



UNIVERSIDAD
DE PIURA

FACULTAD DE INGENIERÍA

**Medición y control del nivel de satisfacción de la atención
médica en un centro de salud orientado a la mujer, a partir
de dimensiones de calidad obtenidas con el método del in-
cidente crítico**

Tesis para optar el Título de
Ingeniero Industrial y de Sistemas

Luis Armando Guerra Palacios

**Asesor(es):
Dr. Ing. César Angulo Bustios**

Lima, febrero de 2020



*A Dios y la Virgen Santísima,
Por guiarme y bendecirme en todo momento.*

*A mis padres, Armando y Reyneri, y mi hermana, Miluska,
Por tanto amor y paciencia.
Gracias por tanto, perdón por tan poco.*

*A Mario Armando y Rosita, mis abuelos,
Por su amor tan grande, como el amor de Dios.*

*A mis familiares y amigos,
Que sigan creyendo en mí, porque hay con qué.*

*A Universitario de Deportes, mi club querido,
Por darle alegría a mi corazón.*



Resumen Analítico-Informativo

Medición y control del nivel de satisfacción de la atención médica en un centro de salud orientado a la mujer, a partir de dimensiones de calidad obtenidas con el método del incidente crítico.

Luis Armando Guerra Palacios

Asesor(es): **Dr. Ing. César Angulo Bustíos**

Tesis.

Título de Ingeniero Industrial y de Sistemas.

Universidad de Piura. Facultad de Ingeniería.

Lima, Febrero de 2020

Palabras claves: Calidad / Servicio / Satisfacción del cliente / Incidente critico / Salud

Introducción: En el Perú, el interés por relacionar calidad con servicios de salud nace tardíamente en la década de los 90. La existencia de diferencias de calidad en la atención médica, hace que aparezcan políticas y reformas que propongan la calidad de atención como un derecho del ciudadano. Sin embargo recientes estudios indican que a pesar de las exigencias del mercado y los esfuerzos por satisfacer al cliente, este no encuentra una mejora sustancial. La calidad debe estar presente en todo establecimiento que brinda un servicio de salud no solo por la mejora de sus capacidades, sino porque dentro de cualquier proceso, la vida es el eje principal de las personas, y su salud debe ser tomada y orientada con responsabilidad.

Metodología: Bob Hayes, propone la metodología de los incidentes críticos, la cual da como resultado dimensiones que son evaluadas en una herramienta estandarizada que permite conocer las exigencias, grado de satisfacción y nivel de calidad percibido por el cliente.

Resultados: Se recopilaron 199 encuestas que fueron procesadas y analizadas. Estas reflejan que el nivel de satisfacción de la atención médica es alto, siendo la dimensión de profesionalidad del staff médico la que más destaca. La puntuación general del cuestionario es de 4.67 puntos sobre una escala de Likert de 5 puntos; sin embargo, hablando en términos de calidad en sigmas, esta se encuentra en 3.36 sigmas, debido al número de defectos que se encuentran en las preguntas relacionadas con el seguimiento de citas que realiza el centro médico a sus pacientes.

Conclusiones: Como conclusión general, un proceso de servicio está compuesto por momentos de verdad. En cada uno de estos el cliente va a obtener un grado de satisfacción. Cuanto mayor

sea la sumatoria, mayor impacto tendrá en la calidad percibida del servicio, y el nivel de satisfacción del usuario en general es alto; sin embargo, hablando a nivel de calidad, aún hay dimensiones como la de comunicación, que se deben reforzar y que justamente pertenece al factor montaje del servicios, que es por donde se debería comenzar a trabajar, sin dejar de lado las dimensiones como profesionalidad y el factor entrega de servicio que potencian y describen de la mejor manera la satisfacción del cliente.

Fecha de elaboración del resumen: 06 de Febrero de 2019



Analytical-Informative Summary

Measurement and control of the level of satisfaction of medical care in a women's-oriented health center, based on quality dimensions obtained with the critical incident method.

Luis Armando Guerra Palacios

Asesor(es): Dr. Ing. César Angulo Bustíos

Tesis.

Título de Ingeniero Industrial y de Sistemas.

Universidad de Piura. Facultad de Ingeniería.

Lima, February 2020

Keywords: Quality / Service / Customer satisfaction / Critical incident / Health

Introduction: In Peru, the interest in relating quality with health services was born late in the 90s. The differences that exist in the quality of medical care make policies and reforms appear that propose the quality of care as a citizen's right. However, recent studies point that despite the demands of the market and the efforts to satisfy the customer, they do not find a substantial improvement. Quality must be present in every establishment that provides a health service, not only because of the improvements of its capabilities, but because within any process, life is the main axis of people, and their health must be taken and oriented with responsibility.

Methodology: Bob Hayes proposes the methodology of the critical incidents, which results in dimensions that are evaluated in a standardized tool that allows knowing the requirements, degree of satisfaction and level of quality perceived by the client.

Results: 199 surveys were collected, and then processed and analyzed. These reflect that the medical care satisfaction level is high, with the professional staff dimension being the most prominent. The overall score of the questionnaire is 4.67 point on a 5-point Likert scale; however, speaking in terms of quality in sigma, this is found in 3.36 sigma, due to the number of defects found in the questions related to the follow-up of appointments made by the medical center to their patients.

Conclusions: As a general conclusion, a service process is composed by moments of truth. In each one of these, the client is going to obtain a certain level of satisfaction. The higher the sum, the greater the impact it will have on the perceived quality of the service, and the level of user satisfaction in general is high; however, speaking at the quality level, there are still dimensions such as communication, which must be reinforced and that precisely belongs to the assembly factor of the services, which is where work should begin, without neglecting the dimensions such as professionalism and the service delivery factor that enhances and best describes customer satisfaction.

Summary date: February 6th, 2020



Prólogo

Al momento de tomar la decisión para iniciar mi proyecto de tesis, me encontraba asumiendo el puesto de administrador en el centro médico “Siempre Mujer”, una empresa familiar que dentro de sus siete años de vida empresarial ha sabido subsistir en base a decisiones meramente empíricas o con el solo “creer” que era lo “mejor” para el momento. No contaba con un análisis cuantitativo que evidencie y aporte a la toma de decisiones. Uno de los primeros motivos que tuve para el presente proyecto de tesis es considerar que, como todo establecimiento de salud, debe de cumplir con ciertos estándares de calidad y buscar la satisfacción del cliente. Si bien más del 60% de las pacientes que acuden al establecimiento son recomendados y los directivos consideraban que su servicio no era malo, no sabían realmente qué aspectos o dimensiones eran los más fuertes de su servicio y dónde estaba su debilidad; es por ello que con este primer motivo decidí iniciar el camino de tesis y que a lo largo de esta, fui encontrando nuevos motivos, siendo uno de éstos la elevada tasa de mortalidad que hoy en día tienen las empresas. En muchos casos la falta de gestión de calidad y mejora continua es lo que hace que no puedan trascender en el tiempo. Otro de los motivos principales es la debida importancia que le toma el país a la medición de calidad en el sector salud, específicamente en el género femenino, el cual acude en mayor proporción a un establecimiento de salud y que tiene a cargo muchas más responsabilidades no solo laborales sino también familiares.

El motivo central de la presente investigación es conocer qué dimensiones son necesarias para que un cliente logre percibir un servicio de atención médica de calidad. Con ello la dirección del centro médico podrá tener mapeado cuáles son las características que mejor definen su servicio y cuáles son las que deben mejorar.

