente un cambio importante que debía ser considerado. Los resultados obtenidos con el software estadísticos para todos los cálculos se encuentran en el Anexo I.

Con base en este análisis se realizó un informe con las conclusiones obtenidas, las cuales se le presentaron a la gerencia del Centro. En esta presentación se les mostró, entre otras cosas, los puntos débiles que se habían detectado, acompañados de un grupo de posibles acciones a tomar para mejorarlos. Esta reunión de presentación de datos sirvió para confirmar la validez de los datos recolectados y del análisis, no sólo porque la gerencia estuvo de acuerdo, sino porque confirmaron que un estudio paralelo que realizaba el Centro para su proceso de planificación estratégica, arrojó resultados similares.

Una vez culminado el proceso de consultoría diagnóstica, al Centro de Salud Santa Inés UCAB le quedó la base de un sistema de información de calidad de servicio que puede ser usado de forma periódica para recopilar información y utilizarla en procesos de mejora continua. El sistema entregado se basa en un instrumento que abarca las cinco dimensiones de calidad propuestas por Parasuraman, Berry y Zeithaml (1985, 1988) y que ha sido ajustado para las características específicas del Centro. Las mediciones incluyen a dos tipos de usuarios, los pacientes y los empleados, y con un poco más de investigación podría ajustarse para incluir el tercer tipo de cliente que se refiere a aquellas personas que prefieren a la competencia. Adicionalmente se les explicó el proceso de análisis de

los datos, de tal forma que pudieran replicarlo, y de ser necesario mejorarlo, a fin de obtener el mayor provecho a la información recolectada. Finalmente se les recomendó hacer las mediciones dos veces al año y utilizar los resultados como insumo para reuniones de revisión del funcionamiento del Centro, en donde se debe incluir al personal de todas las áreas y de donde deben salir ideas para mejorar las deficiencias.

4.4 Resultados del diagnóstico

Los resultados evidencian a nivel general, en todas las dimensiones estudiadas, una percepción favorable por parte de los pacientes y del personal interno, acerca de la calidad de servicio que presta el Centro. Esto tomando en consideración que los valores promedios por dimensión se ubicaron dentro del rango más alto de puntuación, es decir, entre 3 y 4 (ver Anexo J, gráfico 7).

Antes de entrar en la información inferida de los datos, es importante volver a resaltar que de los 44 empleados que contestaron el cuestionario, 11 de ellos decidieron no identificar el área en la que trabajan y uno entregó el cuestionario en blanco. Esto es una característica muy interesante del proceso de recolección, que muestra un deseo por parte de un grupo importante de empleados (25%) de opinar, extremando el hecho de no ser identificados (ver Anexo J, gráfico 3).

La tendencia general de comportamiento mostró una mejor percepción del Centro por parte de los pacientes que de sus propios empleados. Esta situación puede originarse por varios factores, uno de ellos es la imagen global que puede tener el personal, quienes poseen información que puede no estar al alcance del paciente. De la misma forma, dentro del grupo del personal interno también existe un comportamiento marcado en las respuestas, siendo los doctores quienes tienden a tener las evaluaciones más bajas, mientras que el personal asistencial se caracteriza por marcar con los mejores puntajes en las distintas afirmaciones (ver Anexo J, gráfico 8). Este comportamiento puede deberse a que los doctores trabajan en varios centros de salud privados, los cuales les sirven como patrón de

comparación en muchos aspectos; mientras que el personal asistencial puede tener su opinión sesgada debido al alto grado de compromiso que crean con la institución.

Las evaluaciones generales por dimensión son:

- Fiabilidad (ver Anexo J, gráfico 9 y 10): es la dimensión mejor evaluada por parte de los empleados, quienes consideran que se tiene conocimiento del servicio prestado, ofreciéndose con cortesía; sólo destaca su percepción sobre la repetición de exámenes por errores. En el caso de los pacientes la dimensión también es muy bien evaluada, observándose una opinión más favorable en los ítems concernientes a los doctores, a excepción del relacionado con la presencia en el puesto de trabajo, donde se hicieron observaciones adicionales sobretodo en el área de cardiología, relacionadas básicamente a la hora de llegada del doctor y la cancelación de citas por falta de tiempo.

- Seguridad (ver Anexo J, gráfico 11): recibió la mejor evaluación por parte de los pacientes, percibiendo que el servicio del Centro de Salud es prestado de una forma seria y precisa. Opinión que es respaldada en gran medida por el personal interno.

- Elementos Tangibles (ver Anexo J, gráfico 12): en su mayoría está conformada por ítems con una apreciación favorable, haciéndola aparentemente una dimensión con una buena percepción de su calidad. Sin embargo, por parte del personal asistencial, hay una observación en el tema relacionado con el tamaño y la limpieza de los consultorios (ver Anexo J, gráfico 23), por lo que sería buena idea ahondar en este punto y buscar formas de solventar los detalles que causan está evaluación.

- Capacidad de Respuesta (ver Anexo J, gráfico 13): dentro de esta dimensión, los pacientes destacan la variedad de servicios y el tiempo en que se ofrecen, como áreas que se pueden mejorar. Entre ambos temas, la variedad de servicio es el que llama más la atención, pues es un factor muy resaltante dentro de las respuestas del personal interno debido a su baja evaluación.

- Empatía (ver Anexo J, gráfico 14): recibió la evaluación más baja por parte de ambos grupos de encuestados. Se puede observar que los pacientes recalcan las posibilidades de mejoras en aspectos como la sencillez y rapidez de los procesos administrativos, la adecuación del horario del Centro, así como en la facilidad y conveniencia del plan de atención. Por su lado, el personal interno confirma lo engorroso de los procesos administrativos y agrega el factor de las historias médicas a la lista de puntos de posibles mejoras.

En vista de la alta evaluación que obtuvo el Centro de Salud en sus distintas dimensiones, también se decidió analizar a profundidad los ítems que las conforman, ahondando en un estudio de su comportamiento individual, con el fin de buscar datos que resultaran "peculiares" y que sean útiles para identificar oportunidades de mejoras.

El primer punto a resaltar son aquellos ítems cuyas puntuaciones indican los elementos de mayor calidad, las cuales en concordancia con el patrón general de respuesta expuesto anteriormente, fueron asignadas por los pacientes. Llama la atención que en varios de estos ítems hay una diferencia de opinión importante con los empleados. Estos casos deberían ser estudiados con cuidado y debido a su importancia serán enumerados más adelante.

- Adecuación de las instalaciones.
- Grado de confianza que inspira el personal asistencial y los doctores.

- Capacidad de comprensión que tienen los doctores cuando el paciente le presenta sus problemas.
- La habilidad de los doctores para explicar de forma clara y dar instrucciones precisas.
- El conocimiento que demuestran los empleados del área asistencial y de exámenes, así como los doctores.
- Los tiempos de respuestas en la entrega de los resultados.
- La disposición de las enfermeras a prestar ayuda a los pacientes.
- La capacidad del Centro de proveer los servicios que ofrece.
- La calidad de los insumos con los que se trabaja.

En contraposición a los elementos percibidos como de mayor calidad, se pueden señalar aquellos con las percepciones menos favorables, a los cuales se recomienda asignarles mayor prioridad de atención:

- Sencillez y rapidez de los procesos administrativos que deben realizar los pacientes.
- Adecuación del horario del Centro.
- Facilidad y conveniencia del plan de atención.
- Tiempos en los que se ofrecen los servicios.
- Variedad de servicios que ofrece el Centro.

Adicional a la información que se recogió con las encuestas, se recibieron comentarios espontáneos sobre estos puntos por parte de los pacientes, siendo identificados como aquellos que se desearían mejorar. Los comentarios más reiterativos estaban relacionados al plan de atención, el cual pareciera ser poco flexible y en ocasiones incómodo para los pacientes, sobretodo para aquellos que viven o trabajan lejos del Centro y quienes asisten a las citas de la tarde.

Como se hizo referencia anteriormente, existen elementos que se distinguen por la diferencia entre las opiniones que tienen los pacientes con respecto a los empleados, los cuales cobran mayor importancia al tratarse de temas relacionados

a calidad. Cuando la evaluación general resulta ser bastante favorable, estos puntos pueden servir de base para mejorar un servicio que es percibido como bueno.

Todos los hallazgos que se hicieron en este ámbito, fueron agrupados en tres áreas relacionándose aquellos que tocaban temas similares:

1-) Funcionamiento del Centro: (ver Anexo J, gráfico 15)

- *Sistema de atención al paciente*: los ítems en este grupo están relacionados especialmente con los horarios, el plan de atención y el tiempo en que se provee el servicio.

- *Organización del proceso administrativo*: ambos grupos de encuestados resaltan la posibilidad de mejorar la complejidad y rapidez de los procesos administrativos. Por otro lado, aunque es bien percibido por los pacientes, los empleados destacan la importancia de mejorar el sistema de historias, siendo los doctores y el personal administrativo quienes se muestran más a favor de la idea.

- *Variedad de servicios que ofrece el Centro*: este es un punto donde tanto empleados como pacientes recalcan su deseo de ampliar la variedad. Es llamativo notar que el grupo con las opiniones más fuertes sobre este tema es el personal administrativo, lo cual le da mayor relevancia por ser ellos quienes manejan la información de las especialidades existentes y las primeras personas a las que los pacientes pueden solicitarle información.

2-) Área de exámenes: (ver Anexo J, gráfico 16)

- *Tiempos de entrega de los resultados y número de veces que se debe repetir un examen por fallas:* en este caso los empleados son

quienes tienen la percepción más desfavorable, circunstancia que se puede adjudicar al hecho de que los pacientes basan su opinión en la cantidad de experiencias que han tenido, la cual es mucho menor que la de los empleados, quienes pueden tener un panorama global de la situación, por atender diariamente a una gran cantidad de casos.

3-) Comportamiento del personal: (ver Anexo J, gráfico 17)

- *Grado de comprensión que los doctores muestran cuando los pacientes les presentan sus problemas:* hay variedad de opiniones en este tema, aunque es bien visto por los pacientes, los empleados tienen entre si percepciones diferentes de la situación e incluso los doctores no se consideran a sí mismos tan compresivos como los consideran el resto de los encuestados.

- *Claridad con la que los doctores hacen sus explicaciones, así como la precisión de sus instrucciones:* en este punto se da una circunstancia particular, en la cual los doctores tienen una percepción menos favorable sobre las explicaciones que dan sus compañeros del gremio.

- *Grado de confianza que inspira el personal asistencial:* vuelven a ser los doctores quienes resaltan este punto con su evaluación, elemento muy importante ya que son ellos los que cuentan con mayor criterio para evaluar los conocimientos y la confianza que puede inspirar el personal asistencial.

Con el cuestionario de calidad utilizado, no sólo se buscaba medir las percepciones de los pacientes y empleados sobre el servicio prestado, sino también medir algunos aspectos que son propios del Centro de Salud y que aunque están únicamente relacionados con el personal, pueden llegar a afectar el servicio que se

ofrece a los pacientes. En esta área, que podría llamarse de información "interna", también se encontraron hallazgos interesantes:

- *Capacidad del Centro para atender a todas las personas que asisten*: en este punto resalta la opinión del personal administrativo, que cobra fuerza al ser ellos los primeros en recibir a los pacientes y quienes en muchas ocasiones serán los encargados de devolverlos en caso de que no hayan citas para ese día (ver Anexo J, gráfico 18).

- *Disposición de los empleados a ayudarse mutuamente*: se puede observar, que sobre todo en lo relacionado a la colaboración por parte de los doctores, el personal tanto asistencial como administrativo, considera que se puede mejorar. La baja evaluación del personal asistencial es un hecho relevante, ya que son ellos quienes trabajan directamente con los doctores (ver Anexo J, gráfico 19).

- *Conocimiento de cada empleado sobre los procedimientos que deben cumplir para llevar a cabo sus funciones*: en este punto las opiniones de los empleados varían de un extremo a otro; desde el personal administrativo que considera tener toda la información necesaria, hasta llegar a los doctores quienes al parecer necesitan mayor información sobre los procesos que deben realizar (ver Anexo J, gráfico 20).
- *Entrenamiento para atender las necesidades de los pacientes:* en este caso el personal asistencial tiene una muy buena percepción del entrenamiento con el que cuentan, mientras que los doctores discrepan sobre su calidad. Por otro lado, los tres grupos coinciden en resaltar la calidad del entrenamiento del personal médico (ver Anexo J, gráfico 21).

Al comparar las opiniones entre los distintos grupos de empleados se encontró un consenso en evaluaciones poco favorables de algunos ítems (ver Anexo J, gráfico 22). Dada la importancia de los temas que tocan, estos ítems

deben ser monitoreados y evaluados cuidadosamente, para encontrar qué factores los influyen e identificar posibles oportunidades de mejoras. Estos ítems incluyen:

- Suficiencia de equipos médicos para prestar un buen servicio.
- Mecanismos para emitir quejas y/o sugerencias.
- Formas en la que se corrigen los errores y deficiencias.
- Consideración de las opiniones de los empleados.

Independiente del análisis individual que se puede hacer de los ítems, también se encontraron tres componentes que reflejan el foco de atención de las personas encuestadas. Los ítems que los conforman son los primeros elementos a ser considerados al momento de evaluar el Centro. En orden de importancia estos componentes son:

- Acto médico: engloba ítems relacionados principalmente con los doctores y el acto médico en sí, es decir, la principal preocupación está en factores como la confianza que se puede tener en los doctores, su disposición para ayudar y presencia en el consultorio, la claridad con la que dan instrucciones, así como una clara explicación de la condición del paciente y los medicamentos que recetan. Adicionalmente este componente tiene algunos elementos relacionados con el personal asistencial, en cuanto a la confianza que inspiran y su capacidad de dar explicaciones e instrucciones de forma clara y precisa.

- Acto administrativo: está compuesto mayoritariamente por elementos relacionados con el personal administrativo y uno que otro referente al personal asistencial. Resalta la importancia de la disposición que deben tener ambos grupos para prestar ayuda, así como factores importantes en el personal administrativo identificados en su capacidad de inspirar confianza, presencia en sus puestos de trabajo, claridad con la que se explica y finalmente la capacidad para demostrar conocimiento en lo que hacen. No es de extrañar que en este componente se observe un factor

relacionado con la facilidad para encontrar información sobre el Centro, sus horarios, servicios y especialistas.

- Conocimiento y servicios: en este tercer componente resalta mayormente la capacidad de demostrar conocimientos en las distintas áreas del Centro, específicamente las relacionadas con el servicio médico, ya que los encuestados incluyen las áreas de laboratorio e imagenología, así como los doctores y el personal asistencial. Resalta también el peso que se otorga a la presencia del personal de laboratorio e imagenología en sus áreas de trabajo. Finalmente en lo relacionado al Centro como institución, se puede observar la importancia de contar con buenos insumos y prestar los servicios que ofrece.

FASE DE EVALUACIÓN

CAPÍTULO V: EVALUACIÓN DEL PROYECTO

5.1 Evaluación del proceso general

Lo primero que se puede evaluar en este proceso es la relación que se estableció entre el cliente (la gerencia del Centro de Salud Santa Inés UCAB) y el consultor. Desde el primer contacto, la gerencia prestó todo su apoyo a este trabajo de grado, facilitando sin problemas y de forma abierta la información necesaria, participando en lo que podían y apoyando frente al resto del personal las decisiones que eran tomadas en conjunto. El único "problema" que se presentó, fue la dificultad para establecer la comunicación con las personas contacto, quienes estaban constantemente agobiadas con el trabajo diario y por tal razón, no siempre estaban a la disposición de los consultores, ni siquiera vía correo electrónico. De todas formas se debe resaltar que una vez que se establecía el contacto, proveían toda la ayuda necesaria.

Por otro lado, aunque el proceso en sus tres fases avanzó sin mayores complicaciones, ni trabas; cada una de las fases presentó pequeños obstáculos que hubo que ir superando, pero que forman parte del proceso de aprendizaje. Por ejemplo, en la fase de diagnóstico, lo más complicado fue encontrar un rumbo dentro de la cantidad de información que existe en relación al tema de calidad de servicio, así como discernir entre las discrepancias que presenta la información de los distintos autores. Otro factor estresante fue la incertidumbre de los primeros acercamientos entre consultor y cliente, momentos importantes donde se establece la dinámica de la relación, se plantean los conceptos que se deben manejar y se identifican las necesidades; todos estos elementos esenciales que servirán de base al resto del diagnóstico.

La fase de diseño y construcción del instrumento fue una de las etapas más sencillas, aunque fue la que estuvo cargada de mayor incertidumbre, al no saber si el instrumento final sería válido y confiable, aunque se hubiese partido de instrumentos que sí lo eran. El usar una base de instrumentos ya creados, facilitó de

manera considerable el proceso de construcción, ya que no fue necesario invertir tiempo en la redacción de las afirmaciones o preguntas que se deseaban utilizar.

La última fase, conformada por los pasos de recolección de datos y análisis, se caracterizó por ser la fase compuesta mayormente por actividades que nunca se habían realizado y de las cuales sólo se tenía una experiencia teórica. El contacto con los pacientes, al momento de la recolección, fue la actividad más importante y la cual requirió el mayor esfuerzo físico y de planificación. La interacción que se estableció con las personas encuestadas puede ubicarse en un rango de valores que va desde la indiferencia o miedo a participar, hasta la total participación e incluso el ofrecimiento voluntario.

Las actividades de análisis presentaron el reto de tomar los datos, ordenarlos y darles sentido, de tal forma que pudiera aportar información que fuera de utilidad para el Centro. Aquí, como se ha mencionado en otros capítulos de este trabajo de grado, el principal inconveniente fue la falta de un patrón de comparación, lo que provocó un sesgo del lado derecho de la escala. Al final, estos problemas fueron solucionados, generándose un grupo de conclusiones y recomendaciones que dieron pie a un trabajo de intervención, en el cual se logró aprovechar algunas de las oportunidades de mejoras detectadas.

Como se puede ver. entonces, el proyecto se realizó de forma continua, venciendo los obstáculos que se presentaron, finalizando con un producto de calidad (sistema de medición de calidad de servicio), que puede ser utilizado por el Centro de Salud de forma periódica, y sobre el cual se pueden realizar modificaciones que permitan incluir nuevos aspectos que mejoren la medición y proporcionen mayor información a la gerencia y a los tomadores de decisiones.

5.2 Relación entre lo planificado y ejecutado

La evaluación de este aspecto del proyecto puede ser dividida en dos partes: la relación entre el tiempo de duración planificado y el ejecutado, y la relación entre el número de actividades planificadas y las ejecutadas.

La primera relación no se cumplió 100% como se había planificado. Inicialmente, se había propuesto el desarrollo del proyecto para que durara doce semanas exactas, realizando cada una de las actividades de forma precisa y ordenada. Desafortunadamente en el camino se presentaron factores no previstos que causaron el retraso del proyecto en unas cuatro semanas adicionales. El primero de esos factores fue la dificultad para establecer contacto con la gerencia del Centro, ya que se encontraban en un proceso de planificación estratégica, por lo que en ocasiones el hacer contacto, establecer una reunión o un plan de trabajo, llegó a tomar más de una semana. Estos retrasos afectaban también la continuidad del trabajo, pues muchas de las reuniones iniciales estaban enfocadas a tomar decisiones sobre los aspectos que se iban a trabajar, así como la forma en la que se iban a abordar, creando prelaciones entre las actividades.

Otra fuente de retrasos fue la recolección de la información de las encuestas de los empleados. Debido a que era imposible que se aplicaran las encuestas de los empleados de forma personal, se ideó un plan que consistía en la entrega de los cuestionarios en sobres sellados, para que una vez llenados fueran entregados al departamento de Recursos Humanos. Este plan tenía la ventaja de que no requería la presencia del consultor, pero a su vez tenía la desventaja de que no se podía controlar la velocidad de entrega de las encuestas, pues entre otras cosas, no se sabía quiénes eran los que todavía quedaban pendientes por responder. La duración de esta actividad, que inicialmente se estableció en una semana, tuvo que alargarse a tres después de analizar la cantidad de veces que los doctores asistían al Centro, así como el número de encuestas entregadas al finalizar la primera semana.

En contraste a la correspondencia de la planificación del tiempo, la planificación del número de actividades sí se ciñó a lo establecido al inicio, pues se previeron los pasos suficientes para cubrir todas las actividades necesarias en la realización y culminación de un proceso exitoso de diagnóstico.

5.3 Logro de los objetivos planteados en la propuesta de trabajo de grado

El Centro de Salud cuenta ahora con un instrumento que puede ser aplicado de forma periódica, el cual abarca cinco dimensiones que les permite evaluar la calidad del servicio que ofrecen. Este instrumento viene en dos versiones, una para pacientes y una para empleados, lo cual le permitirá a la gerencia obtener mayor información al comparar las percepciones de ambos grupos, explotando la perspectiva de los empleados, para detectar si tanto ellos como sus compañeros están dando un buen servicio, así como los puntos en los que consideran debe mejorarse el esfuerzo. Este instrumento tiene la ventaja de que permite colocar en contexto la información que están proveyendo los pacientes, dejando ver al mismo tiempo, las opiniones de los otros integrantes del Centro.

Con la presentación clara de la forma en que se realizó el análisis, se transmitió a la gerencia del Centro el conocimiento necesario y los pasos trazados para repetir la experiencia de forma individual y sin la ayuda del consultor. Se resaltó la importancia de presentar los resultados en un lenguaje que pueda ser entendido por todas las personas que conforman la organización, evitando así que las barreras de la estructura organizacional impidan la difusión de la información a los niveles más bajos, que son los que por lo general están en contacto con los pacientes y que serán los que ejecutan gran parte del servicio.

El sistema se caracteriza por ser flexible, lo que le permite ajustarse con facilidad a los cambios que se deseen realizar. Esto se debe en gran parte al modelo de calidad de servicio que sirve como base y que tiene delimitados elementos adicionales que pueden ser explorados más a profundidad para permitir generar mayor información, al mismo tiempo que agrega distintos enfoques a la evaluación de la calidad.

De esta forma se demuestra el alcance del objetivo propuesto, proveer al Centro de Salud Santa Inés UCAB, de un instrumento que puede ser aplicado de forma periódica, siguiendo unos pasos específicos, que le permitirá a la gerencia

obtener información a partir de la cual puedan detectar deficiencias en el servicio, así como posibles áreas de mejora.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

La calidad de servicio es una herramienta esencial para las empresas que compiten en el mercado por una misma población de consumidores. Al hablar de servicios, y más en el caso del sector salud, donde se ponen en juego aspectos de mucho valor para el "cliente", la calidad de servicio debería dejar de ser una herramienta para volverse un elemento fundamental. Esta consideración fue tomada en cuenta por el Centro de Salud Santa Inés UCAB, quienes no sólo lo llevan como un estandarte desde su creación, sino que se esfuerzan a diario por elevarlo un nivel adicional. Con este trabajo de grado, esto se ha cumplido, al mejorar el sistema actual de medición utilizado, llevándolo más allá de la medición plana y transaccional, para incorporar los elementos del servicio visto como un todo y cierta profundidad, al agregar nuevos enfoques desde los cuales evaluar el desempeño del servicio en relación a la calidad ofrecida.

Lo importante de este trabajo es que no sólo se diseñó el sistema, sino que adicionalmente se hizo una prueba para comprobar su posterior aplicabilidad y utilidad para la gerencia. En esta prueba se incluyeron a pacientes y empleados como los observadores que proveyeron la información en base a la cual se analizó la calidad de servicio ofrecida. Este nuevo enfoque sacó las evaluaciones de los límites establecidos en mediciones anteriores, buscando romper la aparente fachada de excelencia, para indagar dónde existían las deficiencias dentro de las puntuaciones máximas.

El ampliar la brecha que existe entre los dos puntos máximos de la escala de medición, donde se ubicaba la gran mayoría de las evaluaciones, abrió la posibilidad de analizar el comportamiento de un servicio de calidad, permitiendo entre otras cosas, obtener información que confirmara aspectos que ya eran del dominio público (como por ejemplo las dificultades para obtener cita en los servicios más

solicitados) y establecer relaciones con otras áreas, donde si no estaba la solución, por lo menos se pueden encontrar formas de mejorarla.

Por su parte, las recomendaciones generadas después del análisis pueden ser usadas como insumo inicial para un proceso de intervención, el cual se enfoque en las oportunidades de mejoras detectadas, para impulsar el desempeño del servicio un poco más cerca de la excelencia. Estas recomendaciones al salir en parte del personal interno del Centro, dirige la mirada a la gerencia hacia aspectos que antes pudieron ser transparentes, debido a que el trabajo diario no permite detectarlos con facilidad.

En general este trabajo de grado ayudó a detectar que por más que las repetidas mediciones reflejen la superioridad de la calidad del servicio ofrecido por el Centro de Salud Santa Inés UCAB, el cual es muy superior al estándar del servicio público, siempre existirá espacio para mejorarlo. Por esta razón, toda la información que se recolecte con este sistema en posteriores oportunidades, debe ser analizada de forma crítica, sin dejarse llevar por lo que se ve a simple vista, buscando aquellos aspectos que se pueden esconder en un análisis superficial y que además son encubiertos por los pobres niveles de comparación existentes.

Todo el proceso realizado en el CSSI, demostró lo complejo que puede ser una consultoría completa en una empresa real, la cual no sólo tiene una necesidad, sino también una dinámica a la cual los consultores deben de adaptarse para poder desarrollar su trabajo. Se experimentó el manejo de las frustraciones al ser rechazadas las ideas que se prepararon con anterioridad, así como la satisfacción de lograr un trabajo que no es relleno, sino que produce resultados interesantes y útiles para la empresa.

Finalmente este proyecto fue una oportunidad para comprobar mucha de la información empírica que existe en el área de consultoría, como por ejemplo el recelo de los empleados de hablar claramente sobre la forma en que se trabaja, la falta de interés que puede existir en las personas de participar en procesos que

pueden poner en riesgo sus puestos de trabajo o las dificultades que se presentan al momento de intentar romper con esquemas preestablecidos de trabajo.

6.2 Recomendaciones

Las recomendaciones que se pueden sacar de este trabajo de grado se enfocan bajo dos perspectivas distintas, las recomendaciones al CSSI basadas en los resultados obtenidos de la medición, y las recomendaciones que se pueden hacer sobre el trabajo de grado como tal.

6.2.1 Recomendaciones para el Centro de Salud:

Al tratar el tema de calidad, la bibliografía resalta la importancia de un proceso de revisión y monitoreo continuo de las percepciones del cliente, así como de las diferencias que existen entre éstas y las percepciones de los empleados. Por esta razón, las recomendaciones que se hacen en este trabajo de grado, están enfocadas en las diferencias significativas que existen entre ambos grupos. Para una mayor comprensión, se agruparon dichas recomendaciones en cuatro áreas.

1. Funcionamiento del Centro:

Dentro de esta área los temas que se agruparon están relacionados con:

- *Revisión del plan de atención y los tiempos de espera*, enfocándose sobre todo en aquellas personas que no residen o trabajan cerca del Centro. La importancia de este punto en particular reside en que son los ítems que generaron las reacciones más fuertes, llegándose incluso a generar opiniones de forma voluntaria.
- *Organización del proceso administrativo*, el cual en algunos casos pareciera ser un poco engorroso para el paciente.
- *Mecanismos para emitir quejas y sugerencias, las formas cómo se corrigen los errores y deficiencias, así como la suficiencia de equipos*

para prestar un mejor servicio. Tres temas esenciales para el buen funcionamiento del Centro y que según la opinión del personal interno tienen espacio para ser mejorados.

Con la idea de aprovechar estas oportunidades de mejora, se sugiere un estudio global de todos los procesos de atención, enfocándose en su optimización, la reducción de los tiempos y una mejora general en el funcionamiento. Sería ideal que este trabajo fuera realizado por un grupo multidisciplinario, que sea capaz de enfocar las situaciones desde los distintos puntos de vistas que existen dentro del Centro. De esta forma, se podrán buscar opciones que no sólo beneficien al paciente, sino también a todos los empleados.

2. Área de Exámenes:

Basándose en los datos obtenidos, en esta área se deberían reevaluar los tiempos de entrega de los resultados, así como las circunstancias de aquellos casos en los que se han tenido que repetir los exámenes; considerando aquellos aspectos transparentes para los pacientes pero que pueden estar latentes, produciendo una desmejora en el servicio. Esta observación cobra fuerza al observar que los pacientes la consideran como un área que no presenta problemas aunque el personal tenga sus observaciones.

Enfocado el tema desde esta perspectiva, deberían ser los factores internos los primeros en ser revisados. Este trabajo podría incluir una evaluación exhaustiva de los procedimientos relacionados con la realización de los exámenes y todo el proceso de elaboración de resultados, discusiones con el personal técnico del área para identificar aquellos elementos ocultos a la vista, así como el establecimiento de espacios que permitan la libre discusión de posibilidades de mejoras.

Otra posibilidad que se pude presentar, es la detección de problemas relacionados con los materiales y/o equipos, en cuyo caso debe considerarse llevar a cabo un estudio de calidad bajo los estándares de los normas que rigen el sector salud.

3. Personal interno:

Dentro de esta categoría se encuentran ítems relacionados directamente con el desempeño del personal interno:

- Grado de comprensión que los doctores muestran cuando los pacientes les presentan sus problemas.
- Claridad con la que los doctores hacen sus explicaciones, así como la precisión de sus instrucciones.
- Grado de confianza que inspiran las enfermeras.

Debido a que estos puntos recibieron las evaluaciones menos favorables por parte de los empleados, es recomendable que la situación sea enfocada desde ese punto de vista, aprovechando así las reuniones anuales que se realizan entre directiva y empleados, para tocar estos temas. Al momento de la planificación, se debe tomar en cuenta que la mayoría de los puntos están relacionados con los doctores, los cuales han tenido una actitud marcada hacia este tipo de actividades.

Adicionalmente hay que destacar que estos puntos cobran mayor relevancia, al identificarse como parte del componente relacionado con el "Acto Médico", el cual resalta como la principal preocupación que sienten los pacientes al ir a un centro de salud.

4. Apreciaciones del personal interno:

Por último, esta área incluye aquellos aspectos que fueron evaluados únicamente por los empleados. Dentro de este grupo hay dos puntos a los que debería asignárseles mayor prioridad:

- *Disposición de los empleados a ayudarse entre sí, recalcando la relación de los doctores con el personal asistencial:* dado que este punto trata las interrelaciones entre el personal, se recomienda

incluirlo dentro de las actividades de integración que realiza el Centro con regularidad.

- *Información de los procedimientos relacionados con el desempeño del trabajo de forma eficiente:* en este caso se recomienda evaluar el grado de documentación de los procedimientos del Centro, proceso que puede llevar a dos hallazgos. El primero sería que existieran procedimientos sin documentar, en cuyo caso la solución estaría dirigida a embarcarse en el proceso para realizar la documentación necesaria. El segundo hallazgo podría ser que aunque existe la información necesaria, no se está distribuyendo de manera adecuada, caso en el cual los esfuerzos deberían orientarse al mejoramiento de la comunicación de la información. Aprovechando que se realiza una evaluación de los procedimientos, sería bueno revisar si es necesario desarrollar un proceso de estandarización de los mismos.

Finalmente dentro de esta área, resalta la evaluación de la capacidad del Centro para atender a todas las personas que asisten. Este punto obviamente no es sencillo de solucionar, pues implica muchos factores que pueden tener un carácter inmodificable o modificaciones de gran envergadura, así como grandes inversiones de dinero. Por esta razón, la recomendación en este caso, es estudiar el funcionamiento del Centro para buscar soluciones a las deficiencias actuales e intentar colocar procedimientos de control, que eviten recargar el Centro de pacientes y desmejorar la calidad del servicio ofrecido. Adicionalmente, se sugiere la optimización de todos los procesos, de forma de intentar aumentar su capacidad basándose en la rapidez del servicio.

6.2.3 Recomendaciones acerca del trabajo de grado

El sistema que se diseñó y probó en el transcurso de este trabajo de grado, al igual que el servicio que ofrece el CSSI, tiene todavía capacidad para mejorar. Para poder lograr esto se presentan las siguientes recomendaciones:

- Investigar más a profundidad sobre el tema de Sistemas de Información de Calidad de Servicio propuesto por Berry y Parasuraman (1997), el cual permitirá el perfeccionamiento del sistema base que se le entregó al CSSI.

- Estudiar otros acercamientos de investigación como sería el caso del análisis de quejas y comentarios del paciente, focus groups o paneles de clientes asesores, que le agreguen riqueza al sistema de recolección de información.

- Incluir dentro del estudio grupos de pacientes que asistan a otros centros de salud, tanto públicos como privados, de tal forma que se puedan detectar aquellas ventajas que no tiene Santa Inés y estudiar la posibilidad de desarrollarlas.

- Determinar un sistema de selección de las personas a encuestar que permita detectar quienes tienen un criterio lo suficientemente formado como para aportar información útil. A estas personas se les pudiera aplicar un cuestionario adicional, en el cual se le hagan preguntas más a profundidad sobre el servicio.

- Establecer los elementos que le hacen faltan al sistema para simplificar y masificar la distribución de la información recopilada y los resultados de su análisis, de forma que todos los empleados del Centro estén informados del nivel de desempeño actual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

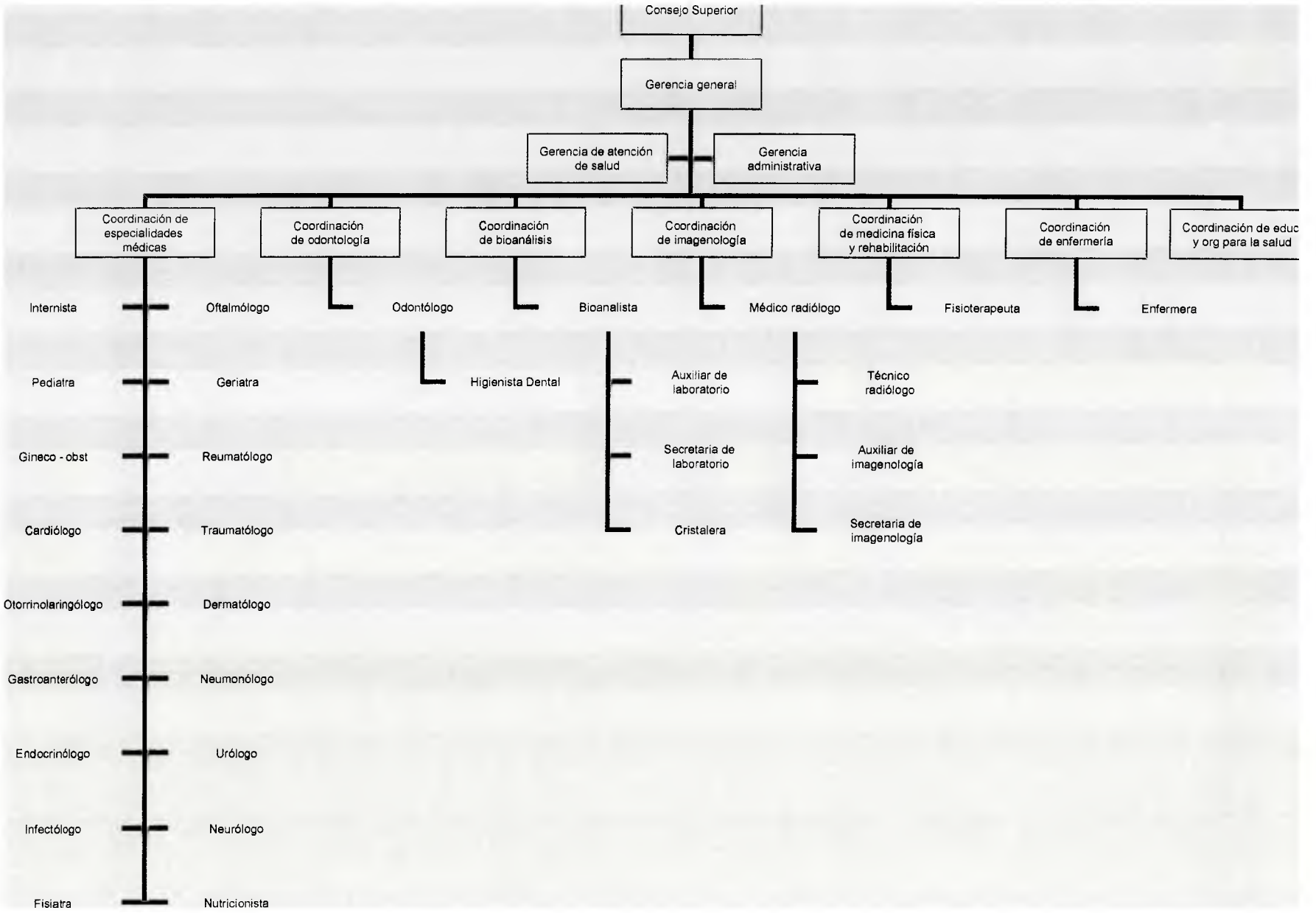
- Berry, L., Parasuraman, A. y Zeithaml, V. (1988). *The Service-Quality Puzzle*. Recuperado en Abril 2006, de http:\\search.epnet.com
- Berry, L. y Parasuraman, A. (1997). *Listening to the Customer--The Concept of a Service-Quality Information System*. Recuperado en Octubre 2005, de http:\\search.epnet.com
- Bolton, R. y Drew, J. (1991). *A Multistage Model of Customers' Assessments of Service Quality and Value*. Recuperado en Abril 2006, de http:\\search.epnet.com
- Carmines, E. y Zeller, A. (1979). *Reliability and validity assessment* (1ed). Estados Unidos: Sage Publications, Inc.
- French, W. y Bell, C. (1996). *Desarrollo Organizacional: Aportaciones de las ciencias de la conducta para el mejoramiento de la organización* (5ed). México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Grapentine, T. (1998). *The History and Future of Service Quality Assesment*. Recuperado en Abril 2006, de http:\\search.epnet.com
- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications. Recuperado en Abril 2006, de http:\\search.epnet.com
- Jain, S. y Gupta, G. (2004). *Measuring Service Quality: SERVQUAL vs. SERVPERF Scales*. Recuperado en Octubre 2005, de http:\\search.epnet.com
- Luk, S. y Layton, R. (2002). *Perception gaps in customer expectations: managers versus service providers and customers*. Recuperado en Abril 2006, de http:\\search.epnet.com
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. y Berry, L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. Recuperado en Octubre 2005, de http:\\search.epnet.com
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. y Berry, L. (1988). *SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality*. Recuperado en Agosto 2005, de http:\\search.epnet.com