Quiero culminar mencionando y mostrando total agradecimiento a la Directora Administrativa Reyneri del Milagro Palacios Medina, quien me brindó acceso absoluto a todo lo necesario para que este proyecto de tesis pueda salir a flote, total admiración y respeto a mi asesor de tesis el Dr. Ing. César Angulo Bustíos, que todos los viernes de cada semana y por casi tres meses, supo llevarme y motivarme en cada uno de mis avances, y por último, hacer mención a mi padre MBA. Armando Guerra Pozo el cual me ayudó a estructurar y mejorar cada uno de los capítulos que espero sean de su agrado.



Tabla de contenido

Introducción.....	1
Capítulo 1	3
Propósito de la investigación.....	3
1. Situación problemática.....	3
2.1 El pionero de la calidad en los servicios de salud.....	5
2.2 La política pública y la calidad en los servicios de salud.	6
2.2.1 Caso Reino Unido.....	6
2.2.2 Caso Estados Unidos.....	6
2.2.3 Caso México.	7
2.2.4 La calidad en salud para las instituciones internacionales en materia de salud. 7	
2.3 Antecedentes del País	8
2.3.1 Política pública de calidad en salud en el Perú.	8
2.3.2 Situación de la calidad en salud en el Perú.	9
3. Objetivos.....	10
3.1 Objetivo general.....	10
3.2 Objetivos específicos.....	10
Capítulo 2	13
Características de la empresa “Siempre Mujer”	13
1. Clasificación de la empresa.....	13
2. Visión, misión y valor	13
3. Servicios brindados	14
4. Convenios y alianzas estratégicas	14
5. Ventaja competitiva.....	15
6. Características de su cliente potencial.....	15
Capítulo 3	17

Marco teórico.....	17
1.1 Calidad. Un vistazo a la historia.	17
1.1.1 <i>La calidad en las civilizaciones primitivas</i>	17
1.1.2 <i>Del desarrollo del comercio a la revolución industrial</i>	18
1.1.3 <i>Etapa de control de la calidad</i>	18
1.1.4 <i>Época de aseguramiento de la calidad</i>	19
1.1.5 <i>La Calidad Total</i>	20
1.1.6 <i>Mejora Continua</i>	21
1.2 Evolución conceptual de la calidad.....	21
1.2.1 <i>William Edwards Deming</i>	23
1.2.2 <i>Joseph M. Juran</i>	23
1.2.3 <i>Kaoru Ishikawa, Ishikawa</i>	23
1.2.4 <i>Philip Crosby</i>	24
1.2.5 <i>Armand Vallin Feigenbaum</i>	24
1.3 Enfoques de la calidad.	24
1.4 Concepto de Gestión de la Calidad.	26
1.5 Definición de calidad en la atención médica.	27
2. El servicio en general	29
2.1 Concepto de servicio y características.	29
2.2 Características de los servicios.	31
2.3 El proceso de servicio como ciclo o sistema.	31
2.4 Valor del servicio.	34
2.5 El encuentro del servicio.....	35
3. Calidad orientada al servicio	36
3.1 Concepto de calidad del servicio.	36
3.2 Calidad del servicio percibida.....	37

3.3	Relación calidad del servicio percibido – satisfacción del cliente.....	39
3.4	Deficiencias en la calidad del servicio.....	40
3.5	La evaluación de la satisfacción del cliente.....	42
3.5.6	<i>Escuela Nórdica.</i>	42
3.5.7	<i>Modelo norteamericano.</i>	43
4.	Satisfacción del cliente.....	44
4.1	Definición de cliente.....	44
4.2	Conducta del cliente.....	45
4.3	La importancia de la satisfacción en el cliente.	45
4.4	Evaluación de la satisfacción en salud.....	47
4.5	Determinación de las necesidades y exigencias del cliente.	48
4.6	El desarrollo de la dimensión de calidad.	49
4.6.1	<i>Identificación de las dimensiones de calidad.</i>	49
4.6.2	<i>Estableciendo ejemplos concretos de las dimensiones de calidad.</i>	50
4.7	Método del incidente crítico.....	50
4.7.1	<i>La generación de incidentes críticos.</i>	51
4.7.2	<i>La calidad del proceso de generación y reparto.</i>	52
5.	Cómo diseñar una encuesta.....	53
6.	Conclusiones	56
	Capítulo 4	59
	Metodología del proyecto.....	59
1.	Nivel y diseño de la investigación.....	59
1.2	Tipos de investigación según el nivel.	60
1.3	Tipos de investigación según el diseño.....	60
2.	Tipos de fuentes de información	61
3.	Recopilación de datos y elaboración del cuestionario	61

4. Validez y fiabilidad del cuestionario.....	67
4.1 Fiabilidad.	67
4.2 Validez.	70
5. Selección de la muestra	77
6. Procesamiento e interpretación de los datos	79
6.1 Media aritmética y desviación estándar.	80
6.2 Coeficientes de correlación.....	80
6.3 Recta de regresión lineal simple y múltiple.....	81
6.4 Nivel de calidad en Sigma.	82
Capítulo 5	85
Presentación y análisis de resultados.....	85
1. Análisis de medias aritméticas y desviaciones.....	85
2. Análisis de correlaciones.....	88
3. Análisis de regresión lineal simple y múltiple	89
4. Análisis y medición del nivel de calidad en sigma	96
Capítulo 6	99
Conclusiones y propuestas de mejora.....	99
Referencias Bibliográficas.....	105
Anexos.....	121

Lista de figuras

Figura 1. Evolución de la gestión de la calidad	25
Figura 2. Enfoques de gestión de la calidad: principios, prácticas y técnicas	27
Figura 3. Ciclo del servicio	32
Figura 4. Proceso del servicio	33
Figura 5. Expectativas del nivel de servicio	39
Figura 6. Relaciones causales entre la satisfacción y la calidad percibida	40
Figura 7. Modelo nordico	43
Figura 8. Marco conceptual del modelo SERVQUAL	44
Figura 9. Relación jerárquica entre incidentes críticos, artículos de satisfacción y necesidades del cliente	52
Figura 10. Ejemplos de formatos de respuesta tipo Likert	55
Figura 11. Estructura jerárquica con dimensiones teóricas	65
Figura 12. Estructura jerárquica con dimensiones factorial	76
Figura 13. Puntuación media por ítem	86
Figura 14. Porcentaje de puntuación media por dimensión	87
Figura 15. Porcentaje de puntuación media por factor	87
Figura 16. Coeficiente de correlación por ítem vs coeficiente critico	89
Figura 17. Modelo de regresión lineal simple dimensión: Capacidad de respuesta	90
Figura 18. Modelo de regresión lineal simple dimensión. Comunicación	91
Figura 19. Modelo de regresión lineal simple dimensión: Cortesía	91
Figura 20. Modelo de regresión lineal simple dimensión: Elementos tangibles	92
Figura 21. Modelo de regresión lineal simple dimensión: Fiabilidad	92
Figura 22. Modelo de regresión lineal simple dimensión: Profesionalidad	93

Figura 23. Modelo de regresión lineal simple factor: Montaje del servicio..... 94

Figura 24. Modelo de regresión lineal simple factor: Entrega del servicio..... 94



Lista de tablas

Tabla 1. Especialidades en Siempre Mujer	15
Tabla 2. Evolución cronológica del concepto de calidad	22
Tabla 3. Resumen de las cinco deficiencias y sus causas.....	41
Tabla 4. Dimensiones y su grado de acuerdo	65
Tabla 5. Resumen de procesamiento de casos.....	70
Tabla 6. Prueba de KMO y Barlett.....	73
Tabla 7. Varianza total explicada	74
Tabla 8. Factores y ítems de la encuesta	75
Tabla 9. Índices de ajuste esperados para un modelo de ecuaciones estructurales e índices obtenidos para el análisis factorial confirmatorio.	77
Tabla 10. Características de la población	78
Tabla 11. Brecha de calidad por dimensión	86
Tabla 12. Coeficiente de correlación por ítem	88
Tabla 13. Modelo de regresión lineal simple por ítem.....	90
Tabla 14. Estadísticas de la regresión lineal múltiple por dimensiones	95
Tabla 15. Coeficientes del modelo de regresión lineal múltiple por dimensiones.....	95
Tabla 16. Coeficientes del modelo de regresión lineal múltiple por factores	96
Tabla 17. Número de defectos por ítem	97



Introducción

Hoy en día la calidad basada en el cliente es importante para todo tipo de empresa, desde la microempresa hasta la que es considerada grande, y es que se ha convertido en la mejor opción para mejorar la rentabilidad y escoger los procesos que sí dan un real valor al negocio. Kotler y Armstrong (2003), sostienen que:

La mayoría de los clientes ya no toleran siquiera una calidad promedio. Las empresas actuales no tienen más opción que adoptar conceptos de calidad si quieren seguir siendo competitivas; por lo tanto la tarea de mejorar la calidad de sus productos y servicios debe ser prioritaria para la empresa (p. 11).

Se debe tener en cuenta que “la medición y control de la satisfacción en un servicio, ha de ser más fina y rigurosa, en vista de que, a diferencia del intercambio comercial, raramente el individuo recibe de forma inmediata la retribución por el consumo del servicio” (Rothschild, 1999).

Como el tema principal de la investigación es la relación que existe entre calidad, satisfacción del cliente y salud, es bueno mencionar que:

A mitad de la década de los setenta, cobra vigor la preocupación por la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en la Unión Americana, lo que lleva a considerar la variable satisfacción del paciente como medida última de la calidad que ofrece una unidad de salud, llámese clínica, hospital, etc. (Castillo y Rojas, 2004, p. 129).

Las transiciones económicas y sociales han generado cambios en la salud de la población, siendo el género femenino el más afectado, y ello se ve evidenciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que indica que la elevada tasa de morbilidad y mayor longevidad en la mujer conlleva a que reciban y utilicen los servicios de salud más frecuentemente que los hombres; todo ello ha generado cambios en las políticas de prestación de salud a nivel mundial, promoviendo una atención de alta calidad centrada en el usuario.

Reportes internacionales han evidenciado altos índices en la satisfacción de usuario en los establecimientos de salud; sin embargo, su poca variabilidad a lo largo del tiempo ha generado sospechas en su utilidad como instrumentos de monitoreo. Es bueno precisar que en los países desarrollados y en vías de desarrollo existen políticas sanitarias que permiten el recojo periódico sobre las opiniones de usuarios con respecto a los servicios de salud, desarrollar un procesamiento de la data y proponer acciones de mejoría. Sin embargo, la satisfacción del usuario

depende de diversos factores como son los demográficos, familiares, sociales y factores netamente del servicio como son la accesibilidad y otros dependientes de la propia organización de salud.

Pero para brindar un servicio de alta calidad es necesario conocer los atributos o dimensiones del servicio; sin embargo, estos varían según las expectativas del cliente, por lo que pasan a tener una verdadera importancia pero a su vez dificultan su medición. Camisón (2007), sostiene que:

Una organización que pretende alcanzar altos niveles en la calidad del servicio que suministra debe prestar una especial atención a los atributos en los que se fijan los clientes para evaluarla, es decir, a los elementos del servicio que él puede percibir y cuya valoración le permitirá juzgar un servicio como de buena o mala calidad (p. 899).

Por ejemplo, Castillo y Rojas (2004) manifiestan que, “si el paciente interrumpe varias veces al médico durante la entrevista clínica, aumenta su satisfacción; mientras que si es el médico quien interrumpe al paciente, sucede lo contrario” (p. 131). Con ello se quiere enfatizar que, si aplicamos un estudio detallado de las exigencias y requerimientos del paciente, entenderemos el perfil del cliente que acude a un centro médico.

Existen diversas referencias bibliográficas en donde se encuentran “diversas dimensiones de calidad en los servicios de salud, que varían en contenido y cantidad según los autores, el enfoque, la metodología, el tiempo y el tipo de institución donde se realiza el estudio” (Otálora y Orejuela, 2007, p. 244); ello debido a que ante la incapacidad de los pacientes por juzgar la calidad técnica de la atención médica, “su evaluación se centra en aspectos como la relación interpersonal, el desempeño funcional del proveedor y los factores ambientales que rodean la prestación del servicio” (Otálora y Orejuela, 2007, p. 249).

Los conceptos de calidad percibida, lealtad y satisfacción en el cliente serán vistos a lo largo de la presente investigación, comenzando por lo importante que es hoy en día tener una estrategia que sea sostenible, competitiva y que genere producción, tomando en cuenta la calidad en la atención de salud que realmente es de vital importancia para que toda una sociedad pueda realizar y alcanzar sus metas.

Capítulo 1

Propósito de la investigación

1. Situación problemática

Hoy en día, a nivel mundial, hay tres palabras importantes que se encuentran dentro de la estrategia corporativa ya no solo de gigantes transnacionales sino también de las micro y pequeñas empresas (Conexión ESAN, 2018). La primera palabra que debe estar en el vocabulario de cualquier directivo de empresa debe ser “sostenibilidad”, la cual nace en las últimas décadas del siglo XX en donde las Naciones Unidas publica un informe titulado “Nuestro futuro común” Brundtland citado por Gómez (2013) la define de la siguiente manera: “Está en manos de la humanidad asegurar que el desarrollo sea sostenible, es decir, asegurar que satisfaga las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones para satisfacer las propias” (p. 91).

Pero, ¿cuál es el estado de la sostenibilidad en las empresas del Perú? En el informe “Reporte de sostenibilidad y la responsabilidad social empresarial” (KPMG, 2017), una de las conclusiones que más resalta es que los sectores que cuentan con dicho sello sostenible son: minería, petróleo y gas, construcción y materiales, automotriz, energía eléctrica y alimentos (Gestión, 2015), quedando con la sorpresa que aún no aparece el sector salud.

¿Por qué es importante el significado de sostenibilidad en la situación problemática? Porque uno de los indicadores que se ha de medir en un reporte de sostenibilidad, es el aspecto social, y dentro de él se encuentra la relación con clientes en donde una empresa obtiene reconocimiento por el porcentaje de clientes satisfechos en su encuesta de evaluación de percepción del cliente (Programa de inversión responsable, 2017), o si posee un sistema de gestión de calidad, donde lamentablemente solo el 1% de las empresas lo emplea (INACAL, 2017).

Una empresa sostenible que es reconocida por su calidad en atención, genera “competitividad” (Programa de inversión responsable, 2017), siendo ésta, la segunda palabra que todo directivo debe tener en consideración.

Pero primero veremos la competitividad del país, en donde se ha tenido un descenso importante en el ranking de competitividad global (*World Economic Forum*, 2018). El Perú se encuentra en el puesto sesenta y tres de ciento cuarenta economías evaluadas, y mantiene la sexta posición con respecto a Latinoamérica (Sociedad Nacional de Industrias, 2018).

Uno de los pilares sometidos a medición es la formación y acumulación de capital humano, en donde uno de los factores importantes es el de salud (Ministerio de economía y finanzas del Perú, 2018). Una población que se encuentra saludable va a tener un mayor grado de producción; en caso contrario, tiene un declive en su calidad de vida y capacidad para generar ingresos. Adicional a ello las empresas se ven afectadas por la hora hombre/producción (Ministerio de Economía y Finanzas del Perú, 2018, p. 9). Con esto queremos decir que la salud es un pilar importante para la población y la atención debe ser preventiva y de calidad para aportar en la producción del país. Sin embargo, el 60% de la población que cuenta con un problema de salud no acude a un centro médico y ello es un signo de que el servicio de salud aún no es confiable y eficiente (Comex Perú, 2019).