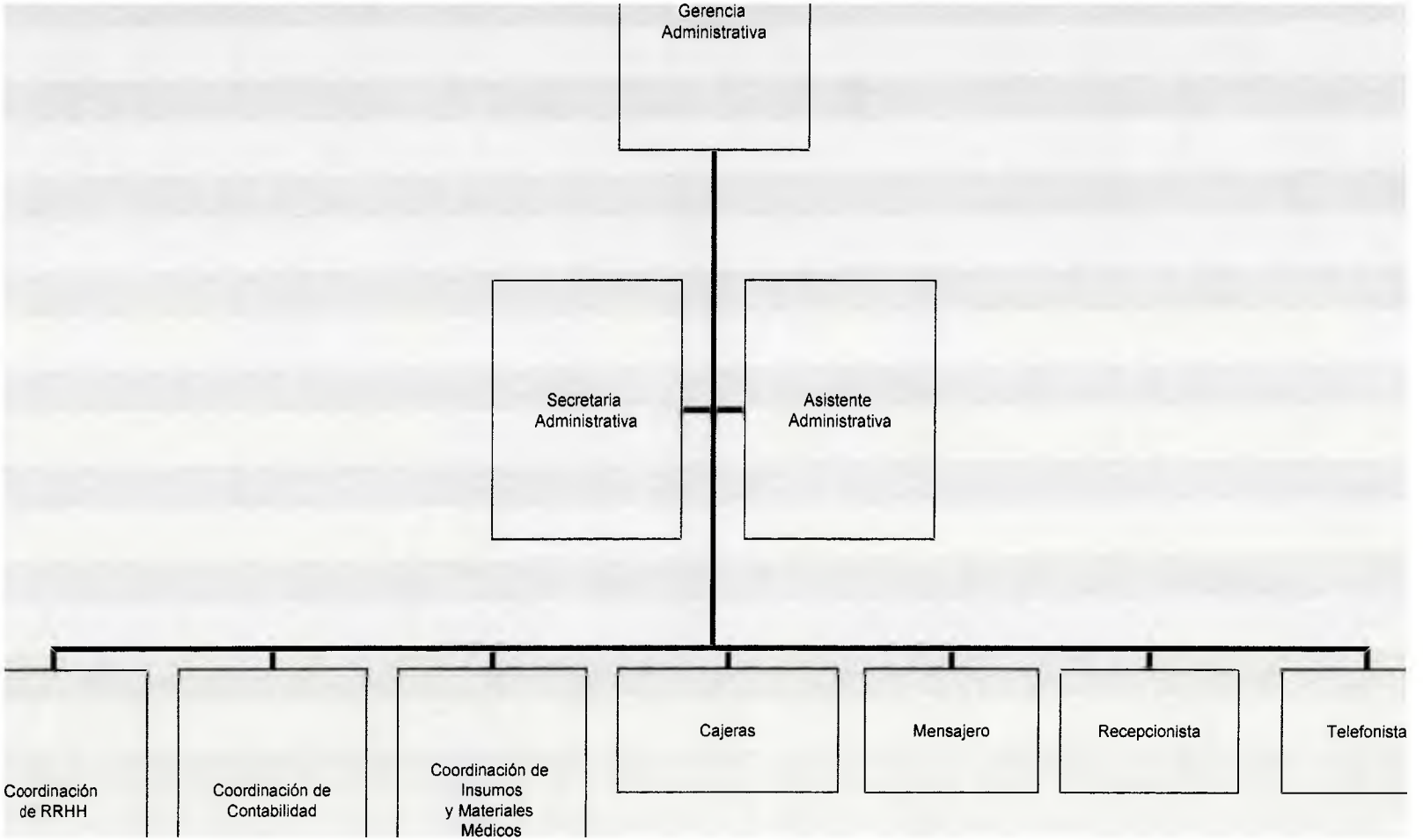
- Parasuraman, A., Berry, L. y Zeithaml, V. (1991). *Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale*. Recuperado en Abril 2006, de http:\\search.epnet.com
- Peña, 2006: *"El significado de las puntuaciones extremas en las escalas de percepción social"*. Comunicación personal.
- Rodriguez, A. (2005). *Calidad y solidaridad para la gente* (1ed). Caracas: Publicaciones UCAB.
- Santalla, Z. (2003). Guía para la elaboración formal de reportes de investigación (1ed). Caracas: Publicaciones UCAB.
- Shahin, A., (s.f.). *SERVQUAL and Model of Service Quality Gaps: A Framework for Determining and Prioritizing Critical Factors in Delivering Quality Services*. Recuperado en Agosto 2005, de http:\\www.qmconf.com /Docs/0077.pdf.
- Tam, J. (2004). *Customer Satisfaction, Service Quality and Perceived Value: An Integrative Model*. Recuperado en Abril 2006, de http:\\search.epnet.com
- Wann-Yih W., Shih-Wen H. y Hsing-Ping K. (2004). *Fuzzy Set Theory Based Decision Model for Determining Market Position and Developing Strategy for Hospital Service Quality*. Recuperado en Agosto 2005, de http:\\search.epnet.com
- Zeithaml, V., Berry, L. y Parasuraman, A. (1988). *Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality*. Recuperado en Abril 2006, de http:\\search.epnet.com
- Zeithaml, V., Berry, L. y Parasuraman, A. (1993). *The Nature and Determinants of Customer Expectations of Service*. Recuperado en Abril 2006, de http:\\search.epnet.com

ANEXOS

ANEXO A

Estructura organizacional del Centro de Salud Santa Inés UCAB


Consejo Superior
Gerencia general
Gerencia de atención de salud
Gerencia administrativa
Coordinación de especialidades médicas
Coordinación de odontología
Coordinación de bioanálisis
Coordinación de imagenología
Coordinación de medicina física y rehabilitación
Coordinación de enfermería
Coordinación de educ y org para la salud
Internista
Oftalmólogo
Pediatra
Geriatra
Gineco - obst
Reumatólogo
Cardiólogo
Traumatólogo
Otorrinolaringólogo
Dermatólogo
Gastroanterólogo
Neumonólogo
Endocrinólogo
Urólogo
Infectólogo
Neurólogo
Fisiatra
Nutricionista
Odontólogo
Higienista Dental
Bioanalista
Auxiliar de laboratorio
Secretaria de laboratorio
Cristalera
Médico radiólogo
Técnico radiólogo
Auxiliar de imagenología
Secretaria de imagenología
Fisioterapeuta
Enfermera


Gerencia Administrativa
Secretaria Administrativa
Asistente Administrativa
Coordinación de RRHH
Coordinación de Contabilidad
Coordinación de Insumos y Materiales Médicos
Cajeras
Mensajero
Recepcionista
Telefonista

ANEXO B

Cronograma inicial de trabajo

CRONOGRAMA DE ACCIONES EFECTIVAS: FASE I: DIAGNÓSTICO

ORGANIZACIÓN: CENTRO DE SALUD SANTA INÉS UCAB

Actividades Planificadas	Semanas Asignadas											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1-. Reunión inicial con la persona contacto en CSSI	✓											
2-. Investigación sobre los modelos de servicio/calidad/salud		✓										
3.- Investigación sobre material base para conocimiento del CSSI		✓										
4-. Nuevo contacto con el CSSI para aclarar sus necesidades			✓									
5-. Busqueda de instrumentos y materiales bibliográficos afines			✓									
6-. Investigaciones: Marco teoríco (Modelo e Instrumentos)			✓									
7-. Borrador de Propuesta				✓								
8-. Reunión con Lic. Mariana Borges Coordinadora RRHH					✓							
9-. Revisión de propuesta					✓							
10-. Actualización de propuesta					✓							
11-. Reunión con el cliente para discutir la propuesta final						✓						
12-. Realización y revisión del instrumento a aplicar							✓					
13-. Reunión con el cliente para discutir el instrumento								✓				
14-. Aplicación del instrumento									✓			
15-. Análisis de resultados y realización de informe diagnóstico										✓	✓	
16-. Presentación y entrega de los resultados al cliente												✓

ANEXO C

Instrumento original SERVQUAL

Parte I: Expectativas

Instrucciones: este cuestionario es usado para conocer tus opiniones sobre el servicio _____. Por favor señala el grado en el cual piensas que la empresa que ofrece el servicio _____ debería poseer los aspectos descritos en cada afirmación. Si estás muy acuerdo con que la empresa debería tener este aspecto, marca el 7; si estás muy en desacuerdo, marca el 1; y en caso contrario, marca uno de los valores en medio. No hay respuestas correctas o equivocadas, estamos interesados en el número que mejor represente tus expectativas acerca de la empresa que te ofrece el servicio ____.

1. Sus equipos deberían estar actualizados.
2. Sus instalaciones físicas deberías ser visualmente llamativas.
3. Sus empleados deben estar bien vestidos y lucir impecables.
4. La apariencia de las instalaciones físicas de esta empresa deberían ser adecuadas para el tipo de servicio que ofrecen.
5. Cuando esta empresa promete hacer algo en un tiempo específico, deberían hacerlo.
6. Cuando los clientes tienen problemas, la empresa debería simpatizar con él y tranquilizarlo.
7. Esta empresa debería ser confiable.
8. La empresa debería proveer el servicio en el tiempo en que lo promete.
9. La empresa debería mantener sus registros con precisión.
10. No se debería esperar que la empresa le informe al cliente exactamente cuándo el servicio será desempeñado (-).
11. No es realista para los clientes esperar un servicio bueno de los empleados de esta empresa (-).
12. Los empleados de la empresa no siempre tienen que estar dispuestos a ayudar a los clientes (-).
13. Esta bien si los empleados están muy ocupados para responder de manera rápida a las peticiones de los clientes.
14. Los clientes deberían ser capaces de confiar en los empleados de esta empresa.

7. XYZ es confiable.
8. XYZ provee el servicio en el tiempo en que lo promete.
9. XYZ mantiene sus registros con precisión.
10. XYZ le informa al cliente exactamente cuándo el servicio será desempeñado (-).
11. No recibes un buen servicio por parte de los empleados de XYZ (-).
12. Los empleados de XYZ no siempre están dispuestos a ayudar a los clientes (-).
13. Los empleados de XYZ están muy ocupados para responder a las peticiones de los clientes.
14. Puedes confiar en los empleados de XYZ.
15. Te sientes seguro en tus transacciones con los empleados de XYZ.
16. Los empleados de XYZ son educados.
17. Los empleados obtienen un apoyo adecuado por parte de XYZ para realizar su trabajo de forma adecuada.
18. XYZ no te ofrece una atención individual (-).
19. Los empleados de XYZ no te ofrecen una atención personalizada (-).
20. Los empleados de XYZ no saben cuáles son tus necesidades (-).
21. XYZ no tiene tus intereses en mente (-).
22. XYZ no tiene un horario operativo conveniente para todos los clientes (-).

ANEXO D

Ítems de la adaptación del SERVQUAL para el sector salud por Wu, Hsiao y Kuo

Elementos tangibles:

1. El ambiente dentro y fuera de este hospital es tranquilo.
2. Los equipos médicos de este hospital son nuevos y están actualizados.
3. La apariencia y presentación de todo el personal de este hospital es excelente.
4. La apariencia y presentación de todo el personal contacto de este hospital es excelente.
5. Todos los consultorios de este hospital son limpios y confortables.
6. Los doctores que atienden en este hospital son amables y amigables.
7. Las enfermeras que atienden en este hospital son amables y amigables.
8. Los farmaceutas que atienden en este hospital le explican a cada paciente la forma de tomar y los efectos secundarios de los medicamentos.
9. Todos los empleados contacto de este hospital son muy educados.
10. Los doctores que trabajan en este hospital le explican con detalle su condición a los pacientes.
11. Las enfermeras que trabajan en este hospital ilustran de forma clara sus explicaciones.
12. Los farmaceutas que trabajan en este hospital ilustran de forma clara la forma de tomar y los efectos secundarios de los medicamentos.
13. La actitud de servicio de todo el personal contacto en este hospital es amable y amigable.

Fiabilidad:

1. Las habilidades de los doctores que atienden en este hospital son excelentes.
2. El tratamiento ofrecido por los médicos de este hospital es excelente.
3. Los procedimientos de atención médica son rápidos y no se cometen errores.
4. La calidad de los servicio en este hospital es excelente.

Capacidad de respuesta:

1. Los doctores de este hospital pueden entender y manejar las demandas de los pacientes de forma rápida.
2. Las enfermeras de este hospital pueden entender y manejar las demandas de los pacientes de forma rápida.
3. Los procesos de atención médica en este hospital son convenientes y rápidos.
4. El personal de este hospital puede manejar eventos repentinos de manera rápida y efectiva.
5. Las enfermeras tienen un buen entrenamiento para hacerse cargo de las necesidades de los pacientes de este hospital.
6. Los doctores tienen un buen entrenamiento en diversas especialidades para curar a los pacientes de este hospital.
7. Las habilidades de chequeo en este hospital son excelentes.
8. Las habilidades del personal administrativo en este hospital son excelentes.
9. Este hospital posee las capacidades para desarrollo e investigación.
10. Las vías para quejarse en este hospital son accesibles y convenientes.
11. Las actividades de educación para la salud en este hospital se están haciendo bien.
12. Este hospital hace trabajo comunitario frecuentemente.

Seguridad:

1. Las instalaciones y el diseño de este hospital me hacen sentir seguro y son convenientes para mí.
2. Las instalaciones de este hospital son seguras.
3. Me siente seguro y confiado en este hospital cuando voy al doctor.
4. Este hospital hará lo posible para mantener mi privacidad.
5. El servicio que este hospital me provee puede llenar mis expectativas.
6. El servicio de este hospital tiene una buena reputación y buenos comentarios.
7. El trato que me dan los doctores de este hospital me hace sentir confiado.

8. La habilidades para ofrecer un tratamiento me hace sentir confiado.

Empatía:

1. La información médica relacionada con este hospital es fácil de obtener.
2. El registro en este hospital es muy rápido.
3. No tengo que esperar mucho tiempo en colas para que obtener las medicinas.
4. No tengo que esperar mucho tiempo en colas para que me atiendan los doctores.
5. El registro de las reservaciones en este hospital es fácil y conveniente.
6. El horario en que trabaja este hospital es conveniente.
7. Las instalaciones de este hospital son convenientes para familiares y visitantes.
8. Este hospital entiende y satisface las demandas de los pacientes de forma rápida y automática.
9. Este hospital satisface las demandas especiales de los pacientes.
10. Este hospital se preocupa por las demandas de los familiares y visitantes.
11. Todas las instalaciones y servicios de este hospital me hacen sentir bien.

ANEXO E

Ítems del instrumento de satisfacción al usuario del CSSI UCAB

Datos demográficos:

- Servicio visitado: tomografía, rayos X, ultrasonido, laboratorio, consulta (se debe especificar especialidad).
- Nombre del especialista médico que le atendió.
- Sexo.
- Edad.
- Estado civil.
- Ocupación.
- Lugar de residencia: Antímano, Montalbán, Macarao, el Paraíso, la Vega, Caricuao, interior del país, otras parroquias del municipio Libertador, otros municipios de la Gran Caracas.
- ¿Desde cuándo usa los servicios del Centro de Salud Santa Inés?

Instrucciones: por medio de esta encuesta queremos conocer su apreciación con respecto a la atención que Ud. ha recibido en el Centro de Salud Santa Inés UCAB, a fin de mejorar el servicio que ofrecemos.

Parte I. Por favor califiqué Ud. cada uno de los siguientes aspectos usando una escala del 1 al 4, donde 1 es el puntaje mínimo y 4 el puntaje máximo.

1. En este centro de salud es fácil identificar los servicios (tiene letreros y señales).
2. Este centro de salud tiene los insumos y materiales necesarios para dar una buena atención.
3. Este centro de salud presta los servicios que ofrece.
4. El personal que lo atiende está presente y activo durante el horario de atención establecido:

   4.a En el módulo de información.

   4.b En caja.

   4.c En la recepción del servicio respectivo.

   4.d Personal asistencial (enfermeras y técnicos).

4.e En la consulta (especialista médico o licenciado).

5. Este centro de salud cumple con el tiempo pautado para entregar resultados:

   5.a En laboratorio.

   5.b En imagenología.

   5.c Otros: _____

6. Las expectativas que Ud. tenía en cuanto a la atención fueron satisfechas.

7. El personal de este centro de salud muestra disposición de escuchar:

   7.a En el módulo de información.

   7.b En caja.

   7.c En la recepción del servicio respectivo.

   7.d Personal asistencial (enfermeras y técnicos).

   7.e En la consulta (especialista médico o licenciado).

8. El personal de este centro de salud es capaz de ponerse en su lugar y comprender su posición:

   8.a En el módulo de información.

   8.b En caja.

   8.c En la recepción del servicio respectivo.

   8.d Personal asistencial (enfermeras y técnicos).

   8.e En la consulta (especialista médico o licenciado).

9. El personal de este centro de salud está dispuesto a ayudarlo a buscar soluciones a los problemas que usted plantea:

   9.a En el módulo de información.

   9.b En caja.

   9.c En la recepción del servicio respectivo.

   9.d Personal asistencial (enfermeras y técnicos).

   9.e En la consulta (especialista médico o licenciado).

10. El personal que le atiende demuestra conocimientos sobre lo que está haciendo:

    10.a En el módulo de información.

    10.b En caja.

    10.c En la recepción del servicio respectivo.

10.d Personal asistencial (enfermeras y técnicos).

10.e En la consulta (especialista médico o licenciado).

11. El personal que le atiende le inspira confianza:

11.a En el módulo de información.

11.b En caja.

11.c En la recepción del servicio respectivo.

11.d Personal asistencial (enfermeras y técnicos).

11.e En la consulta (especialista médico o licenciado).

12. El personal que le atiende tiene hacia usted un trato cálido y amable

12.a En el módulo de información.

12.b En caja.

12.c En la recepción del servicio respectivo.

12.d Personal asistencial (enfermeras y técnicos).

12.e En la consulta (especialista médico o licenciado).

13. El personal que le atiende le habla de forma clara y le da instrucciones precisas:

13.a En el módulo de información.

13.b En caja.

13.c En la recepción del servicio respectivo.

13.d Personal asistencial (enfermeras y técnicos).

13.e En la consulta (especialista médico o licenciado).

14. Es fácil obtener los servicios que ofrece este centro de salud.
15. Es fácil obtener información referente a los servicios, horarios, especialistas médicos y procedimientos de este centro de salud.
16. El ambiente (limpieza y el orden) de este centro de salud es adecuado.
17. Su opinión es tomada en cuenta.
18. En términos generales y de acuerdo a sus expectativas, quedó usted satisfecho con la calidad de los servicios que le prestaron en este centro de salud.
19. Qué es lo que más le gusta de este centro de salud.
20. En cuáles aspectos de los servicios que se prestan en este centro de salud cree usted que se debería mejorar.
21. Si usted ha sido usuario regular cree que este centro de salud:

- Ha mejorado.
- Se ha mantenido igual.
- Ha desmejorado.

ANEXO F

Versión final del instrumento para pacientes

Fecha: _____

ENCUESTA DE CALIDAD DE SERVICIO

Sexo: M ___ F ___ Edad: _____

Frecuencia de visita: Primera visita ___ 5 ó menos visitas ___ Más de 5 visitas ___

Servicios Visitados:

Tomografía	☐	Laboratorio	☐	
Rayos X	☐	Consulta	☐	Especialidad: _____
Ultrasonido	☐			

Por medio de esta encuesta queremos conocer su apreciación con respecto a la atención que Ud. ha recibido en el Centro de Salud Santa Inés UCAB, a fin de mejorar el servicio que ofrecemos.

Por favor califique Ud. cada uno de los siguientes aspectos usando una escala del 1 al 4, donde 1 es el puntaje mínimo y 4 el puntaje máximo.