El gasto público en salud se encuentra por debajo del promedio de América Latina y tuvo una menor participación sobre el PBI en comparación con otros países de la Alianza del Pacífico (Gestión, 2019). Cabe detallar que el 70% del gasto es para problemas de recuperación y rehabilitación, y entre un 6 y 7% es para la prevención de riesgos y daños en la población (Gestión, 2019).

El gasto en gestión en salud es casi nulo, y lo más probable es que sea porque los médicos no se preocuparon en obtener nuevas capacidades y competencias que ayuden a gestionar de forma óptima una institución de salud, el lenguaje de gestión no es la fortaleza de un profesional de la salud y tampoco han logrado encaminar a un personal a cargo (Conexión ESAN, 2015).

La tercera palabra es la “productividad”, siendo su definición la siguiente:

“La productividad es un indicador clave de la eficiencia y la competitividad. Este no debe faltar en el análisis estratégico y la elaboración del cuadro de mando integral” (Conexión ESAN, 2018) se ve muy ligada a los dos conceptos antes expuestos. Si una empresa es reconocida con potencial desarrollo sostenible genera competitividad en el mercado, y por consiguiente puede aumentar su productividad.

Si bien en el Perú cada año surgen 12 mil mypes, solo el 10% supera el año de actividad (Sociedad Peruana de Pyme, 2013); esto debido a muchos factores, resaltando la falta de escucha al cliente y la falta de desarrollo de una ventaja competitiva (Entrepreneur, 2016). Ello genera que el grado de competitividad de la empresa sea baja y afecta la productividad de la empresa. Esto se ve reflejado en el aumento de mortalidad empresarial en 6%, siendo uno de los factores la falta de innovación y medición de calidad en sus procesos (Gestión, 2014).

La participación de la mujer en la producción del país ha ido tomando cierta importancia con el pasar de las décadas. En los 70's, tres de cada diez mujeres trabajaban. En los 90's, la cifra aumentó a cinco de cada diez. Hoy en día, el 78% se encuentra laborando (Gestión, 2015). Este importante aumento podría agregar un 2% al PBI. Adicional a ello se indicó, que a nivel mundial, el 25% de empresas lideradas por mujeres son más productivas (Banco Mundial, 2018).

Según la encuesta de Uso del Tiempo (2010), las mujeres peruanas pasan 76 horas a la semana en actividades remuneradas, y labores domésticas no remuneradas y la mujer es la que se ocupa de procurar cuidados en otras personas en los hogares y comunidades (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Con toda esta justificación se quiere poner énfasis en la importancia de que una mujer se encuentre en buen estado de salud; sin embargo, la tasa de morbilidad es más elevada en este género, y por lo tanto debe hacer un mayor uso de los servicios de salud, sobre todo en salud reproductiva (OMS, 2018). Esta situación conlleva a que una empresa que brinde servicios médicos orientados a la mujer cuente con altos estándares de calidad que permitan cumplir con las necesidades, prevenciones y exigencias que una mujer requiera; por consiguiente la empresa y una mujer saludable puedan contribuir en la producción, sostenibilidad, productividad y competitividad del país.

2. Antecedentes de la investigación

2.1 El pionero de la calidad en los servicios de salud. Es imposible empezar el desarrollo de la presente tesis, y lo más probable sea mencionado en los próximos capítulos, sin nombrar al que es considerado uno de los padres de la calidad de la atención, El profesor Avedis Donabedian (1919 – 2000), el cual en su esfuerzo por mejorar la calidad asistencial organizó todo el “saber” que había hasta el momento en los temas de calidad, y publica el famoso artículo "*Evaluating the quality of medical care*", que en principio fue ignorado durante 10 años, pero más tarde, se considera la publicación pionera y tomada como referencia para estudiar y medir la calidad en los servicios de salud. “Este artículo constituye uno de los hitos en la historia de la evaluación de la calidad de

la asistencia sanitaria, introduciendo una de las primeras definiciones de ‘proceso asistencial’ como un continuo que se desagrega en: estructura, proceso y resultado” (Donabedian, 1966, p. 8).

2.2 La política pública y la calidad en los servicios de salud. “Las diferencias de calidad de la atención prestada a diversas categorías de personas se pueden dar de una o dos maneras. La primera, diferentes personas pueden tener distintos grados de acceso a diversos tipos de médicos y de instituciones” (Donabedian, 1985, p. 58). La segunda radica únicamente en temas de *comfort*. Ambos temas son de máxima importancia para la política pública (Wyszewianski y Donabedian, 1981).

El derecho de los usuarios de exigir estándares de calidad ha impulsado a que los países más desarrollados formulen políticas públicas que mejoren la calidad del servicio en salud y que permitan acreditar establecimientos de salud con calidad óptima.

2.2.1 Caso Reino Unido. En el Reino Unido, las reformas del gobierno sobre el *National Health Service* (NHS) y documentos posteriores enfatizan que “El nuevo NHS tendrá la calidad en su corazón y que la atención de alta calidad debería ser un derecho para cada paciente” (Sheldon, 1998, pp. 45-50)¹. Adicional a ello a través de una organización privada *The Health Foundation*, se desarrolló la iniciativa “Búsqueda de calidad y rendimiento mejorado: intervenciones para mejorar la calidad”² (Marije Bosch, 2009) donde se analiza la calidad y el desempeño del sistema nacional de salud en base a evidencias.

2.2.2 Caso Estados Unidos. El término calidad en salud para los Estados Unidos proviene desde los años cincuenta. Inicia con la aparición de la *Joint Commission on Accreditation of Hospital* (1951) en la cual se presentan ciertas reformas que todo establecimiento de salud debe cumplir para ser acreditado y posteriormente tener relación con el seguro social norteamericano (1960). El departamento de Salud y Servicios Humanos creó la *Agency of Healthcare Research and Quality* (AHRQ), con la misión de

¹ Traducción propia

² Traducción propia

producir evidencia para hacer que la atención médica sea más segura, de mayor calidad, más accesible y equitativa.

El desarrollo, la recopilación, el análisis y la retroalimentación de los datos de rendimiento de las organizaciones de atención médica ahora es un gran negocio (Sheldon, 1998) y cómo podemos apreciar en los países más industrializados ha habido una explosión en el desarrollo de indicadores de desempeño y calidad en la atención, todas estas técnicas se desarrollan buscando ser estandarizadas y empleadas por otros países.

2.2.3 Caso México. En la región de Latinoamérica el país que más ha destacado por proponer políticas públicas en salud ha sido México, el cual destaca con su política: “trato digno tanto a los usuarios de los servicios de salud, como a sus familiares” (Sistema Nacional de Salud Mexicano, 2000). El estado mexicano presenta una larga historia de esfuerzos durante las últimas cinco décadas para lograr un avance paulatino y permanente de la prestación de los servicios de salud (Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2012, p. 12). Ruelas y Zurita (1993), sostienen que:

En la última década del Siglo XX se suscitó un crecimiento vertiginoso del interés por la calidad de la atención médica en México y en muchos otros países, cuyo origen es probablemente una mayor conciencia de que en el mundo contemporáneo, la calidad se ha convertido en un requisito indispensable de sobrevivencia económica y, para algunos afortunadamente también, de responsabilidad social y de integridad moral (Ruelas y Zurita, 1993, p. 35).

2.2.4 La calidad en salud para las instituciones internacionales en materia de salud. Para las instituciones internacionales como la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) se han hecho distintos esfuerzos para apoyar a los distintos estados en la región como por ejemplo la publicación del “Manual de Acreditación para Hospitales de Latinoamérica y el Caribe” (OMS, 1992), la creación en el año 2000 de las Funciones Especiales de Salud Pública en la cual destaca la “Garantía de calidad de los servicios de salud individuales y colectivos” (FESP, 2005) responsabilizando al estado de velar por la atención de salud tanto pública como privada.

En esta última década mucho de los países de la región ha tomado una posición más activa con respecto a la creación de nuevas reformas en “materia de calidad y seguridad de los pacientes, sin embargo, aún persisten importantes desafíos en materia de calidad

tanto en los países más desarrollados como en los países en vías de desarrollo” (OPS y OMS, 2007, p. 1)³.

2.3 Antecedentes del País

2.3.1 Política pública de calidad en salud en el Perú. Se precisa iniciar la explicación de antecedentes en el país, señalando la importancia de la relación de una política pública en temas de calidad, ya que particularmente considero que el primer paso para crear una cultura de calidad tanto en instituciones públicas como privadas es el de formulación de políticas públicas las cuales ayudarán al proveedor del servicio a regularse, orientarse y cumplir con los derechos del cliente.

El marco de derechos apuesta por empoderar a los pacientes para que no se vean a sí mismos tan sólo como pacientes con un diagnóstico determinado, ni tampoco como los consumidores de los servicios de salud que deberían recibir calidad, sino como ciudadanos poseedores de derechos capaces de hacer demandas que van más allá de los paquetes de servicios (Miranda y Yamin, 2008).

“En el Perú, el proceso de formación de política pública se instaló tardíamente y bajo la modalidad de la ‘planificación sanitaria’ tal como sucedió en muchos países de Desarrollo” (Walt, 1994).

Sotelo (1968), constata que “las acciones de salud que se han desarrollado no han obedecido a una política sanitaria definida, habiéndose actuado reactivamente ante el estímulo suscitado por la urgencia de solucionar una situación emergente”⁴. Con esta demanda se concluye que no se consideró la calidad como un problema relevante.

Alfageme (2017), sostiene que:

El interés de incorporar la calidad en la agenda sanitaria pública, así como un sistema de acreditación de los servicios de salud en el Perú, se inicia tardíamente en la década de los 90, cuando en un diagnóstico del sector el MINSA enfatiza ‘la existencia de diferencias de calidad, cobertura, acceso y oportunidad en la atención’” (p. 39).

³ 27.a Conferencia Sanitaria Panamericana (2007)

⁴ Enjuiciamiento de las Políticas de Salud. Ponencia presentada al III Congreso Nacional de Salud Pública. Actas del III Congreso Nacional de Salud Pública. Sociedad Peruana de Salud Pública. 1968

Sin embargo, el grado en que se involucraron los proveedores de servicios con la calidad en la atención en ese momento fue casi limitado.

Es por esta razón que en el año 2001 se determina que uno de los principios de la política de salud sería: “La calidad de la atención como derecho ciudadano” (Ministerio de Salud del Perú, 2002). “A finales del mismo año se da un paso importante con la publicación del documento técnico del sistema de gestión de calidad en salud, el cual contiene la primera formulación de la política de calidad en el sector salud” (Ministerio de Salud del Perú, 2009, p. 20).⁵

Esta formulación ayudó a la creación del Plan Nacional Concertado de Salud (2007), donde uno de los temas más preocupantes es la calidad de la atención de salud y lo demuestra con un lineamiento llamado: “‘Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad’. El plan tiene como objetivo ‘ampliar la oferta, mejorar la calidad y la organización de los servicios de salud del sector según las necesidades y demanda de los usuarios’” (Ministerio de Salud del Perú, 2009, p. 20). Hoy en día la presente política nacional de calidad en salud consta de 12 Políticas Nacionales de Calidad en la Atención de Salud (Alfageme, 2017, p. 41).

2.3.2 Situación de la calidad en salud en el Perú. “En el Perú no se ha logrado validar de forma consensuada estándares de calidad o instrumentos de medición de la calidad que ya existen en otros países” (Alfageme, 2017, p. 38). A pesar de los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud y centros privados de salud, el grado de calidad sigue siendo poco grato; ello se ve reflejado en la “III Encuesta Anual sobre la situación de Salud en el Perú” (Universidad de Lima, 2009), donde se percibe un nivel bajo de calidad.

“En la práctica, el método indirecto, basado en las encuestas de precepción de usuarios y trabajadores del sector, continúa siendo el único método aplicado para medir la calidad en el país” (Alfageme, 2017, p. 38). En el año 2011, la dirección general de salud de las personas, en conjunto con la dirección de calidad en salud, ambas pertenecientes al Ministerio de Salud, elaboraron el documento “Guía técnica para la evaluación

⁵ Política Nacional de Calidad en Salud - MINSA

de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo” (Ministerio de Salud del Perú, 2011), teniendo dos finalidades importantes:

- 1.- Estandarizar la medición de calidad a través de la satisfacción de los usuarios.
- 2.- Mejora continua en la atención debido al crecimiento de usuarios insatisfechos.

El documento se basó en la metodología SERVQUAL, la cual mide la satisfacción de los usuarios y se basa en cinco dimensiones: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangibles, dando como resultado la diferencia entre percepciones y expectativas del usuario.

A partir de esta guía técnica se realizaron tres encuestas nacionales de satisfacción de usuarios de salud (2014, 2015 y 2016), donde los problemas que más resaltaron fueron: la demora, el maltrato en la atención y la falta de medicamentos, siendo más marcado en establecimientos públicos que privados. La satisfacción del cliente aumentó de 70.1% a 73.7%; sin embargo, el principal indicador es el de satisfacción total, el cual engloba opinión sobre el personal del establecimiento y el ambiente del establecimiento, siendo que, al incluir el ambiente, el indicador disminuye a 52.5%.

“Un breve análisis de los resultados plantea la importancia de una reforma y cultura de calidad para mejorar las condiciones de atención del paciente y generar mayor equidad en el acceso” (Alfageme, 2017, p. 41).

3. Objetivos

3.1 Objetivo general. El objetivo principal de este proyecto de tesis es determinar el nivel de calidad de servicio que posee una empresa de servicios médicos especializados en la mujer, a través de la medición del grado de satisfacción de sus clientes.

3.2 Objetivos específicos.

- Brindar una herramienta estandarizada para evaluación de los usuarios.
- Considerar la evaluación periódica del nivel satisfacción de usuario como un ejercicio de buenas prácticas.

- A partir de los resultados obtenidos, sugerir proyectos o acciones de mejora continua.
- Conocer las percepciones y expectativas que tiene el cliente en el servicio médico orientado a la mujer.

4. Justificación

En el Perú, según el documento “Perú: Estructura Empresarial 2017”, el 42% de empresas se dedican a la actividad económica de servicios consistente en la prestación de un bien intangible. De este porcentaje, el 43.6% se concentran en la Provincia de Lima, donde el 3.4% se dedican a realizar actividades de atención de la salud humana, la cual tuvo un crecimiento de 10.3% en el sector terciario.

En el año 2013 la Universidad de Georgetown publicó un *paper* llamado: “Calidad en las empresas latinoamericanas: el caso peruano”, el cual compara factores de éxito de calidad en los años 2006 y 2011. El fin y contribución del artículo es comparar la calidad en el Perú, concluyéndose que “las empresas pasaron de no desarrollar prácticas de calidad a desarrollarlas; esto debido a las exigencias de competir en el mercado global” (Benzaquen, 2013, p. 50). Uno de los factores sometidos a investigación fue el enfoque hacia la satisfacción del cliente, donde se percibe que, si bien se hacen esfuerzos por satisfacer al cliente, este no encuentra una mejora sustancial.