	Muy en desacuerdo			Muy de acuerdo
1. Es fácil obtener información referente a los servicios, horarios, Especialistas médicos y procedimientos del Centro de Salud Santa Inés UCAB.	1	2	3	4
2. El Centro de Salud Santa Inés UCAB presta los servicios que Ofrece.	1	2	3	4
3. El Centro de Salud Santa Inés UCAB provee su servicio en el tiempo en que promete hacerlo.	1	2	3	4
4. La variedad de servicios médicos que se ofrecen en el Centro de Salud Santa Inés UCAB es suficiente para cumplir con las Necesidades de los pacientes.	1	2	3	4
5. Los procesos administrativos del Centro de Salud Santa Inés UCAB son sencillos y no requieren mucho tiempo.	1	2	3	4
6. El Centro de Salud Santa Inés UCAB cuenta con los insumos y materiales necesarios para prestar una buena atención.	1	2	3	4
	___	___	___	___

7. Los materiales que se utilizan en el Centro de Salud Santa Inés UCAB son de alta calidad.	1	2	3	4
8. El personal del Centro de Salud Santa Inés UCAB es compresivo cuando los pacientes presentan sus problemas:				
a. Personal administrativo (módulo de información, caja y recepción del servicio respectivo)	1	2	3	4
b. Personal asistencial (enfermeras y técnicos)	1	2	3	4
c. En la Consulta (especialista médico o licenciado)	1	2	3	4
9. Las instalaciones y el diseño del Centro de Salud Santa Inés UCAB son seguras para sus pacientes.	1	2	3	4
10. Todos los consultorios del Centro de Salud Santa Inés UCAB son limpios y tienen el tamaño adecuado.	1	2	3	4
11. Lo equipos médicos del Centro de Salud Santa Inés UCAB:				
a. Son nuevos y están actualizados	1	2	3	4
b. Son suficientes para prestar un buen servicio	1	2	3	4
12. El horario en que trabaja el Centro de Salud Santa Inés UCAB es conveniente para sus pacientes.	1	2	3	4
13. El personal que trabaja en el Centro de Salud Santa Inés UCAB se explica de forma clara y da instrucciones precisas:				
a. Personal administrativo (módulo de información, caja y recepción del servicio respectivo)	1	2	3	4
b. Personal asistencial (enfermeras y técnicos)	1	2	3	4
c. En la Consulta (especialista médico o licenciado)	1	2	3	4
14. Las historias en el Centro de Salud Santa Inés UCAB se realizan de forma rápida, organizada y se mantienen actualizadas.	1	2	3	4
	___	___	___	___

15. Los mecanismos para emitir quejas o sugerencias en el Centro de Salud Santa Inés UCAB son accesible y convenientes.	1	2	3	4
16. Los errores y deficiencias del Centro de Salud Santa Inés UCAB son corregidos de manera efectiva.	1	2	3	4
17. El personal que trabaja en el Centro de Salud Santa Inés UCAB puede entender y manejar las demandas de los pacientes de forma rápida:				
a. Personal administrativo (módulo de información, caja y Recepción del servicio respectivo)	1	2	3	4
b. Personal asistencial (enfermeras y técnicos)	1	2	3	4
c. En la Consulta (especialista médico o licenciado)	1	2	3	4
18. El personal que trabaja en el Centro de Salud Santa Inés UCAB inspira confianza:				
a. Personal administrativo (módulo de información, caja y recepción del servicio respectivo)	1	2	3	4
b. Personal asistencial (enfermeras y técnicos)	1	2	3	4
c. En la Consulta (especialista médico o licenciado)	1	2	3	4
19. Los empleados del Centro de Salud Santa Inés UCAB están siempre dispuestos a ayudar a los pacientes:				
a. Personal administrativo (módulo de información, caja y recepción del servicio respectivo)	1	2	3	4
b. Personal asistencial (enfermeras y técnicos)	1	2	3	4
c. En la Consulta (especialista médico o licenciado)	1	2	3	4
20. El personal del Centro de Salud Santa Inés UCAB mantiene siempre la privacidad del paciente.	1	2	3	4
21. El plan de atención en el Centro de Salud Santa Inés UCAB es fácil y conveniente para sus pacientes.	1	2	3	4

22. El Centro de Salud Santa Inés UCAB toma en cuenta las opiniones de los pacientes.	1	2	3	4
23. El personal del Centro de Salud Santa Inés UCAB puede manejar eventos repentinos de manera rápida y efectiva:				
a. Personal administrativo (módulo de información, caja y recepción del servicio respectivo)	1	2	3	4
b. Personal asistencial (enfermeras y técnicos)	1	2	3	4
c. En la Consulta (especialista médico o licenciado)	1	2	3	4
24. El personal que trabaja en el Centro de Salud Santa Inés UCAB está presente y activo:				
a. Personal administrativo (módulo de información, caja y recepción del servicio respectivo)	1	2	3	4
b. Personal asistencial (enfermeras y técnicos)	1	2	3	4
c. En la Consulta (especialista médico o licenciado)	1	2	3	4
d. En el laboratorio	1	2	3	4
e. En imagenología	1	2	3	4
25. El personal del Centro de Salud Santa Inés UCAB le explica al paciente la forma de usar y los posibles efectos secundarios que pueden tener los medicamentos que le fueron recetados:				
a. Personal asistencial (enfermeras)	1	2	3	4
b. En la Consulta (especialista médico o licenciado)	1	2	3	4
26. El personal que trabaja en el Centro de Salud Santa Inés UCAB demuestra conocimientos sobre lo que está haciendo:				
a. Personal administrativo (módulo de información, caja y recepción del servicio respectivo)	1	2	3	4
b. Personal asistencial (enfermeras y técnicos)	1	2	3	4
c. En la Consulta (especialista médico o licenciado)	1	2	3	4
d. En el laboratorio	1	2	3	4
e. En imagenología	1	2	3	4

27. Los exámenes médicos en el Centro de Salud Santa Inés UCAB deben realizarse solamente una vez, sin necesidad de repetirlos por fallas técnicas u operativas.	1	2	3	4
28. El Centro de Salud Santa Inés UCAB cumple con el tiempo pautado para entregar resultados:				
a. En laboratorio	1	2	3	4
b. En imagenología	1	2	3	4
c. En consulta	1	2	3	4
29. El personal del Centro de Salud Santa Inés UCAB le explica claramente y con detalle su condición a los pacientes:				
a. Personal asistencial (enfermeras)	1	2	3	4
b. En la Consulta (especialista médico o licenciado)	1	2	3	4

ANEXO G

Versión final del instrumento para empleados

ENCUESTA DE CALIDAD DE SERVICIO

Área a la que pertenece:

Personal administrativo: ___
Personal asistencial (enfermeras y técnicos): ___
Especialista médico o licenciado: ___

Por medio de este cuestionario queremos conocer sus percepciones sobre la Calidad de Servicio que ofrece el Centro de Salud Santa Inés UCAB. Este cuestionario es anónimo, no debe escribir su nombre, ni firmarlo, sin embargo, para fines del estudio es necesario que señale el área a la que pertenece. Por favor al responder, tenga presente que lo importante es su sinceridad. De antemano muchas gracias por su colaboración.

INSTRUCCIONES: en las siguientes páginas se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con algún aspecto del Centro de Salud Santa Inés UCAB, para que usted indique su grado de acuerdo (o descuerdo), marcando una casilla de puntuación que va desde 1 al 4. Lea con atención cada afirmación y coloque una X en el recuadro que más represente su opinión, tomando en cuenta que:

1 = muy en desacuerdo
2 = en desacuerdo
3 = de acuerdo
4 = muy de acuerdo

	Muy en desacuerdo			Muy de acuerdo
1. Es fácil obtener información referente a los servicios, horarios, especialistas médicos y procedimientos del Centro de Salud Santa Inés UCAB.	1	2	3	4
2. El Centro de Salud Santa Inés UCAB presta los servicios que Ofrece.	1	2	3	4
3. El Centro de Salud Santa Inés UCAB provee su servicio en el tiempo en que promete hacerlo.	1	2	3	4
4. La variedad de servicios médicos que se ofrecen en el Centro de Salud Santa Inés UCAB es suficiente para cumplir con las necesidades de los pacientes.	1	2	3	4
5. Los procesos administrativos del Centro de Salud Santa Inés UCAB son sencillos y no requieren mucho tiempo.	1	2	3	4
	___	___	___	___

6. El Centro de Salud Santa Inés UCAB cuenta con los insumos y materiales necesarios para prestar una buena atención.	1	2	3	4
7. Los materiales que se utilizan en el Centro de Salud Santa Inés UCAB son de alta calidad.	1	2	3	4
8. El personal del Centro de Salud Santa Inés UCAB es compresivo cuando los pacientes presentan sus problemas:				
a. Personal administrativo (módulo de información, caja y recepción del servicio respectivo)	1	2	3	4
b. Personal asistencial (enfermeras y técnicos)	1	2	3	4
c. En la Consulta (especialista médico o licenciado)	1	2	3	4
9. Las instalaciones y el diseño del Centro de Salud Santa Inés UCAB son seguras:				
a. Para sus pacientes	1	2	3	4
b. Para sus empleados	1	2	3	4
10. Todos los consultorios del Centro de Salud Santa Inés UCAB son limpios y tienen el tamaño adecuado.	1	2	3	4
11. Lo equipos médicos del Centro de Salud Santa Inés UCAB:				
a. Son nuevos y están actualizados	1	2	3	4
b. Son suficientes para prestar un buen servicio	1	2	3	4
12. El horario en que trabaja el Centro de Salud Santa Inés UCAB es conveniente:				
a. Para los pacientes	1	2	3	4
b. Para los empleados	1	2	3	4
13. El personal que trabaja en el Centro de Salud Santa Inés UCAB se explica de forma clara y da instrucciones precisas:				
a. Personal administrativo (módulo de información, caja y	1	2	3	4

recepción del servicio respectivo)			
b. Personal asistencial (enfermeras y técnicos)	1	2	3
c. En la Consulta (especialista médico o licenciado)	1	2	3
14. Las historias en el Centro de Salud Santa Inés UCAB se realizan de forma rápida, organizada y se mantienen actualizadas.	1	2	3
15. Los mecanismos para emitir quejas o sugerencias en el Centro de Salud Santa Inés UCAB son accesible y convenientes.	1	2	3
16. Los errores y deficiencias del Centro de Salud Santa Inés UCAB son corregidos de manera efectiva.	1	2	3
17. El personal que trabaja en el Centro de Salud Santa Inés UCAB puede entender y manejar las demandas de los pacientes de forma rápida:			
a. Personal administrativo (módulo de información, caja y recepción del servicio respectivo)	1	2	3
b. Personal asistencial (enfermeras y técnicos)	1	2	3
c. En la Consulta (especialista médico o licenciado)	1	2	3
18. El personal que trabaja en el Centro de Salud Santa Inés UCAB inspira confianza:			
a. Personal administrativo (módulo de información, caja y recepción del servicio respectivo)	1	2	3
b. Personal asistencial (enfermeras y técnicos)	1	2	3
c. En la Consulta (especialista médico o licenciado)	1	2	3
19. Los empleados del Centro de Salud Santa Inés UCAB están siempre dispuestos a ayudar a los pacientes:			
a. Personal administrativo (módulo de información, caja y recepción del servicio respectivo)	1	2	3
b. Personal asistencial (enfermeras y técnicos)	1	2	3

c. En la Consulta (especialista médico o licenciado)	1	2	3	4
20. El personal del Centro de Salud Santa Inés UCAB mantiene siempre la privacidad del paciente.	1	2	3	4
21. El plan de atención en el Centro de Salud Santa Inés UCAB es fácil y conveniente:				
a. Para los empleados	1	2	3	4
b. Para los pacientes	1	2	3	4
22. El Centro de Salud Santa Inés UCAB toma en cuenta las opiniones de:				
a. Los pacientes	1	2	3	4
b. Sus empleados	1	2	3	4
23. El personal del Centro de Salud Santa Inés UCAB puede manejar eventos repentinos de manera rápida y efectiva:				
a. Personal administrativo (módulo de información, caja y Recepción del servicio respectivo)	1	2	3	4
b. Personal asistencial (enfermeras y técnicos)	1	2	3	4
c. En la Consulta (especialista médico o licenciado)	1	2	3	4
24. El personal que trabaja en el Centro de Salud Santa Inés UCAB está presente y activo:				
a. Personal administrativo (módulo de información, caja y recepción del servicio respectivo)	1	2	3	4
b. Personal asistencial (enfermeras y técnicos)	1	2	3	4
c. En la Consulta (especialista médico o licenciado)	1	2	3	4
d. En el laboratorio	1	2	3	4
e. En imagenología	1	2	3	4
f. En la gerencia	1	2	3	4
	___	___	___	___

25. El personal del Centro de Salud Santa Inés UCAB le explica al paciente la forma de usar y los posibles efectos secundarios que pueden tener los medicamentos que le fueron recetados:

a. Personal asistencial (enfermeras)	1	2	3
b. En la Consulta (especialista médico o licenciado)	1	2	3

26. El personal que trabaja en el Centro de Salud Santa Inés UCAB demuestra conocimientos sobre lo que está haciendo:

a. Personal administrativo (módulo de información, caja y recepción del servicio respectivo)	1	2	3
b. Personal asistencial (enfermeras y técnicos)	1	2	3
c. En la Consulta (especialista médico o licenciado)	1	2	3
d. En el laboratorio	1	2	3
e. En imagenología	1	2	3

27. Los exámenes médicos en el Centro de Salud Santa Inés UCAB deben realizarse solamente una vez, sin necesidad de repetirlos por fallas técnicas u operativas.	1	2	3

28. El Centro de Salud Santa Inés UCAB cumple con el tiempo pautado para entregar resultados:

a. En laboratorio	1	2	3
b. En imagenología	1	2	3
c. En consulta	1	2	3

29. El personal del Centro de Salud Santa Inés UCAB le explica claramente y con detalle su condición a los pacientes:

a. Personal asistencial (enfermeras)	1	2	3
b. En la Consulta (especialista médico o licenciado)	1	2	3

30. La información sobre los procesos que debe cumplir el personal del Centro de Salud Santa Inés UCAB son claros y sencillos.	1	2	3

31. El personal del Centro de Salud Santa Inés UCAB tiene un buen entrenamiento para hacerse cargo de las necesidades de los pacientes:
    a. Personal administrativo (módulo de información, caja y recepción del servicio respectivo) 1 2 3
    b. Personal asistencial (enfermeras y técnicos) 1 2 3
    c. En la Consulta (especialista médico o licenciado) 1 2 3

32. El personal del Centro de Salud Santa Inés UCAB recibe apoyo adecuado por parte de la directiva para poder realizar mejor su Trabajo. 1 2 3

33. Todas las instalaciones del Centro de Salud Santa Inés UCAB son adecuadas para realizar el trabajo de forma eficiente 1 2 3

34. El Centro de Salud Santa Inés UCAB está en la capacidad de atender a todos las personas que asisten. 1 2 3

35. En el Centro de Salud Santa Inés UCAB la tasa de errores que afectan al paciente es baja. 1 2 3

36. Los empleados del Centro de Salud Santa Inés UCAB nunca están muy ocupados para cooperar con otros empleados:
    a. Personal administrativo (módulo de información, caja y recepción del servicio respectivo) 1 2 3
    b. Personal asistencial (enfermeras y técnicos) 1 2 3
    c. En la Consulta (especialista médico o licenciado) 1 2 3

37. El personal del Centro de Salud Santa Inés UCAB esta bien informado de los procedimientos necesarios para realizar sus Funciones. 1 2 3

ANEXO H

Carta presentando el proyecto a los empleados de CSSI

UCAB

Caracas, 27 de Octubre de 2005

Señores
Centro de Salud Santa Inés UCAB
Presente.-

En el marco del postgrado en Desarrollo Organizacional de la Universidad Católica Andrés Bello, se establece como requisito para sus estudiantes, la realización de un proceso de consultoría en una empresa "real", con el fin de demostrar el manejo y dominio de los conceptos aprendidos en las distintas materias que se imparten. Para lograr este objetivo, estamos en la búsqueda de una organización que presente la necesidad de un servicio de este estilo; después de algunas conversaciones con ustedes, hemos reconocido esa necesidad en su organización y por medio de la presente nos ponemos a su disposición.

Nuestros servicios incluirían un proceso de consultoría completo, conformado por una caracterización de su empresa, con el fin de descubrir posibles oportunidades de mejora. El diseño de varios grupos de actividades, que busquen aprovechar las oportunidades detectadas en las distintas áreas. La implementación de uno de esos grupos de actividades, el cual será escogido en un proceso conjunto de análisis y discusión de las alternativas planteadas. Debido al carácter educativo de este trabajo, el proceso de consultoría no generará costos para ustedes.

Todo el trabajo que se realice durante este proceso será respaldado por expertos en la materia en la modalidad de profesores guías, los cuales han sido asignados por la Universidad Católica. Nosotros nos comprometemos a poner el 100% de nuestro conocimiento, experiencia y empeño en obtener los mejores resultados de este proyecto. Es importante destacar también, que esperamos de ustedes la mayor colaboración para que la información fluya de una forma directa y abierta, evitando cualquier tipo de malentendido o malinterpretaciones.

Finalmente quisiéramos resaltar que toda la información que sea manejada durante este proceso será tratada con la mayor confidencialidad, de forma de no divulgar información que para ustedes resulte clave.

Sin más a que hacer referencia,

José Manuel Gómez Rocha

Luis Miguel Peña de Monteverde

ANEXO I

Datos recolectados en la medición

Dimensión: Empatía

Papel del En agrupado		I1	I5	I12A	I14	I21B
Personal del Centro	N	43,00	44,00	44,00	42,00	42,00
	Median	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00
	Mean	3,58	3,25	3,52	3,45	3,50
	Std. Deviation	0,54	0,87	0,66	0,63	0,74
Paciente	N	67,00	68,00	67,00	67,00	68,00
	Median	4,00	3,00	3,00	4,00	3,50
	Mean	3,60	3,03	3,12	3,67	3,13
	Std. Deviation	0,60	0,86	0,95	0,66	0,99
Total	N	110,00	112,00	111,00	109,00	110,00
	Median	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00
	Mean	3,59	3,12	3,28	3,59	3,27
	Std. Deviation	0,58	0,87	0,87	0,66	0,92

Dimensión: Elementos Tangibles

Papel del En agrupado		I2	I6	I7	I10	I11A
Personal del Centro	N	44,00	44,00	44,00	44,00	44,00
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	Mean	3,84	3,70	3,64	3,50	3,61
	Std. Deviation	0,37	0,51	0,37	0,73	0,62
Paciente	N	67,00	68,00	64,00	68,00	62,00
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	Mean	3,87	3,79	3,75	3,68	3,71
	Std. Deviation	0,46	0,44	0,44	0,56	0,55
Total	N	111,00	112,00	106,00	112,00	106,00
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	Mean	3,86	3,76	3,79	3,61	3,67
	Std. Deviation	0,42	0,47	0,41	0,63	0,58

Dimensión: Capacidad de Respuesta

Papel del En agrupado		I3	I4	I19A	I19B	I19C	I28A	I28B	I28C
Personal del Centro	N	44,00	44,00	44,00	44,00	42,00	42,00	41,00	42,00
	Median	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	Mean	3,50	2,80	3,73	3,77	3,71	3,60	3,34	3,50
	Std. Deviation	0,66	0,73	0,59	0,48	0,46	0,63	0,79	0,67
Paciente	N	68,00	68,00	68,00	68,00	68,00	52,00	39,00	41,00
	Median	3,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	Mean	3,10	3,16	3,66	3,64	3,79	3,87	3,87	3,80
	Std. Deviation	0,99	0,78	0,61	0,41	0,51	0,40	0,34	0,46
Total	N	112,00	112,00	112,00	112,00	110,00	94,00	80,00	83,00
	Median	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	Mean	3,26	3,02	3,69	3,81	3,76	3,74	3,60	3,65
	Std. Deviation	0,90	0,78	0,60	0,44	0,49	0,53	0,67	0,59

Dimensión: Fiabilidad

Papel del En agrupado		I8A	I8B	I8C	I13A	I13B	I13C	I24A	I24B	I24C	I24D	I24E	I26A	I26B	I26C	I26D	I26E	I27
Personal del Centro	N	44,00	43,00	42,00	44,00	44,00	44,00	43,00	43,00	43,00	43,00	43,00	43,00	43,00	43,00	43,00	42,00	41,00
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	Mean	3,52	3,70	3,64	3,57	3,64	3,57	3,74	3,67	3,67	3,77	3,72	3,74	3,70	3,81	3,77	3,79	3,41
	Std. Deviation	0,51	0,46	0,48	0,59	0,53	0,50	0,44	0,57	0,47	0,48	0,45	0,44	0,46	0,39	0,48	0,42	0,81
Paciente	N	67,00	66,00	67,00	67,00	66,00	68,00	67,00	65,00	67,00	52,00	39,00	67,00	67,00	68,00	52,00	40,00	54,00
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	Mean	3,52	3,71	3,85	3,66	3,76	3,82	3,72	3,71	3,60	3,69	3,72	3,79	3,84	3,90	3,77	3,83	3,69
	Std. Deviation	0,68	0,52	0,44	0,57	0,50	0,42	0,60	0,61	0,70	0,54	0,51	0,51	0,41	0,31	0,51	0,45	0,70
Total	N	111,00	109,00	109,00	111,00	110,00	112,00	110,00	108,00	110,00	95,00	82,00	110,00	110,00	111,00	95,00	82,00	95,00
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	Mean	3,52	3,71	3,77	3,62	3,71	3,72	3,73	3,69	3,63	3,73	3,72	3,77	3,78	3,86	3,77	3,80	3,57
	Std. Deviation	0,62	0,50	0,46	0,57	0,51	0,47	0,54	0,59	0,62	0,51	0,48	0,48	0,44	0,34	0,49	0,43	0,75

Dimensión: Seguridad

Papel del En agrupado		I9A	I18A	I18B	I18C	I25B	I29B
Personal del Centro	N	44,00	44,00	44,00	44,00	43,00	43,00
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	Mean	3,66	3,68	3,75	3,70	3,65	3,60
	Std. Deviation	0,57	0,56	0,44	0,46	0,53	0,54
Paciente	N	67,00	68,00	67,00	68,00	61,00	65,00
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	Mean	3,84	3,78	3,88	3,82	3,70	3,78
	Std. Deviation	0,37	0,42	0,33	0,52	0,67	0,57
Total	N	111,00	112,00	111,00	112,00	104,00	108,00
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	Mean	3,77	3,74	3,83	3,78	3,68	3,71
	Std. Deviation	0,47	0,48	0,38	0,50	0,61	0,56