La calidad en la prestación de servicios de salud es de vital importancia, no solo por la mejora continua en las capacidades a las que debe aspirar un establecimiento de salud, sino porque dentro de cualquier proceso la vida es el eje principal de las personas, y su salud debe ser tomada y orientada con responsabilidad; por ello el siguiente proyecto de tesis busca medir y controlar la calidad en un establecimiento de salud orientado a la mujer, y se justifica con cuatro razones:

- La Organización Mundial de la Salud (OMS), propone una definición de calidad donde se ven implicados tres objetivos importantes de la atención al cliente: trato digno, excelencia técnica, seguridad en los procedimientos y organización eficaz del servicio; por lo cual se requiere saber si se están cumpliendo en su totalidad.

- Publicación de la ley de Salud N°26842 donde predomina “el derecho de los usuarios de exigir estándares de calidad aceptables en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales” (Ministerio de Salud del Perú, 1997), siendo esta una reforma del país que obliga a un establecimiento de salud a alinearse y crear una cultura de calidad para satisfacer las necesidades de los clientes.
- “Según las dos últimas encuestas nacionales de satisfacción de usuarios de salud, los problemas más sentidos fueron: la demora, el maltrato en la atención y la falta de medicamentos” (Alfageme, 2017, p. 42); ello quiere decir que atenta de forma directa con lo que indica la OMS y el Ministerio de Salud, por lo que es necesario que un establecimiento de salud tenga mapeado estos y otros indicadores, y pueda tomar acciones correctivas.
- El país, en los últimos años ha iniciado una lucha por calidad en salud; una muestra de ello es la aprobación del “Sistema de Gestión de Calidad en Salud” (Ministerio de Salud del Perú, 2006), en el cual su objetivo principal es la atención de los pacientes en todos los servicios de salud, y para ello “se requiere una estructura estable, reducción de riesgos y buen servicio por parte del personal para mejorar la atención de los pacientes” (Conexión ESAN, 2017). Según el Instituto Nacional de Calidad (INACAL), solo el 1% de empresas en el Perú emplea sistemas de gestión de calidad; por ello la implementación de un sistema de calidad en una empresa de servicios médicos puede asegurar sostenibilidad, productividad y competitividad en el largo plazo.

Capítulo 2

Características de la empresa “Siempre Mujer”

1. Clasificación de la empresa

“Siempre Mujer”, es el nombre comercial que tiene la empresa Servicios Médicos Integrales de Salud Sociedad Anónima Cerrada (SERMINSA S.A.C) con número de RUC: 20543573206 y domicilio fiscal: Av. La Marina 509 – Pueblo Libre.

La empresa tiene registrada como actividad económica principal “8620 - Actividades de médicos y odontólogos”, cuenta con la categorización de la Dirección de Salud II Lima Sur, como establecimiento de Salud del Primer Nivel de Atención, Categoría I-3: Policlínico.

Como representante legal y director médico se encuentra el Dr. César Anatoly Becerra Chávez, Médico Cirujano especialista en ginecología y obstetricia. La dirección administrativa se encuentra bajo el mando de la Obs. Reyneri Del Milagro Palacios Medina, Obstetra especialista. Ambos profesionales vinculados como socios con un aporte de capital y bienes del 50% por ambas partes.

SERMINSA S.A.C, nace a partir del deseo de brindar una mejor atención en el cuidado y prevención de la salud de la mujer en las diferentes etapas de su vida: antes durante y después del embarazo. Inició sus actividades el 06/09/2011, en primera instancia bajo el nombre comercial “INPPARES – LA MARINA”, franquicia que adquirieron los socios como estrategia debido al prestigio que esta marca ya poseía. Durante esos años se tenía un mayor número de especialidades médicas no necesariamente ligadas a la mujer; sin embargo, a fines del año 2016, las ganas por poseer un negocio independiente, con marca propia y que cuente con la idea inicial para la cual la empresa fue creada, los lleva a tomar la decisión de fundar “Siempre Mujer”, una clínica orientada netamente al cuidado de la mujer.

2. Visión, misión y valor

“Siempre Mujer” tiene como oferta de valor, el velar por la salud y bienestar de las mujeres, empoderándolas para tomar el control de sus vidas y su salud sexual mediante la planificación, de tal manera que puedan cumplir sus sueños. Su misión es brindar servicios médicos en salud sexual y reproductiva antes, durante y después del embarazo a través de una relación personalizada e inmediata.

Su visión, ser una franquicia con prestigio, líder en el cuidado de la salud de la mujer en las diferentes etapas de su vida.

3. Servicios brindados

“Siempre Mujer” brinda servicios netamente ligados a la mujer. Cabe mencionar que no todos los servicios son ginecológicos; como parte de su estrategia se han implementado nuevas especialidades médicas como dermatología, psicología y nutrición buscando el complemento en la atención. Ver Tabla 1, donde se describen cada una de las especialidades.

4. Convenios y alianzas estratégicas

Actualmente “Siempre Mujer”, cuenta con el convenio “Red Plan Salud” y “Red de profesionales afiliados”, en conjunto con el Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INNPARES). Dicho acuerdo permite ofertar gratuitamente atención, seguimiento y consejería especializada a jóvenes usuarios. Cabe mencionar que, siendo INNPARES competencia directa, la empresa busca un reconocimiento en el sector, cosa que el convenio por el momento, se lo puede brindar.

Adicional a ello, el policlínico también brinda el servicio de laboratorio, que en principio era propio, sin embargo, como estrategia de reducción de costos y mejora de la calidad en toma y análisis de pruebas, decide firmar un convenio con Laboratorio Clínico Blufstein S.A, marca que cuenta con más de 55 años de experiencia en el mercado, presentando servicios de laboratorio automatizado en la modalidad de referencia. Estos servicios están acreditados con la certificación *Laboratory Accreditation Program* y certificados bajo la norma ISO 9001 que garantiza la calidad de los procesos.

Especialidades	Descripción
Ginecología / Obstetricia	• Consultas especializadas en ginecología, obstetricia, fertilidad. • Control prenatal y tratamiento de infecciones gineco-obstétricas. • Despistaje de cáncer de cuello uterino y de mama. • Procedimientos ginecológicos menores: Colposcopia, conización, cauterización (electro cauterización y cauterización química)
Ecografías	• Ecografías ginecológicas y obstétricas • Ecografías genéticas, morfológicas, 4D, Doppler y perfil biofísico
Psicología	• Diagnóstico y coaching emocional, conductual para niños y adultos a través de terapias individuales, de pareja, familia. • Tratamiento para depresión, ansiedad, hiperactividad, déficit de atención. • Trastornos adictivos, Anorexia, bulimia. • Diagnóstico y tratamiento de bullying.

Tabla 1. Especialidades en Siempre Mujer

5. Ventaja competitiva

Porter (1900), sostiene que, conceptualmente, la ventaja competitiva es necesaria para diferenciarnos de los competidores y tener una oferta de valor única que nos haga preferido por los clientes. A diferencia de otras instituciones médicas donde para cada atención debe haber una cita de por medio, “Siempre Mujer” oferta una consulta y su reevaluación con resultados en el mismo momento, quiere decir, rapidez en sus resultados. Posterior a ello ha incorporado un sistema de seguimiento vía teléfono y *WhatsApp* permitiendo cerrar un proceso de atención personalizado, ágil y preventivo, todo en conjunto, con la cercanía y validez de su *staff* de médicos.

6. Características de su cliente potencial

Como antes se ha mencionado, “Siempre Mujer” busca satisfacer las necesidades de las mujeres que se encuentran en edad fértil; sin embargo, las clientes que con más frecuencia visitan el establecimiento es el público femenino juvenil. En la mayor parte de

los casos estas pacientes no cuentan son seguros médicos, viven, estudian y/o trabajan cerca al radio de intervención y demandan una atención especializada, rápida, segura y confiable.

El 48% de los ingresos provienen del rango entre los 25 y 32 años de edad, mientras que los rangos próximos a este representan un 22% de la facturación. La mayoría de usuarias viven en Callao, Jesús María, Pueblo Libre, Magdalena y San Miguel.



Capítulo 3

Marco teórico

1. Conceptos básicos

1.1 Calidad. Un vistazo a la historia. Calidad es un término que en las últimas décadas ha tomado una posición muy importante en las organizaciones en general, con el único fin de aumentar su productividad y con ello garantizar supervivencia y crecimiento en el mercado. Pero para que estas organizaciones lleguen a considerar este término prácticamente como vital, este ha pasado por una serie de hechos, culturas y aportes a través de la línea del tiempo que marcaron cada una de las etapas de la evolución cronológica de la calidad.

La mejor forma de comprender la creciente fuerza que ha cobrado a lo largo del tiempo es quizás mostrando el desarrollo que hubo en cada una de sus etapas evolutivas; es por ello que para llegar a la controversial definición de calidad, primero abordaremos su evolución histórica.

Vamos a poder apreciar que la calidad ha sido parte de la humanidad; solo que los métodos y formas de evaluarla han ido variando en el tiempo

1.1.1 La calidad en las civilizaciones primitivas. Miranda, Chamarro y Rubio (2007), sostienen que:

Los primeros indicios se dieron en la antigua Babilonia, sitio en el cual fue creado el código Hammurabi (1752 A.C.) donde señala: "...si un arquitecto hizo una casa para otro, y no la hizo sólida, y si la casa que hizo se derrumbó y ha hecho morir al propietario de la casa, el arquitecto será muerto" (p. 2).

Por su lado, los fenicios le cortaban la mano a aquel que hacía un producto defectuoso. "Aceptaban o rechazaban los productos siempre y cuando cumplieran con las especificaciones acordadas, que en muchos productos eran de calidad según especificaciones gubernamentales" (Wagner, 1989). "En algunas tumbas en la ciudad de Thebas (1450 A.C) se demuestra la presencia de un inspector, que verificaba que los bloques elaborados tengan las dimensiones adecuadas usando una cuerda para la medición" (Saumeth, Afanador, Ospino y Barraza, 2012, p. 101). Este método era similar al realizado por los mayas para aceptar o rechazar productos.

A través de estos ejemplos podemos ver que la calidad está “en estrecha relación con el arte y la artesanía, y se concibe como el trabajo bien hecho” (Penacho, 2000, p. 61).

1.1.2 Del desarrollo del comercio a la revolución industrial. La producción y comercialización en la época medieval (Siglo V -XV) ocasionó la aparición de gremios que optaron por tomar una figura de autoridad: “tenían la potestad de castigar a aquel que vendiera productos carentes de calidad, con precios muy altos, lo cual era injusto para el cliente; o muy bajos, que era una manera poco limpia de hacer competencia a otros artesanos” (Cairns, 2003, p. 77).

La evolución de la época conduce a la conocida primera Revolución Industrial, 1733-1870, y con ello la aparición de las primeras máquinas y fábricas que ocasionaron la aparición de un nuevo concepto: optimización de procesos.

Adam Smith citado por Fernandez y Sánchez (1997), “en su libro ‘La Riqueza de las Naciones’ enfatiza el concepto de la división del trabajo y la importancia de la especialización de las tareas”. Eli Whitney (1798) busca “la capacitación de los trabajadores para evitar variabilidad en los procesos productivos”. Charles Babbage citado por Evans y Lindsay (2008), reafirma: “la idea de especialización añadiendo una ventaja: la disminución del tiempo necesario para que un trabajador aprenda una tarea” (p. 19).

En los últimos años del siglo XIX comienza una producción en gran escala, donde se imponen dos principios básicos, la repetibilidad y la productibilidad de los productos. Ahora el obrero inicia y termina el producto fabricado y al mismo tiempo comprueba si su trabajo está bien realizado (Penacho, 2000). Esta última actividad es sinónimo de inspección y se define como “el propósito de medir ciertas características o identificar ciertos defectos del producto final, desechando aquellos productos no conformes a las especificaciones, pero sin ningún tipo de prevención ni planes de mejora” (Saumeth et al., 2012, p. 102).

1.1.3 Etapa de control de la calidad. En esta etapa aumenta la producción de los productos debido a la exigente demanda y, para mejorar el rendimiento, Frederick Taylor citado por Robledo, Meljem, Fajardo y Olvera (2012), suprimió: “la responsabilidad de cuidar la tarea de calidad de los productos que estaba encomendada a los obreros y supervisada por los capataces, y la puso en mano de los ingenieros industriales” (p. 173).

Este nuevo esquema generó que por primera vez aparezcan en el organigrama de una empresa los departamentos de control de calidad, los cuales tenían como función “atacar los efectos y no la causa; se encuentra un enfoque netamente correctivo, porque los responsables son únicamente los inspectores de calidad que basan su control en inspecciones visuales y algunos instrumentos de medición” (Cubillos y Rozo, 2009, p. 84).

Juran citado por Saumeth et al. (2012), escribió:

Entre 1920 y 1940, en los laboratorios de Estados Unidos, un equipo de investigadores dirigido por Walter A. Shewhart, propusieron la aplicación de técnicas estadísticas al control de calidad, dando origen a lo que hoy se conoce como Control Estadístico de la Calidad, el cual pretendía ir mucho más allá de la inspección, tratando de identificar y eliminar las causas que generan los defectos. En este momento del tiempo, la calidad era vista como el cumplimiento de especificaciones (p. 103).

Además, “también se preocupó por el rol administrativo de la calidad, diseñando el famoso ciclo PHVA, bautizado más adelante por los japoneses como el ciclo Deming, el cual es la base de los sistemas de gestión de calidad existentes”(Cubillos y Rozo, 2009, p.84).

Este nuevo concepto de control también se empleó en la primera guerra mundial; los grandes fallos y pérdidas de materiales en combate condujeron a la necesidad de introducir un instrumento normalizado que pueda garantizar seguridad de funcionamiento.

1.1.4 Época de aseguramiento de la calidad. Griful y Canela (2002), mencionan:

Durante la postguerra, la industria americana vendía todo lo que era capaz de producir y se volvió autocomplaciente: la calidad fue desplazada por la cantidad y con ello se vinieron abajo las enseñanzas de Shewhart y Deming, mientras que en Japón empezaron a desarrollarse las técnicas de fiabilidad.

En 1946 se ve el nacimiento de instituciones como la *American Society for Quality Control* (ASQC), que tenía como objetivo compartir información en temas relacionados con la mejora y mantención de los materiales empleados en la II Guerra mundial. También nace la Unión de Científicos e Ingenieros Japonenses (JUSE), y el mismo año se creó “una organización internacional cuyo objetivo sería facilitar la coordinación y unificación internacional de estándares industriales, lo que originó la creación de la *International Standard Organization* (ISO)” (Hernández, Fabela y Martínez, 2001, p. 61).