Case Summaries

Papel del En no agrupado		I9B	I12B	I21A	I24F	I30	I31A	I31B	I31C	I32	I33	I34	I35	I36A	I36B	I36C	I37
Personal Adminstrativo	N	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00	4,00
	Mean	3,60	3,80	3,80	3,80	3,60	3,80	3,80	3,80	3,60	3,60	2,20	3,40	3,20	3,20	2,80	4,00
	Std. Deviation	0,55	0,45	0,45	0,45	0,55	0,45	0,45	0,45	0,55	0,89	0,84	0,55	0,45	0,45	0,45	0,00
Personal Asistencial	N	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	8,00	8,00	8,00	8,00	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00	4,00
	Mean	3,67	3,78	3,44	3,67	3,78	3,75	3,88	3,88	3,63	3,44	3,44	3,78	3,33	3,33	3,22	3,78
	Std. Deviation	0,71	0,44	0,73	0,50	0,44	0,71	0,35	0,35	0,74	0,73	0,88	0,44	0,87	0,87	0,83	0,44
Personal Médico o Licenciado	N	19,00	19,00	19,00	19,00	19,00	19,00	19,00	19,00	18,00	19,00	19,00	18,00	18,00	18,00	18,00	17,00
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,50	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	4,00
	Mean	3,63	3,53	3,42	3,63	3,68	3,53	3,47	3,74	3,39	3,26	3,00	3,39	3,44	3,22	3,39	3,53
	Std. Deviation	0,60	0,70	0,69	0,50	0,48	0,70	0,70	0,45	0,70	0,81	0,82	0,50	0,51	0,65	0,50	0,51
Total	N	33,00	33,00	33,00	33,00	33,00	32,00	32,00	32,00	31,00	33,00	33,00	32,00	32,00	32,00	32,00	31,00
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00	3,50	3,00	3,00	3,00	4,00
	Mean	3,64	3,64	3,48	3,67	3,70	3,63	3,63	3,78	3,48	3,36	3,00	3,50	3,38	3,25	3,25	3,68
	Std. Deviation	0,60	0,80	0,67	0,48	0,47	0,66	0,61	0,42	0,68	0,78	0,90	0,51	0,61	0,67	0,62	0,48

Número de visitas * Servicio utilizado (sólo pacientes) * Sexo Crosstabulation

				Servicio utilizado (sólo pacientes)				Total
Sexo				Consulta	Consulta + Imaganologl a	Consulta + Laboratorio	Cons - Img + Lab	
Hombres	Número de visitas	2 a 5 visitas	Count	5,00	1,00	4,00	1,00	11,00
			% within Servicio utilizado (sólo pacientes)	83,33	100,00	66,67	33,33	68,75
		6 o más visitas	Count	1,00		2,00	2,00	5,00
			% within Servicio utilizado (sólo pacientes)	16,67		33,33	66,67	31,25
	Total		Count	6,00	1,00	6,00	3,00	16,00
			% within Servicio utilizado (sólo pacientes)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Mujer	Número de visitas	Primera visita	Count	2,00			2,00	4,00
			% within Servicio utilizado (sólo pacientes)	18,18			7,41	7,69
		2 a 5 visitas	Count	8,00	3,00	2,00	8,00	21,00
			% within Servicio utilizado (sólo pacientes)	72,73	60,00	22,22	29,63	40,36
		6 o más visitas	Count	1,00	2,00	7,00	17,00	27,00
			% within Servicio utilizado (sólo pacientes)	9,09	40,00	77,78	62,96	51,92
	Total		Count	11,00	5,00	9,00	27,00	52,00
			% within Servicio utilizado (sólo pacientes)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Resúmenes de casos (I10)

	N	Media
Personal Adminstrativo	5,00	3,60
Personal Asistencial	9,00	3,22
Personal Médico o Licenciado	19,00	3,58
Paciente	68,00	3,68
Total	101,00	3,61

Resúmenes de casos (I7)

	N	Media
Personal Adminstrativo	5,00	4,00
Personal Asistencial	9,00	3,89
Personal Médico o Licenciado	19,00	3,79
Paciente	64,00	3,75
Total	97,00	3,78

Resúmenes de casos (I9A)

	N	Media
Personal Adminstrativo	5,00	3,60
Personal Asistencial	9,00	3,67
Personal Médico o Licenciado	19,00	3,58
Paciente	67,00	3,84
Total	100,00	3,76

Resúmenes de casos

		I31B	I31C
Personal Adminstrativo	N	5,00	5,00
	Media	3,80	3,80
Personal Asistencial	N	8,00	8,00
	Media	3,88	3,88
Personal Médico o Licenciado	N	19,00	19,00
	Media	3,47	3,74
Total	N	32,00	32,00
	Media	3,63	3,78

Resúmenes de casos I11A

	N	Media
Personal Adminstrativo	5,00	3,80
Personal Asistencial	9,00	3,78
Personal Médico o Licenciado	19,00	3,53
Paciente	62,00	3,71
Total	95,00	3,68

Resúmenes de casos I12A

	N	Media
Personal Adminstrativo	5,00	3,40
Personal Asistencial	9,00	3,44
Personal Médico o Licenciado	19,00	3,47
Paciente	67,00	3,12
Total	100,00	3,23

Resúmenes de casos I19B

	N	Media
Personal Adminstrativo	5,00	3,80
Personal Asistencial	9,00	3,78
Personal Médico o Licenciado	19,00	3,74
Paciente	68,00	3,84
Total	101,00	3,81

Resúmenes de casos

		I24A	I24B	I24C	I24D	I24E
Personal Adminstrativo	N	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
	Media	3,60	3,60	3,40	3,80	3,40
Personal Asistencial	N	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00
	Media	3,78	3,78	3,78	3,56	3,67
Personal Médico o Licenciado	N	19,00	19,00	19,00	19,00	19,00
	Media	3,68	3,53	3,58	3,74	3,79
Paciente	N	67,00	65,00	67,00	52,00	39,00
	Media	3,72	3,71	3,60	3,69	3,72
Total	N	100,00	98,00	100,00	85,00	72,00
	Media	3,71	3,67	3,60	3,69	3,71

Resúmenes de casos

		I26A	I26B	I26C	I26D	I26E
Personal Adminstrativo	N	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
	Media	3,80	3,80	3,80	4,00	3,80
Personal Asistencial	N	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00
	Media	3,78	3,67	3,67	3,56	3,56
Personal Médico o Licenciado	N	19,00	19,00	19,00	19,00	18,00
	Media	3,68	3,63	3,84	3,74	3,83
Paciente	N	67,00	67,00	68,00	52,00	40,00
	Media	3,79	3,84	3,90	3,77	3,83
Total	N	100,00	100,00	101,00	85,00	72,00
	Media	3,77	3,78	3,86	3,75	3,79

Resumen del procesamiento de los casos (I37)

	Casos				Total	
	Válidos		Perdidos			
Papel del En no agrupado	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
(perdidos)	10,00	90,91	1,00	9,09	11,00	100,00
Personal Adminstrativo	5,00	100,00	0,00	0,00	5,00	100,00
Personal Asistencial	9,00	100,00	0,00	0,00	9,00	100,00
Personal Médico o Licenciado	17,00	89,47	2,00	10,53	19,00	100,00

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
I1	Equal variances assumed	0,22	0,64	-0,14	108,00	0,89	-0,02	0,11
	Equal variances not assumed			-0,14	96,33	0,89	-0,02	0,11
I2	Equal variances assumed	0,17	0,68	-0,30	109,00	0,76	-0,02	0,08
	Equal variances not assumed			-0,31	104,20	0,75	-0,02	0,08
I3	Equal variances assumed	6,20	0,01	2,33	110,00	0,02	0,40	0,17
	Equal variances not assumed			2,53	109,86	0,01	0,40	0,16
I4	Equal variances assumed	0,39	0,53	-2,47	110,00	0,01	-0,37	0,15
	Equal variances not assumed			-2,51	96,29	0,01	-0,37	0,15
I5	Equal variances assumed	0,69	0,41	1,32	110,00	0,19	0,22	0,17
	Equal variances not assumed			1,32	91,74	0,19	0,22	0,17
I6	Equal variances assumed	3,19	0,08	-0,99	110,00	0,33	-0,09	0,09
	Equal variances not assumed			-0,96	82,60	0,34	-0,09	0,09
I7	Equal variances assumed	5,56	0,02	1,13	106,00	0,26	0,09	0,08
	Equal variances not assumed			1,17	101,33	0,25	0,09	0,08
I8A	Equal variances assumed	4,30	0,04	0,00	109,00	1,00	0,00	0,12
	Equal variances not assumed			0,00	107,35	1,00	0,00	0,11
I8B	Equal variances assumed	0,01	0,91	-0,15	107,00	0,88	-0,01	0,10
	Equal variances not assumed			-0,15	96,76	0,88	-0,01	0,10
I8C	Equal variances assumed	12,29	0,00	-2,32	107,00	0,02	-0,21	0,09
	Equal variances not assumed			-2,26	80,17	0,03	-0,21	0,09
I9A	Equal variances assumed	15,58	0,00	-1,98	109,00	0,05	-0,18	0,09
	Equal variances not assumed			-1,82	67,29	0,07	-0,18	0,10
I10	Equal variances assumed	5,09	0,03	-1,44	110,00	0,15	-0,18	0,12
	Equal variances not assumed			-1,36	74,72	0,18	-0,18	0,13
I11A	Equal variances assumed	1,83	0,18	-0,84	104,00	0,40	-0,10	0,11
	Equal variances not assumed			-0,82	86,32	0,41	-0,10	0,12
I11B	Equal variances assumed	1,29	0,26	-0,62	86,00	0,54	-0,09	0,15
	Equal variances not assumed			-0,62	85,80	0,54	-0,09	0,15
I12A	Equal variances assumed	3,76	0,06	2,46	109,00	0,02	0,40	0,16
	Equal variances not assumed			2,64	108,46	0,01	0,40	0,15
I13A	Equal variances assumed	0,85	0,36	-0,80	109,00	0,43	-0,09	0,11
	Equal variances not assumed			-0,79	89,73	0,43	-0,09	0,11
I13B	Equal variances assumed	3,15	0,08	-1,22	108,00	0,23	-0,12	0,10
	Equal variances not assumed			-1,20	88,01	0,23	-0,12	0,10
I13C	Equal variances assumed	18,20	0,00	-2,91	110,00	0,00	-0,26	0,09
	Equal variances not assumed			-2,80	80,50	0,01	-0,26	0,09
I14	Equal variances assumed	1,03	0,31	-1,71	107,00	0,09	-0,22	0,13
	Equal variances not assumed			-1,73	90,04	0,09	-0,22	0,13
I15	Equal variances assumed	3,62	0,06	2,02	71,00	0,05	0,38	0,19
	Equal variances not assumed			1,92	51,45	0,06	0,38	0,20
I16	Equal variances assumed	1,12	0,29	0,84	71,00	0,40	0,16	0,18
	Equal variances not assumed			0,85	64,10	0,40	0,16	0,18
I17A	Equal variances assumed	0,20	0,66	0,02	84,00	0,98	0,00	0,15
	Equal variances not assumed			0,02	83,71	0,98	0,00	0,15
I17B	Equal variances assumed	3,01	0,09	-1,82	82,00	0,07	-0,26	0,14
	Equal variances not assumed			-1,84	75,83	0,07	-0,26	0,14
I17C	Equal variances assumed	5,27	0,02	-3,19	83,00	0,00	-0,41	0,13
	Equal variances not assumed			-3,20	76,90	0,00	-0,41	0,13
I18A	Equal variances assumed	5,35	0,02	-1,05	110,00	0,29	-0,10	0,09
	Equal variances not assumed			-0,99	73,30	0,33	-0,10	0,10
I18B	Equal variances assumed	12,78	0,00	-1,80	109,00	0,08	-0,13	0,07
	Equal variances not assumed			-1,69	73,75	0,09	-0,13	0,08
I18C	Equal variances assumed	2,73	0,10	-1,24	110,00	0,22	-0,12	0,10
	Equal variances not assumed			-1,27	99,16	0,21	-0,12	0,09
I19A	Equal variances assumed	0,80	0,37	0,56	110,00	0,58	0,07	0,12
	Equal variances not assumed			0,57	95,05	0,57	0,07	0,12
I19B	Equal variances assumed	2,15	0,15	-0,78	110,00	0,44	-0,07	0,08
	Equal variances not assumed			-0,75	81,99	0,45	-0,07	0,09
I19C	Equal variances assumed	1,05	0,31	-0,83	108,00	0,41	-0,08	0,10
	Equal variances not assumed			-0,85	93,62	0,40	-0,08	0,09
I20	Equal variances assumed	15,53	0,00	-2,23	97,00	0,03	-0,22	0,10
	Equal variances not assumed			-2,12	70,05	0,04	-0,22	0,11

I21B	Equal variances assumed	8,24	0,00	2,07	108,00	0,04	0,37	0,18
	Equal variances not assumed			2,22	103,99	0,03	0,37	0,17
I22A	Equal variances assumed	1,38	0,24	2,20	73,00	0,03	0,44	0,20
	Equal variances not assumed			2,14	60,42	0,04	0,44	0,20
I23A	Equal variances assumed	0,87	0,35	2,15	75,00	0,03	0,33	0,15
	Equal variances not assumed			2,11	64,48	0,04	0,33	0,16
I23B	Equal variances assumed	0,05	0,82	0,99	75,00	0,32	0,16	0,16
	Equal variances not assumed			0,99	71,48	0,32	0,16	0,16
I23C	Equal variances assumed	0,44	0,51	0,69	74,00	0,49	0,10	0,14
	Equal variances not assumed			0,68	69,26	0,50	0,10	0,14
I24A	Equal variances assumed	0,79	0,37	0,26	108,00	0,79	0,03	0,11
	Equal variances not assumed			0,28	105,80	0,78	0,03	0,10
I24B	Equal variances assumed	0,02	0,88	-0,29	106,00	0,77	-0,03	0,12
	Equal variances not assumed			-0,29	94,23	0,77	-0,03	0,11
I24C	Equal variances assumed	2,89	0,09	0,64	108,00	0,52	0,08	0,12
	Equal variances not assumed			0,69	107,60	0,49	0,08	0,11
I24D	Equal variances assumed	1,75	0,19	0,71	93,00	0,48	0,08	0,11
	Equal variances not assumed			0,72	92,58	0,48	0,08	0,11
I24E	Equal variances assumed	0,10	0,75	0,03	80,00	0,98	0,00	0,11
	Equal variances not assumed			0,03	76,47	0,98	0,00	0,11
I25A	Equal variances assumed	3,79	0,06	0,83	80,00	0,41	0,16	0,19
	Equal variances not assumed			0,82	70,26	0,42	0,16	0,19
I25B	Equal variances assumed	0,00	0,96	-0,44	102,00	0,66	-0,05	0,12
	Equal variances not assumed			-0,46	100,50	0,65	-0,05	0,12
I26A	Equal variances assumed	0,26	0,61	-0,50	108,00	0,62	-0,05	0,09
	Equal variances not assumed			-0,51	98,53	0,61	-0,05	0,09
I26B	Equal variances assumed	7,78	0,01	-1,63	108,00	0,11	-0,14	0,08
	Equal variances not assumed			-1,59	81,79	0,12	-0,14	0,09
I26C	Equal variances assumed	6,14	0,01	-1,25	109,00	0,22	-0,08	0,07
	Equal variances not assumed			-1,18	73,51	0,24	-0,08	0,07
I26D	Equal variances assumed	0,01	0,94	-0,02	93,00	0,99	0,00	0,10
	Equal variances not assumed			-0,02	91,38	0,99	0,00	0,10
I26E	Equal variances assumed	0,39	0,54	-0,41	80,00	0,68	-0,04	0,10
	Equal variances not assumed			-0,41	78,84	0,68	-0,04	0,10
I27	Equal variances assumed	2,57	0,11	-1,75	93,00	0,08	-0,27	0,15
	Equal variances not assumed			-1,72	79,01	0,09	-0,27	0,16
I28A	Equal variances assumed	21,61	0,00	-2,54	92,00	0,01	-0,27	0,11
	Equal variances not assumed			-2,43	66,32	0,02	-0,27	0,11
I28B	Equal variances assumed	35,36	0,00	-3,85	78,00	0,00	-0,53	0,14
	Equal variances not assumed			-3,92	54,66	0,00	-0,53	0,14
I28C	Equal variances assumed	15,97	0,00	-2,41	81,00	0,02	-0,30	0,13
	Equal variances not assumed			-2,42	72,61	0,02	-0,30	0,13
I29A	Equal variances assumed	0,26	0,61	-0,10	86,00	0,92	-0,02	0,15
	Equal variances not assumed			-0,11	85,48	0,92	-0,02	0,15
I29B	Equal variances assumed	3,41	0,07	-1,63	106,00	0,11	-0,18	0,11
	Equal variances not assumed			-1,65	93,62	0,10	-0,18	0,11

Comparaciones múltiples

Variable dependiente	(I) Papel del En no agrupado	(J) Papel del En no agrupado	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
I32	Personal Adminstrativo	Personal Asistencial	-0,02	0,39	0,95	-0,83	0,78
		Personal Médico o Licenciado	0,21	0,35	0,55	-0,50	0,93
	Personal Asistencial	Personal Adminstrativo	0,02	0,39	0,95	-0,78	0,83
		Personal Médico o Licenciado	0,24	0,29	0,43	-0,36	0,84
	Personal Médico o Licenciado	Personal Adminstrativo	-0,21	0,35	0,55	-0,93	0,50
		Personal Asistencial	-0,24	0,29	0,43	-0,84	0,36
I33	Personal Adminstrativo	Personal Asistencial	0,16	0,45	0,73	-0,75	1,06
		Personal Médico o Licenciado	0,34	0,40	0,41	-0,48	1,16
	Personal Asistencial	Personal Adminstrativo	-0,16	0,45	0,73	-1,06	0,75
		Personal Médico o Licenciado	0,18	0,32	0,58	-0,48	0,84
	Personal Médico o Licenciado	Personal Adminstrativo	-0,34	0,40	0,41	-1,16	0,48
		Personal Asistencial	-0,18	0,32	0,58	-0,84	0,48
I34	Personal Adminstrativo	Personal Asistencial	-1,24	0,47	0,01	-2,20	-0,29
		Personal Médico o Licenciado	-0,80	0,42	0,07	-1,66	0,06
	Personal Asistencial	Personal Adminstrativo	1,24	0,47	0,01	0,29	2,20
		Personal Médico o Licenciado	0,44	0,34	0,20	-0,25	1,14
	Personal Médico o Licenciado	Personal Adminstrativo	0,80	0,42	0,07	-0,06	1,66
		Personal Asistencial	-0,44	0,34	0,20	-1,14	0,25
I35	Personal Adminstrativo	Personal Asistencial	-0,38	0,27	0,18	-0,94	0,18
		Personal Médico o Licenciado	0,01	0,25	0,96	-0,50	0,52
	Personal Asistencial	Personal Adminstrativo	0,38	0,27	0,18	-0,18	0,94
		Personal Médico o Licenciado	0,39	0,20	0,06	-0,02	0,80
	Personal Médico o Licenciado	Personal Adminstrativo	-0,01	0,25	0,96	-0,52	0,50
		Personal Asistencial	-0,39	0,20	0,06	-0,80	0,02
I36A	Personal Adminstrativo	Personal Asistencial	-0,13	0,35	0,70	-0,84	0,58
		Personal Médico o Licenciado	-0,24	0,31	0,44	-0,89	0,40
	Personal Asistencial	Personal Adminstrativo	0,13	0,35	0,70	-0,58	0,84
		Personal Médico o Licenciado	-0,11	0,25	0,67	-0,63	0,41
	Personal Médico o Licenciado	Personal Adminstrativo	0,24	0,31	0,44	-0,40	0,89
		Personal Asistencial	0,11	0,25	0,67	-0,41	0,63
I36B	Personal Adminstrativo	Personal Asistencial	-0,13	0,39	0,73	-0,92	0,66
		Personal Médico o Licenciado	-0,02	0,35	0,95	-0,74	0,69
	Personal Asistencial	Personal Adminstrativo	0,13	0,39	0,73	-0,66	0,92
		Personal Médico o Licenciado	0,11	0,28	0,70	-0,47	0,69
	Personal Médico o Licenciado	Personal Adminstrativo	0,02	0,35	0,95	-0,69	0,74
		Personal Asistencial	-0,11	0,28	0,70	-0,69	0,47
I36C	Personal Adminstrativo	Personal Asistencial	-0,42	0,34	0,22	-1,11	0,27
		Personal Médico o Licenciado	-0,59	0,31	0,06	-1,21	0,04
	Personal Asistencial	Personal Adminstrativo	0,42	0,34	0,22	-0,27	1,11
		Personal Médico o Licenciado	-0,17	0,25	0,51	-0,67	0,34
	Personal Médico o Licenciado	Personal Adminstrativo	0,59	0,31	0,06	-0,04	1,21
		Personal Asistencial	0,17	0,25	0,51	-0,34	0,67
I37	Personal Adminstrativo	Personal Asistencial	0,22	0,25	0,39	-0,30	0,74
		Personal Médico o Licenciado	0,47	0,23	0,05	0,00	0,94
	Personal Asistencial	Personal Adminstrativo	-0,22	0,25	0,39	-0,74	0,30
		Personal Médico o Licenciado	0,25	0,19	0,20	-0,14	0,63
	Personal Médico o Licenciado	Personal Adminstrativo	-0,47	0,23	0,05	-0,94	0,00
		Personal Asistencial	-0,25	0,19	0,20	-0,63	0,14
I9B	Personal Adminstrativo	Personal Asistencial	-0,07	0,35	0,85	-0,78	0,64
		Personal Médico o Licenciado	-0,03	0,31	0,92	-0,67	0,61
	Personal Asistencial	Personal Adminstrativo	0,07	0,35	0,85	-0,64	0,78
		Personal Médico o Licenciado	0,04	0,25	0,89	-0,48	0,55
	Personal Médico o Licenciado	Personal Adminstrativo	0,03	0,31	0,92	-0,61	0,67
		Personal Asistencial	-0,04	0,25	0,89	-0,55	0,48
I12B	Personal Adminstrativo	Personal Asistencial	0,02	0,34	0,95	-0,67	0,71
		Personal Médico o Licenciado	0,27	0,31	0,38	-0,35	0,90
	Personal Asistencial	Personal Adminstrativo	-0,02	0,34	0,95	-0,71	0,67
		Personal Médico o Licenciado	0,25	0,25	0,31	-0,25	0,75
	Personal Médico o Licenciado	Personal Adminstrativo	-0,27	0,31	0,38	-0,90	0,35
		Personal Asistencial	-0,25	0,25	0,31	-0,75	0,25
I21A	Personal Adminstrativo	Personal Asistencial	0,36	0,38	0,35	-0,41	1,12
		Personal Médico o Licenciado	0,38	0,34	0,27	-0,31	1,07
	Personal Asistencial	Personal Adminstrativo	-0,36	0,38	0,35	-1,12	0,41
		Personal Médico o Licenciado	0,02	0,27	0,93	-0,53	0,58
	Personal Médico o Licenciado	Personal Adminstrativo	-0,38	0,34	0,27	-1,07	0,31
		Personal Asistencial	-0,02	0,27	0,93	-0,58	0,53
I24F	Personal Adminstrativo	Personal Asistencial	0,13	0,27	0,63	-0,43	0,69
		Personal Médico o Licenciado	0,17	0,25	0,50	-0,34	0,67
	Personal Asistencial	Personal Adminstrativo	-0,13	0,27	0,63	-0,69	0,43
		Personal Médico o Licenciado	0,04	0,20	0,86	-0,37	0,44
	Personal Médico o Licenciado	Personal Adminstrativo	-0,17	0,25	0,50	-0,67	0,34
		Personal Asistencial	-0,04	0,20	0,86	-0,44	0,37
I30	Personal Adminstrativo	Personal Asistencial	-0,18	0,27	0,51	-0,72	0,37

		Personal Médico o Licenciado	-0,08	0,24	0,73	-0,58	0,41
	Personal Asistencial	Personal Adminstrativo	0,18	0,27	0,51	-0,37	0,72
		Personal Médico o Licenciado	0,09	0,19	0,63	-0,30	0,49
	Personal Médico o Licenciado	Personal Adminstrativo	0,08	0,24	0,73	-0,41	0,58
		Personal Asistencial	-0,09	0,19	0,63	-0,49	0,30
I31A	Personal Adminstrativo	Personal Asistencial	0,05	0,38	0,90	-0,73	0,83
		Personal Médico o Licenciado	0,27	0,34	0,42	-0,42	0,96
	Personal Asistencial	Personal Adminstrativo	-0,05	0,38	0,90	-0,83	0,73
		Personal Médico o Licenciado	0,22	0,28	0,44	-0,35	0,80
	Personal Médico o Licenciado	Personal Adminstrativo	-0,27	0,34	0,42	-0,96	0,42
		Personal Asistencial	-0,22	0,28	0,44	-0,80	0,35
I31B	Personal Adminstrativo	Personal Asistencial	-0,08	0,34	0,83	-0,77	0,62
		Personal Médico o Licenciado	0,33	0,30	0,29	-0,29	0,94
	Personal Asistencial	Personal Adminstrativo	0,08	0,34	0,83	-0,62	0,77
		Personal Médico o Licenciado	0,40	0,25	0,12	-0,12	0,92
	Personal Médico o Licenciado	Personal Adminstrativo	-0,33	0,30	0,29	-0,94	0,29
		Personal Asistencial	-0,40	0,25	0,12	-0,92	0,12
I31C	Personal Adminstrativo	Personal Asistencial	-0,08	0,25	0,76	-0,58	0,43
		Personal Médico o Licenciado	0,06	0,22	0,77	-0,38	0,51
	Personal Asistencial	Personal Adminstrativo	0,08	0,25	0,76	-0,43	0,58
		Personal Médico o Licenciado	0,14	0,18	0,45	-0,23	0,51
	Personal Médico o Licenciado	Personal Adminstrativo	-0,06	0,22	0,77	-0,51	0,38
		Personal Asistencial	-0,14	0,18	0,45	-0,51	0,23

*. La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	14,58	35,56	35,56	14,58	35,56	35,56	5,87	14,31	14,31
2	2,97	7,25	42,82	2,97	7,25	42,82	5,37	13,10	27,41
3	2,06	5,01	47,83	2,06	5,01	47,83	5,21	12,70	40,12
4	1,97	4,80	52,63	1,97	4,80	52,63	3,24	7,90	48,02
5	1,86	4,53	57,16	1,86	4,53	57,16	2,66	6,48	54,50
6	1,55	3,78	60,94	1,55	3,78	60,94	2,64	6,44	60,94
7	1,40	3,42	64,36						
8	1,24	3,03	67,39						
9	1,19	2,91	70,30						
10	1,11	2,72	73,02						
11	1,03	2,52	75,54						
12	0,90	2,19	77,73						
13	0,82	2,01	79,74						
14	0,75	1,82	81,56						
15	0,70	1,70	83,26						
16	0,67	1,63	84,88						
17	0,63	1,53	86,41						
18	0,57	1,40	87,81						
19	0,56	1,36	89,17						
20	0,45	1,10	90,27						
21	0,43	1,04	91,31						
22	0,36	0,88	92,20						
23	0,33	0,81	93,01						
24	0,32	0,78	93,79						
25	0,29	0,72	94,50						
26	0,28	0,69	95,20						
27	0,24	0,58	95,77						
28	0,23	0,57	96,34						
29	0,20	0,49	96,82						
30	0,19	0,46	97,29						
31	0,17	0,42	97,70						
32	0,16	0,39	98,09						
33	0,15	0,36	98,45						
34	0,12	0,28	98,73						
35	0,11	0,26	99,00						
36	0,09	0,23	99,23						
37	0,09	0,22	99,45						
38	0,07	0,18	99,63						
39	0,06	0,16	99,79						
40	0,05	0,12	99,91						
41	0,04	0,09	100,00						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotated Component Matrix

	Component					
	1	2	3	4	5	6
I18C	0,81					
I13C	0,72					
I13B	0,69	0,41				
I29B	0,66					
I19C	0,64					
I8C	0,63				0,42	
I18B	0,57	0,54				
I25B	0,56					
I7	0,55		0,46			
I24C	0,52					
I14						
I18A		0,77				
I24B		0,72				
I19A		0,71				
I24A		0,66				
I26A		0,66	0,40			
I19B	0,52	0,61				
I13A		0,53				
I1		0,41				
I26E			0,79			
I26C	0,43		0,66			
I26D			0,65			
I6			0,63			
I24D			0,59			
I26B		0,43	0,58			
I2			0,63			
I24E			0,49			
I9A			0,47			
I10						
I28B				0,79		
I28A				0,78		
I28C				0,67		
I8A		0,47			0,61	
I8B					0,56	
I27				0,48	0,56	
I11A					0,54	
I4						
I21B						0,79
I12A						0,71
I5						0,69
I3						0,45

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
a Rotation converged in 12 iterations.

ANEXO J

Gráficos de la información recolectada

Información demográfica

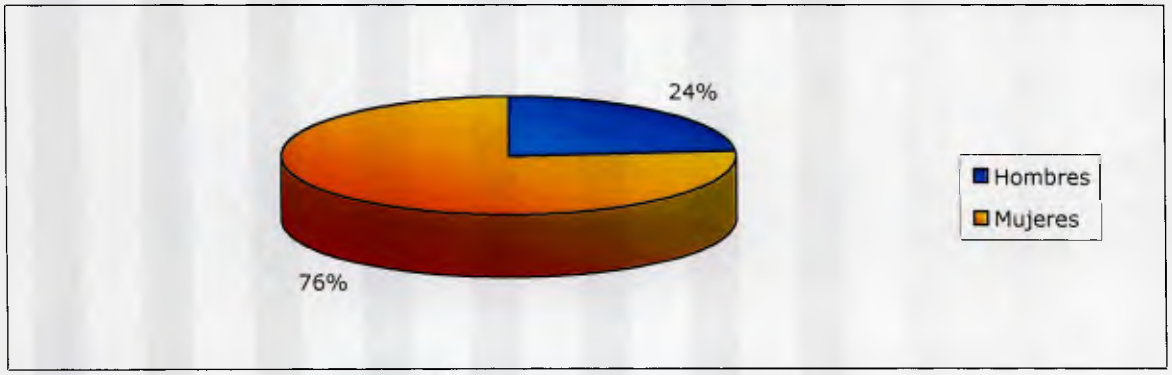


Gráfico 1 - *Sexo de los pacientes encuestados*

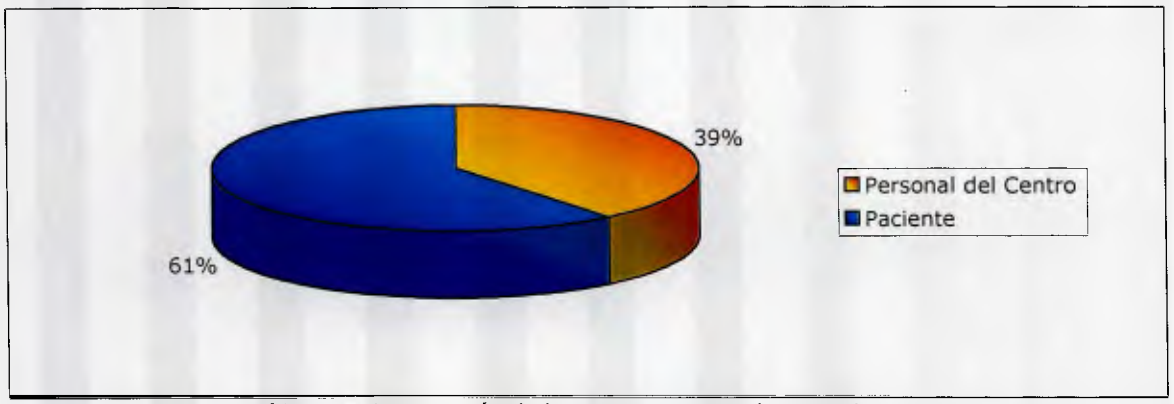


Gráfico 2 – *Composición de la muestra, grupo al que pertenecen*

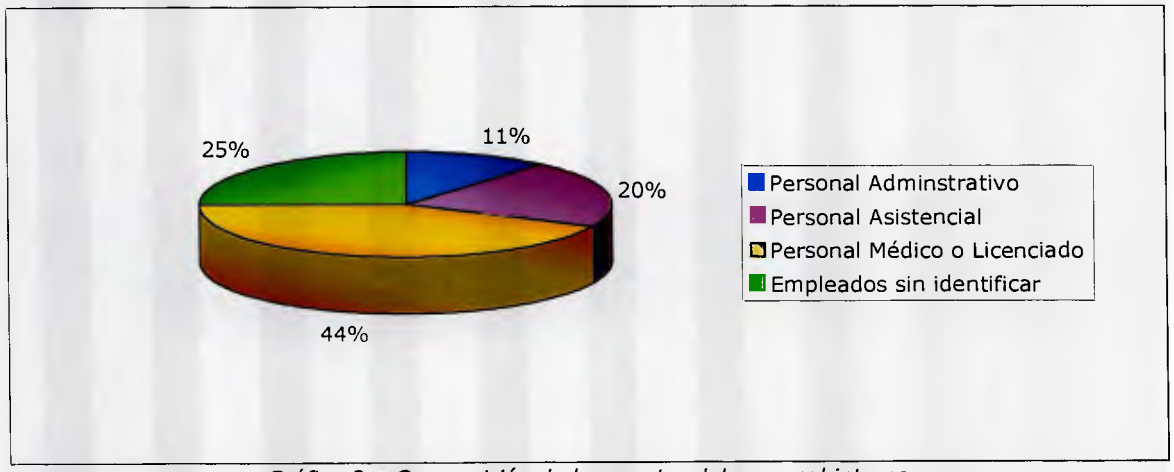


Gráfico 3 – *Composición de la muestra del personal interno*

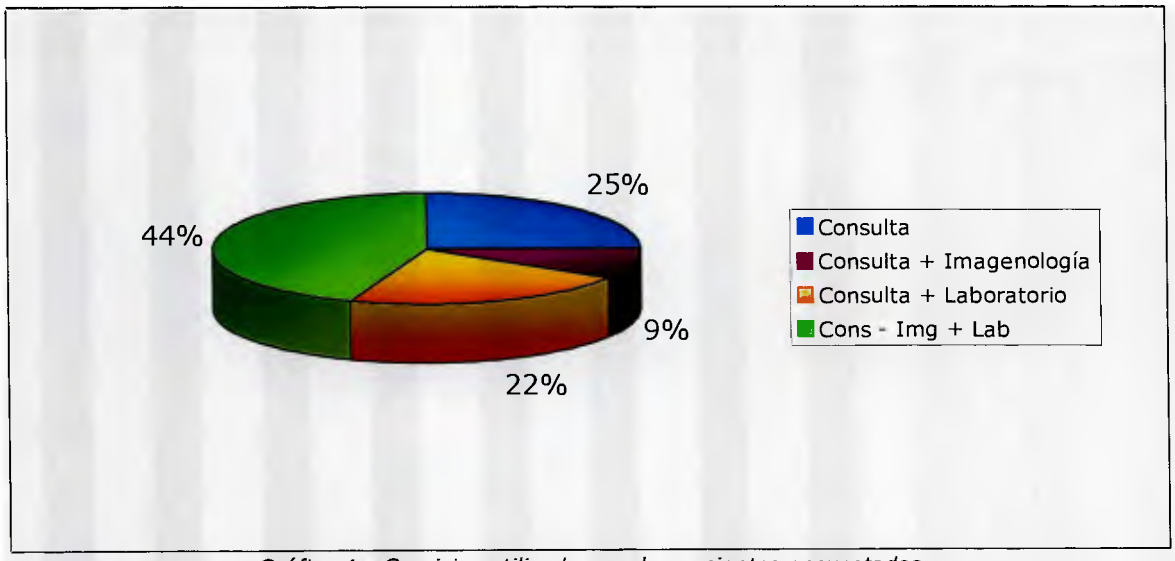


Gráfico 4 – Servicios utilizados por los pacientes encuestados

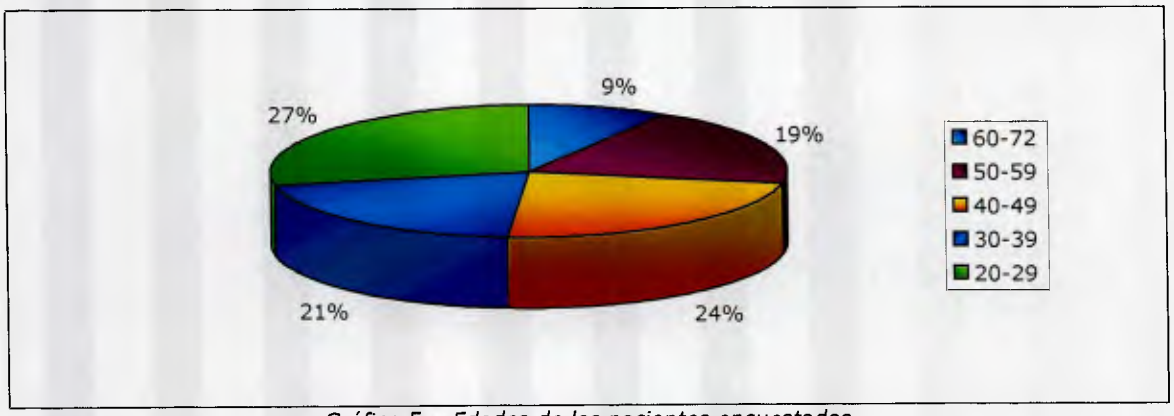


Gráfico 5 – *Edades de los pacientes encuestados*

Gráfico 6 – *Número de visitas de los pacientes encuestados*

Información general por dimensión

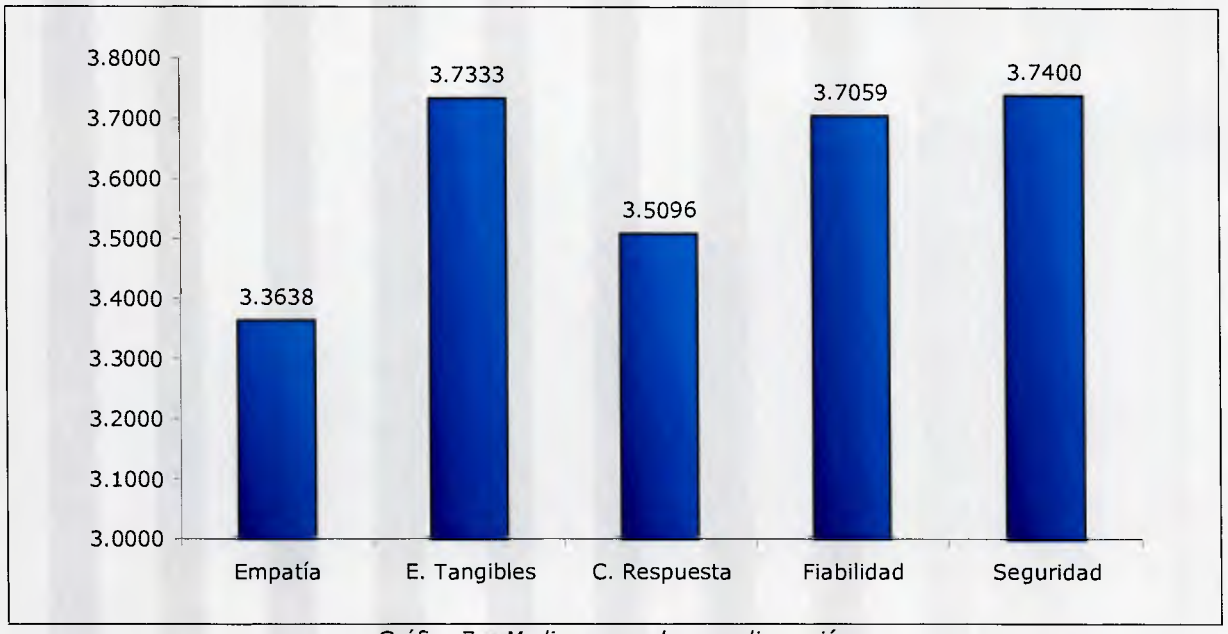


Gráfico 7 – *Medias generales por dimensión*

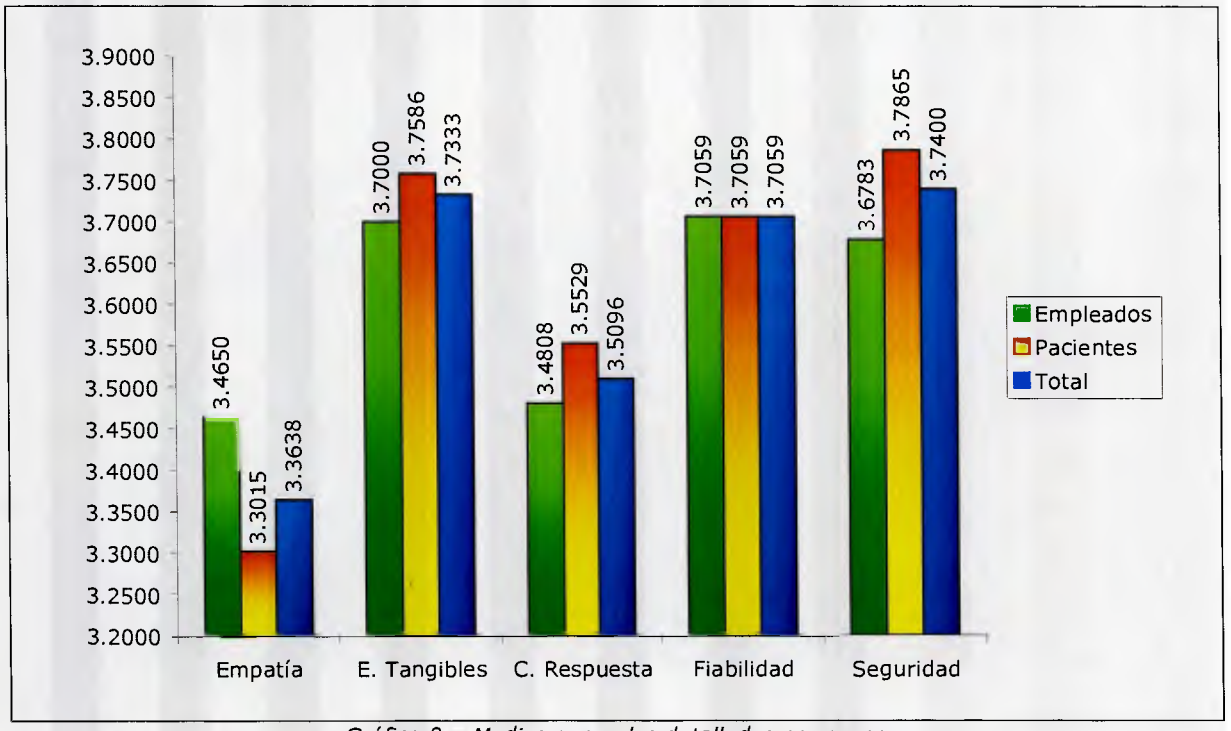


Gráfico 8 – *Medias generales detalladas por grupo*

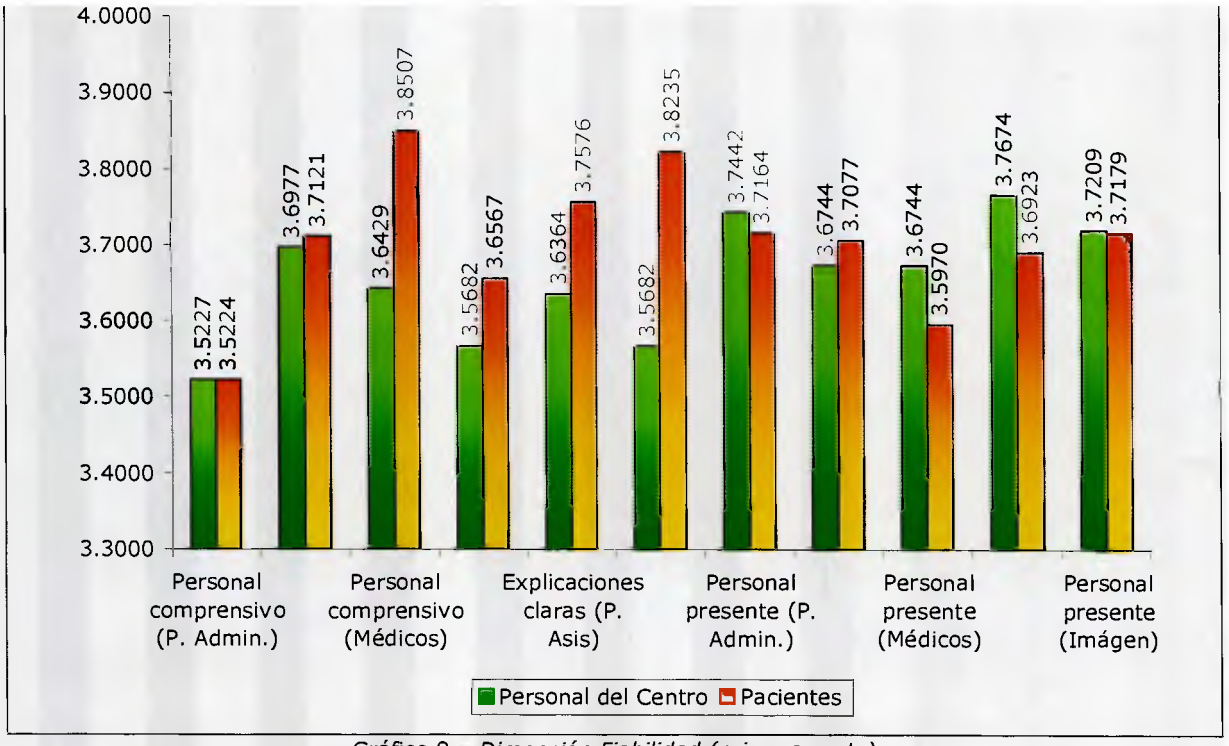


Gráfico 9 – *Dimensión Fiabilidad (primera parte)*

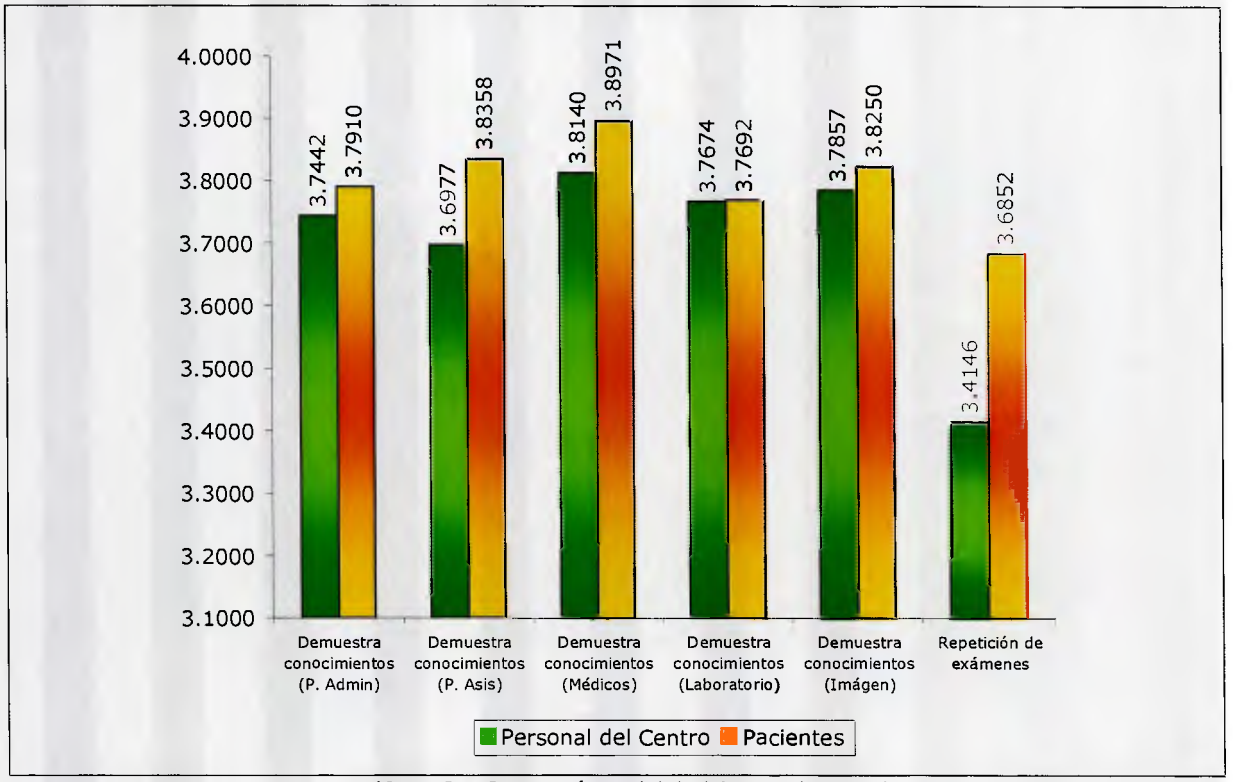


Gráfico 10 – *Dimensión Fiabilidad (segunda parte)*

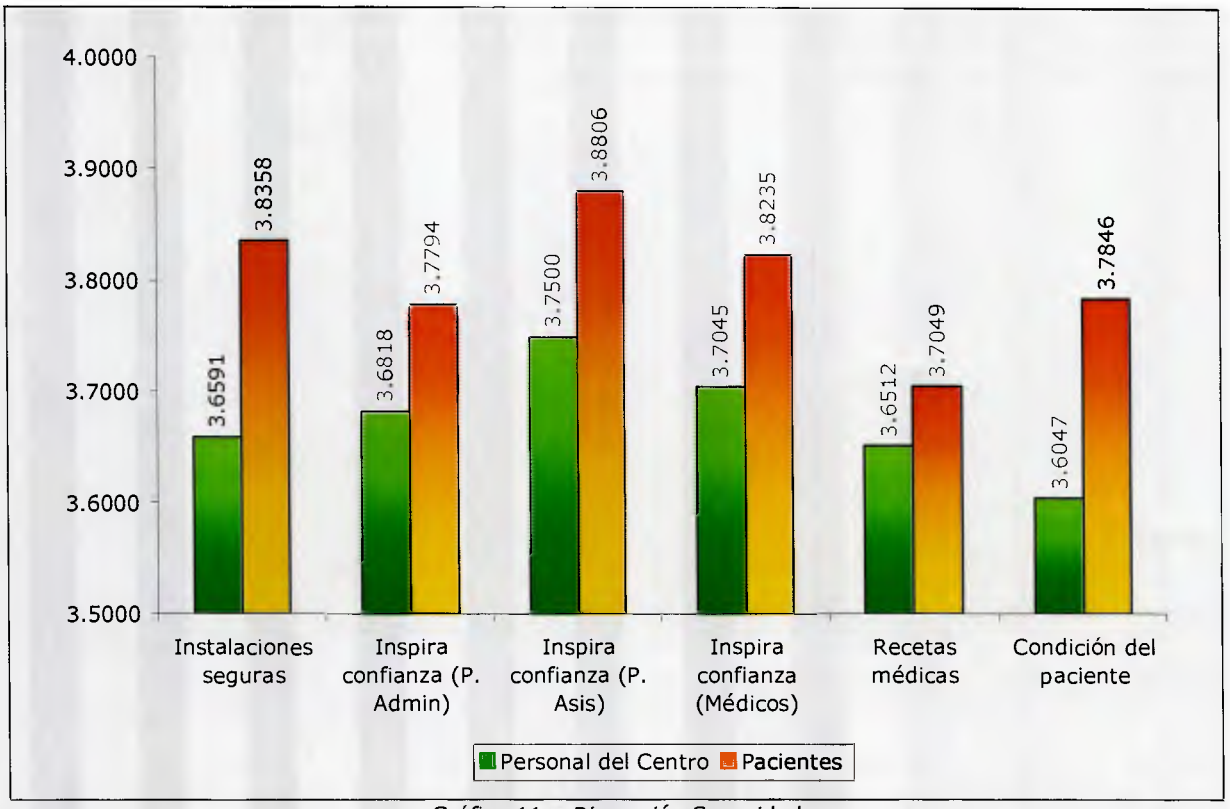


Gráfico 11 – *Dimensión Seguridad*

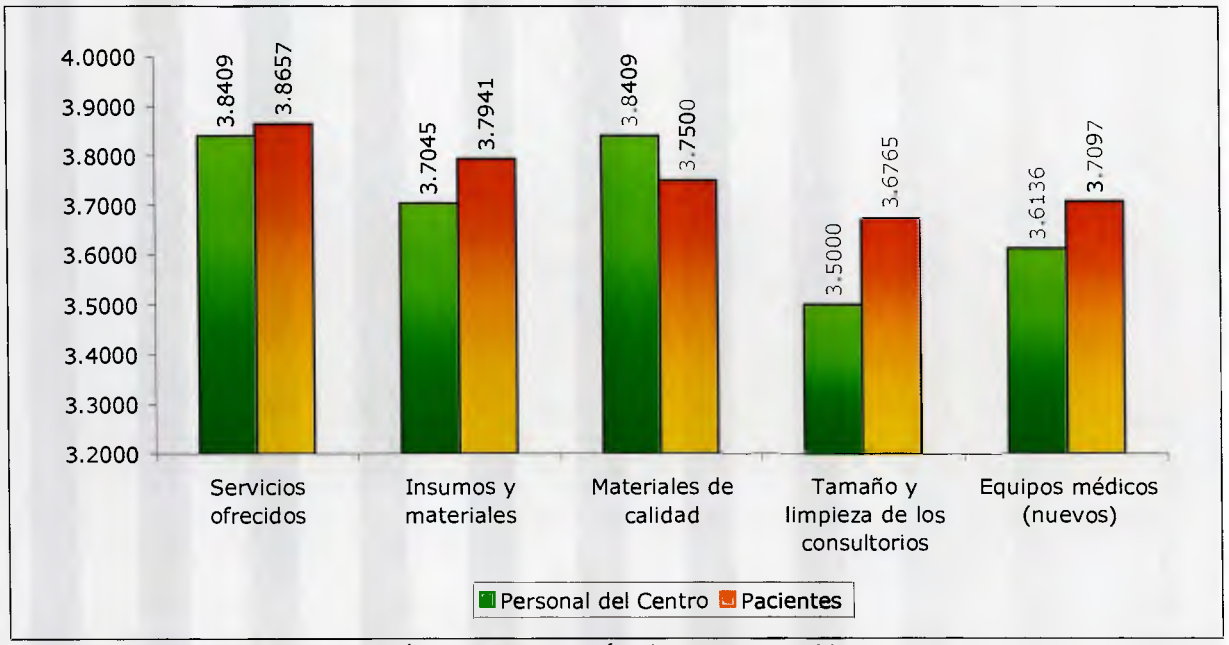


Gráfico 12 – *Dimensión Elementos Tangibles*

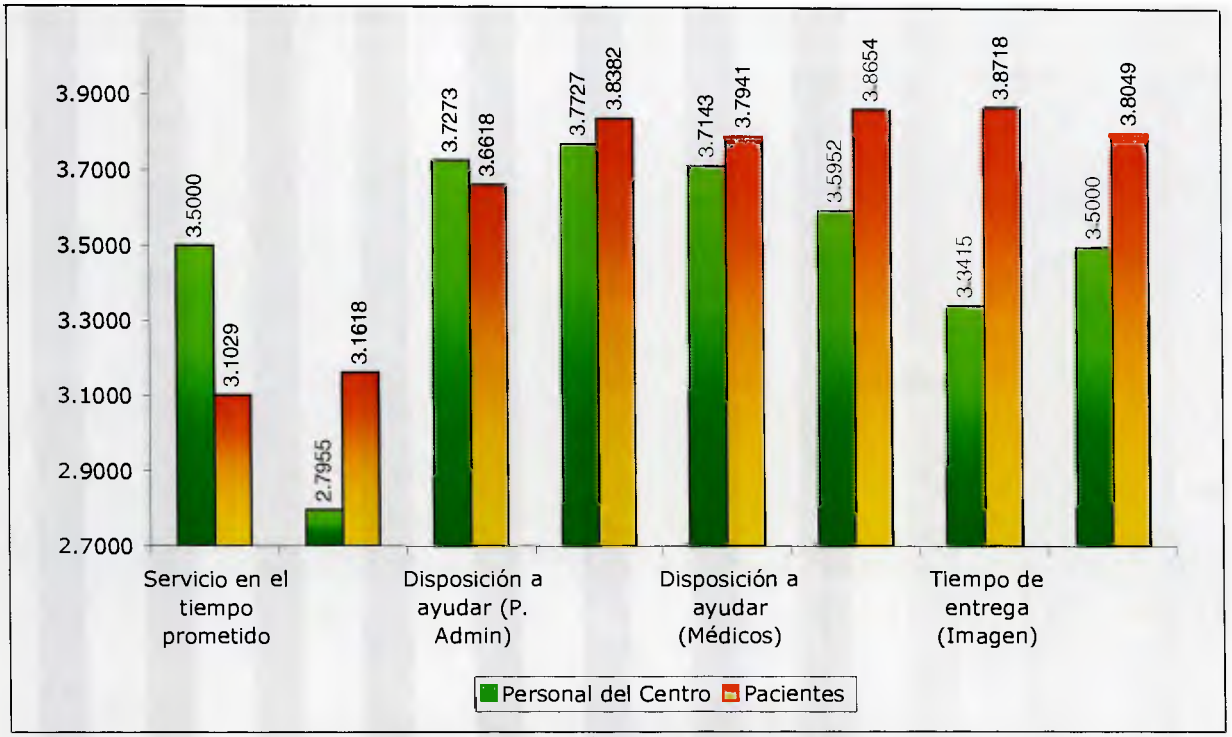


Gráfico 13 – *Dimensión Capacidad de Respuesta*

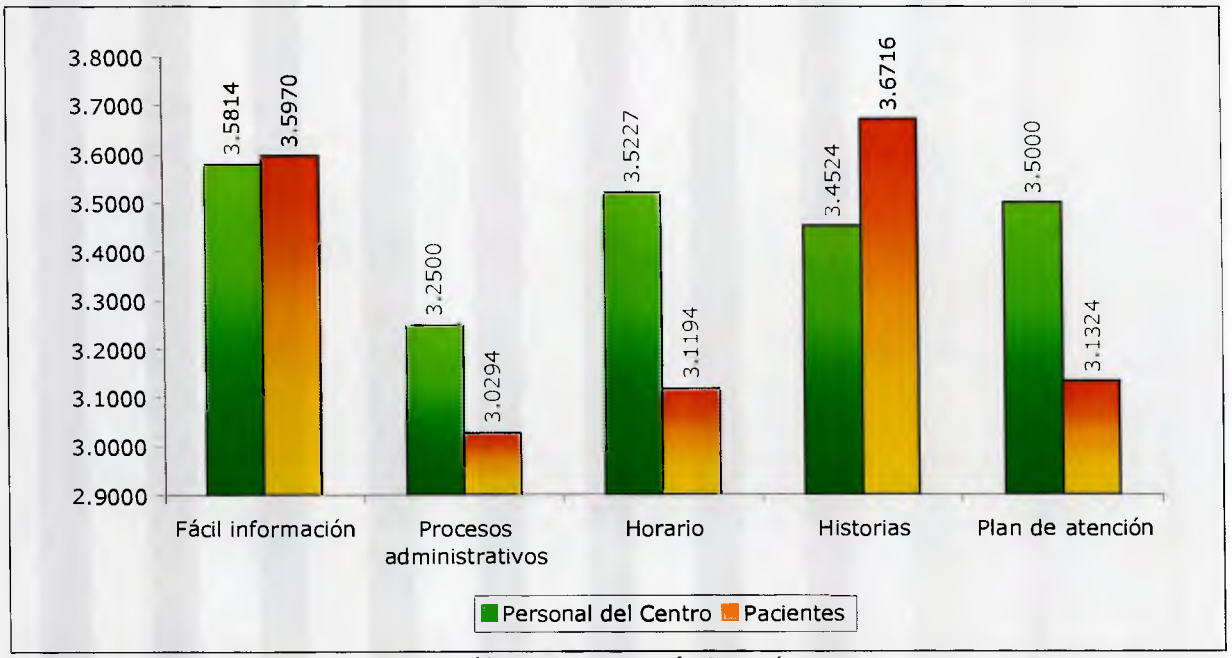


Gráfico 14 – *Dimensión Empatía*

Análisis individual de los ítems

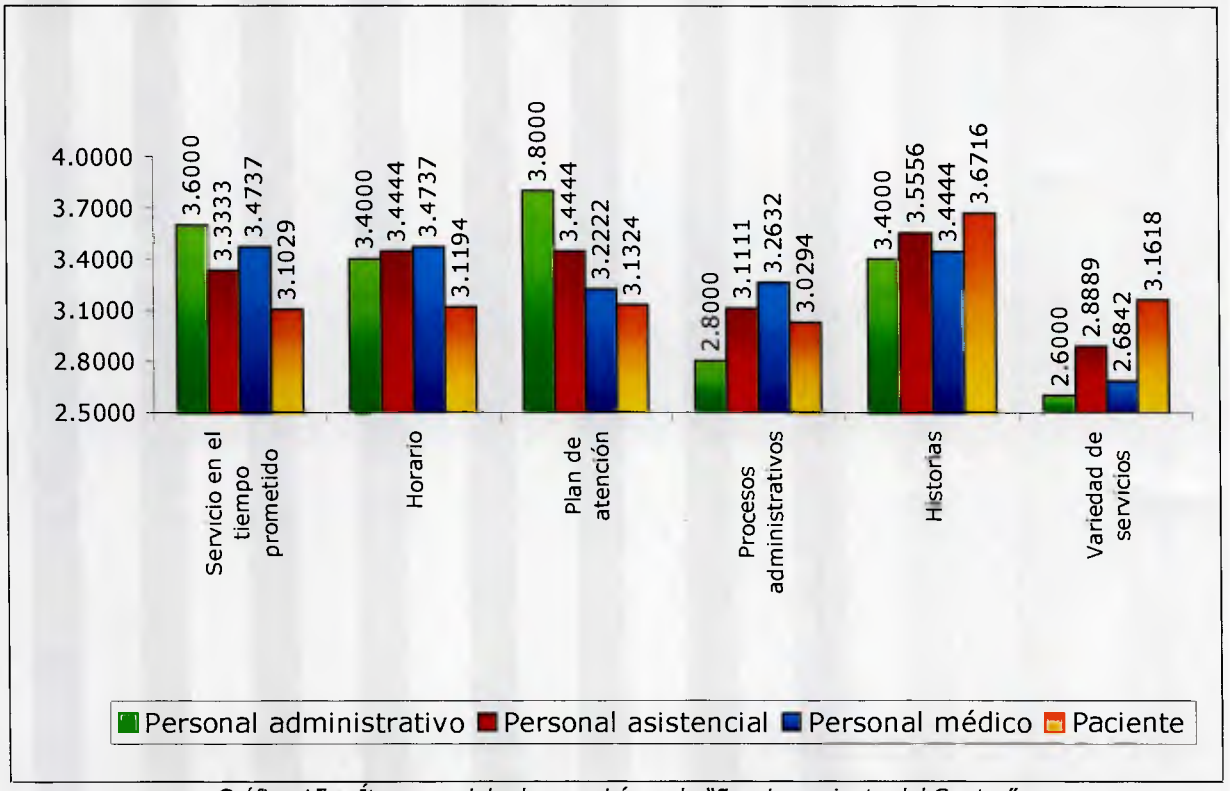


Gráfico 15 – *Ítems englobados en el área de "Funcionamiento del Centro"*

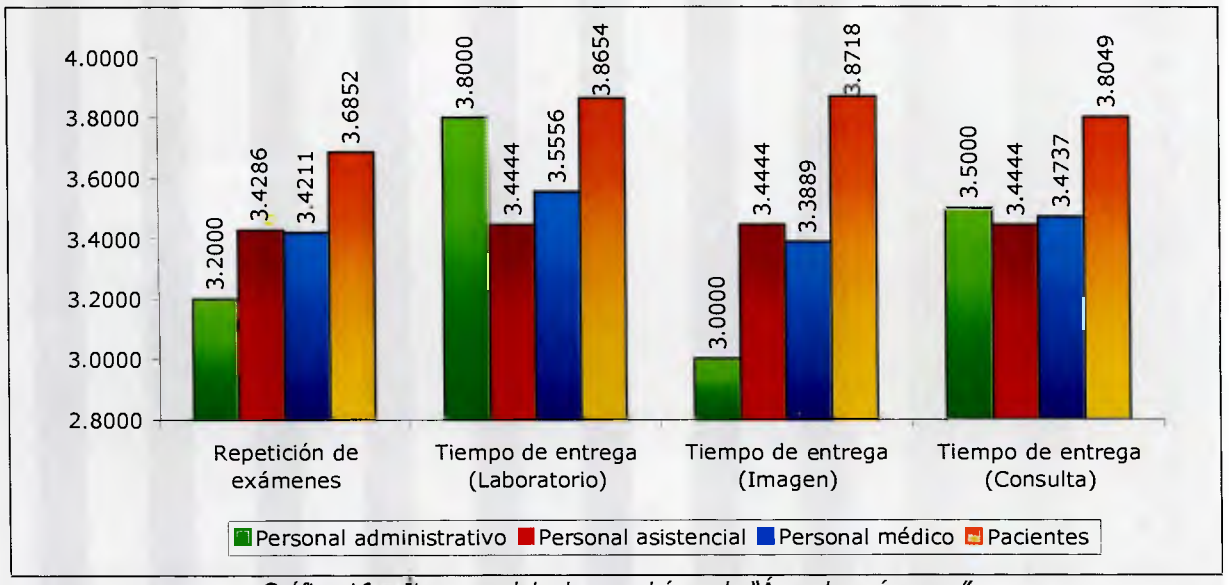


Gráfico 16 – *Ítems englobados en el área de "Área de exámenes"*

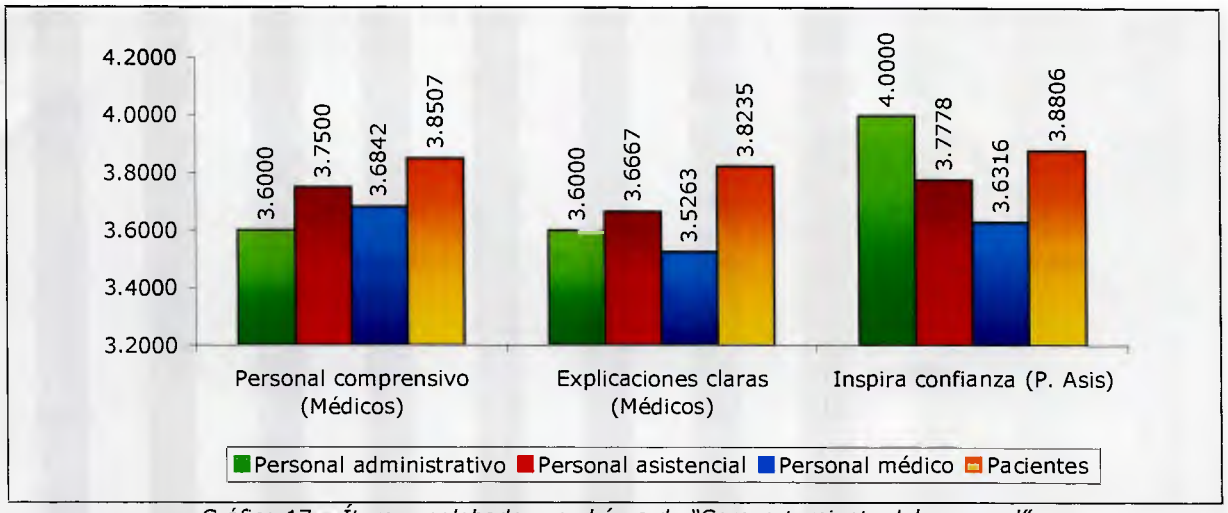


Gráfico 17 – *Ítems englobados en el área de "Comportamiento del personal"*

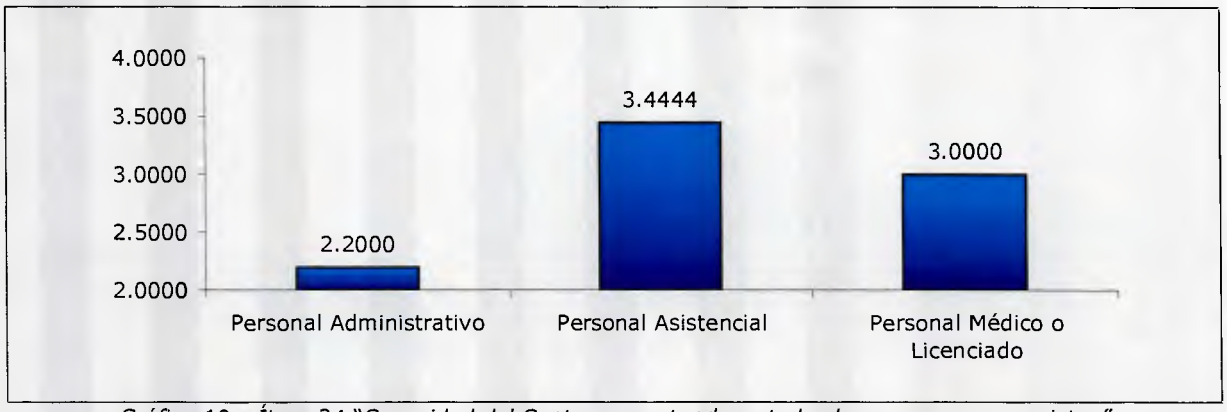


Gráfico 18 – Ítem 34 *"Capacidad del Centro para atender a todas las personas que asisten"*

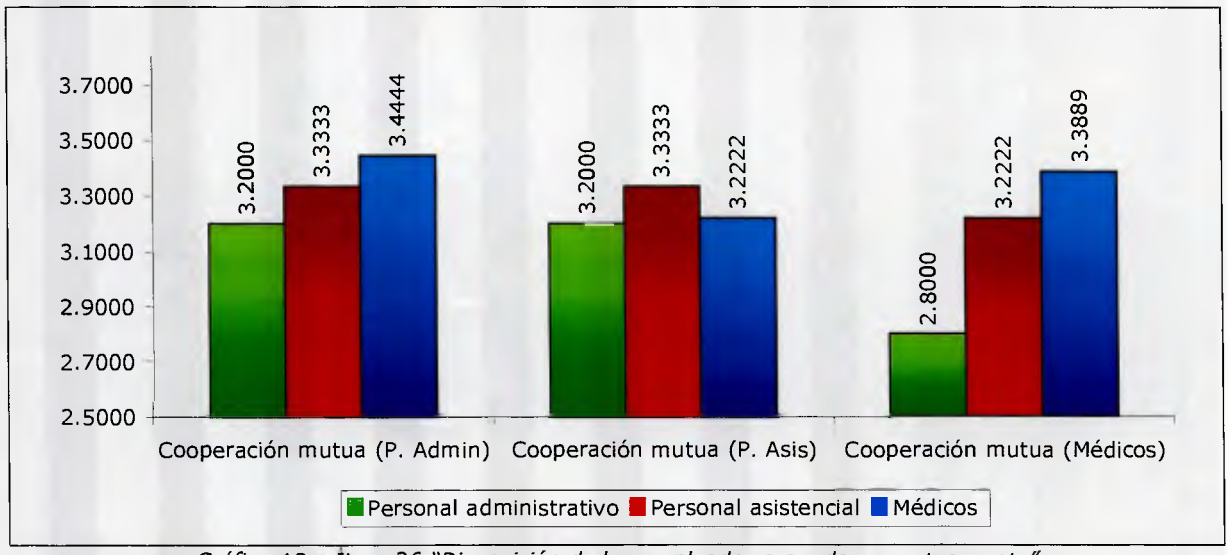


Gráfico 19 – Ítem 36 *"Disposición de los empleados a ayudarse mutuamente"*

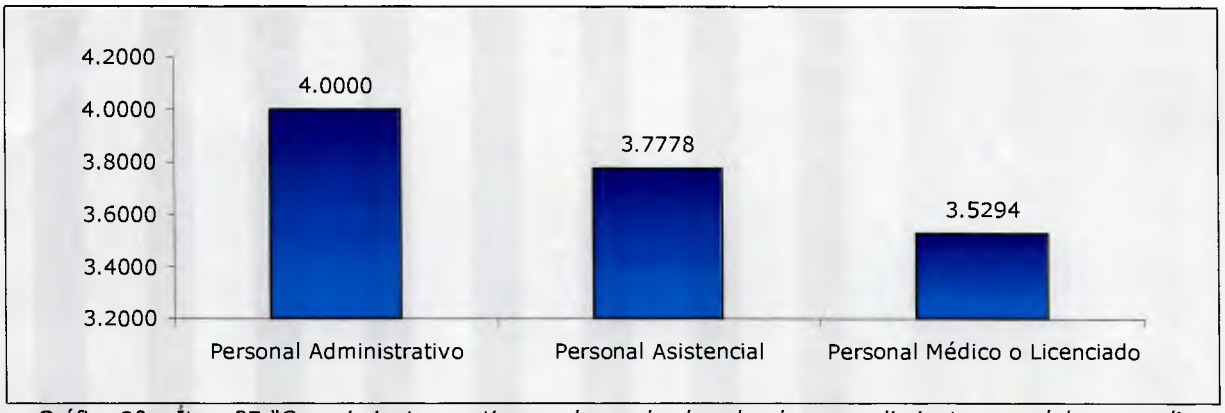


Gráfico 20 – Ítem 37 *"Conocimiento que tiene cada empleado sobre los procedimientos que deben cumplir para llevar a cabo sus funciones"*

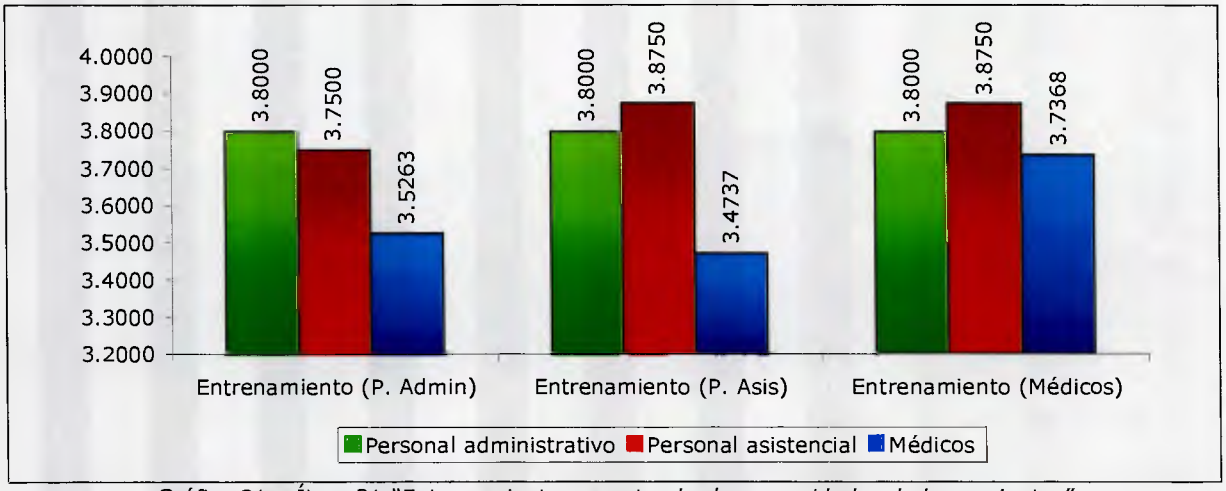


Gráfico 21 – Ítem 31 *"Entrenamiento para atender las necesidades de los pacientes"*

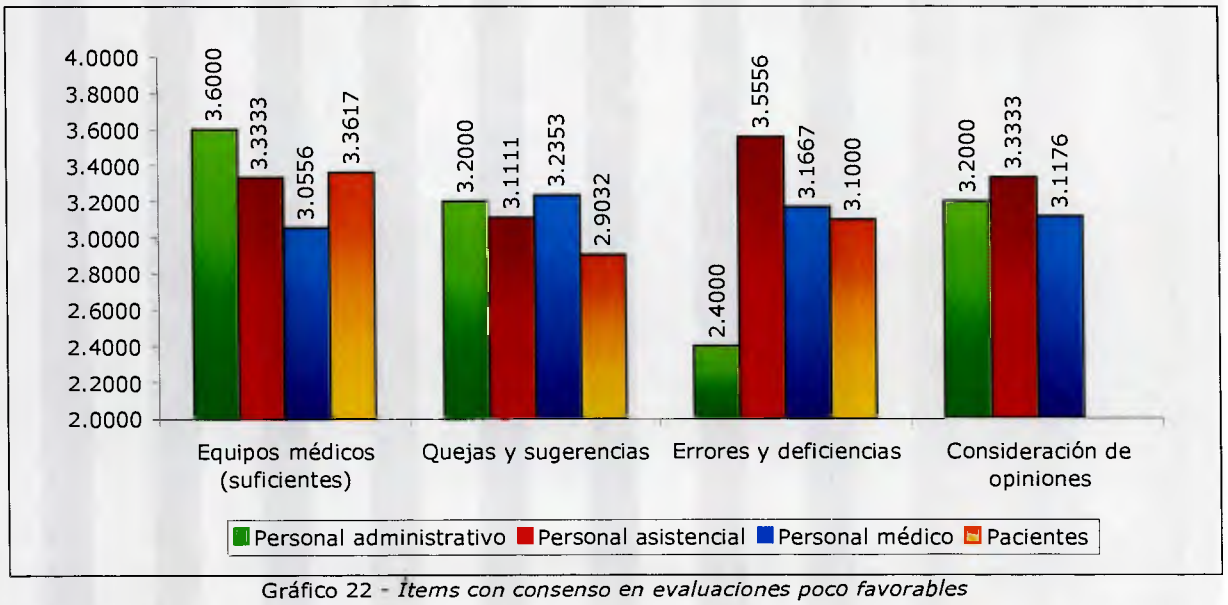


Gráfico 22 - *Ítems con consenso en evaluaciones poco favorables*

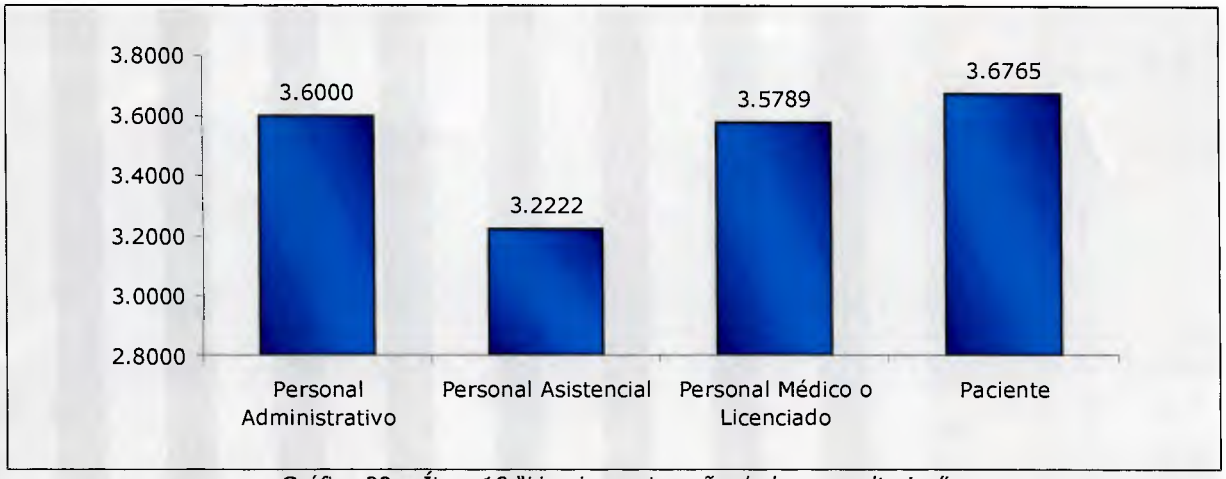


Gráfico 23 – *Ítem 10 "Limpieza y tamaño de los consultorios"*