Específicamente en Japón se da la llamada “Revolución de la calidad”, ante la necesidad del país de renacer y quitarse esa característica de vender productos a bajo precio y carentes de calidad; para ello, los ingenieros japoneses se basaron en las investigaciones de Shewhart para aplicarlas en la industria y, por otro lado, los empresarios se capacitaron conociendo la gestión de calidad de otras empresas extranjeras. A partir de todo ello nace el enfoque de:

Aseguramiento de la Calidad, que se define como el planteamiento de carácter preventivo, que tiene como finalidad comprobar que se realizan todas las actividades satisfactoriamente, de modo que el producto resultante sea adecuado, pasando por el departamento de calidad e involucrando a toda la organización, es decir, calidad en trabajadores, dirección y clientes (Saumeth et al., 2012, p. 104).

Kaori Ishikawa (1960) crea “los primeros círculos de calidad” (Guajardo, 2003), que se ponen en práctica en los sistemas participativos de las empresas japonesas, y que consisten en la reunión de trabajadores en pequeños grupos que buscan solucionar problemas propios de su trabajo; con todo ello la calidad empieza a tener un enfoque humano y nace el término “Control de Calidad Total”.

1.1.5 La Calidad Total. Después de la segunda guerra mundial y la década de los 70, aparecen nuevos esquemas económicos. “La preocupación por los países se generaliza queriendo obtener las enseñanzas de los japoneses e implementarlas en sus empresas. La calidad ha dejado de ser una prioridad competitiva para convertirse en un requisito imprescindible para competir en muchos mercados” (Saumeth et al., 2012, p. 104); con ello nace la tercera etapa en el desarrollo de la calidad llamado “El proceso de calidad total”.

Esta nueva etapa se distingue por un esfuerzo para alcanzar la calidad en todos los aspectos dentro de las organizaciones, sin importar su actividad económica, incluidas las áreas de finanzas, ventas, personal, mantenimiento, administración, manufactura y servicios. La calidad se enfoca ya al sistema como un todo, y no exclusivamente a la línea de manufactura. (Cubillos y Rozo, 2009, p. 87).

“Fue hasta el surgimiento de la competencia entre las empresas de servicios, principalmente en los Estados Unidos y con mayor fuerza en los años 80s, que se inicia la cultura de calidad al cliente en este sector” (Robledo et al., 2012, p. 173). Ruiz citado por Robledo et al. (2012) menciona que: “fue la industria turística, particularmente en las ramas hotelera y restaurantes, las que comenzaron con esta idea” (p. 173).

1.1.6 Mejora Continua. “El inicio de la década de los 90s se ve marcado por nuevos fenómenos socioeconómicos como la globalización, que cambian por completo el concepto de empresa” (Evans y Lindsay, 2008).

El ganador en un mercado globalizado se da por quién produce y ofrece productos y servicios de alta calidad al menor costo; para ello, el factor humano, que ahora cuenta con habilidades para trabajar en equipo y solucionar problemas, busca la mejora continua de la calidad total y se somete, por ejemplo, a un proceso continuo de reducción de costos, lo cual genera una brecha reducida con el cliente, y por ende aumentan las ventas y utilidades.

Para entender la evolución de la calidad desde el punto de vista cronológico, véase el resumen de la Tabla 2.

1.2 Evolución conceptual de la calidad. “Intentar referirse al término calidad, es no encontrar una definición concreta y hasta llegar a una controversia en el intento” (Saumeth et al., 2012, p. 100).

La definición de calidad puede analizarse desde dos dimensiones: la dimensión cronológica, la cual ya ha sido expuesta en el capítulo anterior, y la dimensión conceptual, en la cual se pueden identificar cuatro etapas de desarrollo: control de calidad, aseguramiento de la calidad, proceso de calidad total y mejora continua de la calidad total. (Véase Figura 1).

Etapas	Concepto	Finalidad
Artesanal	Hacer las cosas bien independientemente del costo o esfuerzo necesario para ello.	• Satisfacer al cliente. • Satisfacción del artesano, por el trabajo bien hecho. • Crear un producto único
Revolución Industrial	Producir en grandes cantidades sin importar la calidad de los productos.	• Satisfacer una gran demanda de bienes. Obtener beneficios.
Administración científica	Técnicas de control de calidad por inspección y métodos estadísticos, que permiten identificar los productos defectuosos.	• Satisfacción de los estándares y condiciones técnicas del producto.
Segunda Guerra Mundial	Asegurar la calidad de los productos (armamento), sin importar el costo, garantizando altos volúmenes de producción en el menor tiempo posible.	• Garantizar la disponibilidad de un producto eficaz en las cantidades y tiempos requeridos.
Posguerra Occidente	Producir en altos volúmenes, para satisfacer las necesidades del mercado	• Satisfacer la demanda de bienes causada por la guerra.
Posguerra Japón	Fabricar los productos bien al primer intento.	• Minimizar los costos de pérdidas de productos gracias a la calidad. • Satisfacer las necesidades del cliente. Generar competitividad.
Década de los sesenta	Sistemas y procedimientos en el interior de la organización para evitar productos defectuosos	• Satisfacción del cliente. Prevenir errores. • Reducción de costos. Generar competitividad.
Década de los noventa	La calidad en el interior de todas las áreas funcionales de la empresa	• Satisfacción del cliente. Prevenir errores. • Reducción de costos. • Participación de todos los empleados de la empresa. • Generar competitividad.
Actualidad	Capacitación de líderes de calidad que potencialicen el proceso.	• Satisfacción del cliente. Prevenir errores. • Reducción sistemática de costos. Equipos de mejora continua. • Generar competitividad.

Tabla 2. Evolución cronológica del concepto de calidad

Fuente: (Cubillos y Rozo, 2009, p. 89)

El concepto en sí de calidad inicia durante el siglo XX con muchos individuos que contribuyeron en conocimientos para lograr la calidad superior, y cinco apellidos que merecen ser mencionados: Juran, Deming, Feigenbaum, Crosby e Ishikawa.

1.2.1 William Edwards Deming. Deming (1988), define calidad como: “Grado perceptible de uniformidad y fiabilidad a bajo costo y adecuado a las necesidades del cliente”.

“Los principios de Deming establecían que, mediante el uso de mediciones estadísticas, una compañía debía ver su funcionamiento para luego desarrollar maneras de mejorar dicho sistema, siguiendo los catorce puntos y teniendo en cuenta los siete pecados mortales” (Cubillos y Rozo, 2009, p. 91). “Estos 14 puntos se basan en un sistema de “profundo conocimiento” que tiene cuatro partes: el enfoque de sistemas, la comprensión de la variación estadística, la naturaleza y el alcance del conocimiento, y la psicología para entender el comportamiento humano” (Gryna, Chua, Defeo y Magaña, 2007, p. 10).

1.2.2 Joseph M. Juran. “Reconocido como la persona que agregó la dimensión humana para la amplia calidad; de ahí provienen los orígenes estadísticos de la calidad total” (Cubillos y Rozo, 2009, p. 91). “Enfatiza la importancia de un enfoque equilibrado con el empleo de conceptos gerenciales, estadísticos y tecnológicos de calidad” (Gryna et al., 2007, p. 10). Define calidad como “La aptitud para el uso, satisfaciendo las necesidades del cliente” (Juran, 1981).

Su principal aporte, llamado “La trilogía de procesos de Juran”, se basa en un “esquema operativo de tres procesos de calidad: planeación, control y mejora de calidad” (Gryna et al., 2007, p.10)..

1.2.3 Kaoru Ishikawa. Ishikawa. Define el control de calidad como: “Desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, útil y siempre satisfactorio para el cliente” (Ishikawa, 1986).

“Mostró a los japoneses cómo integrar las muchas herramientas básicas de mejora de calidad, particularmente las sencillas de análisis y resolución de problemas” (Gryna et al., 2007, p. 11).

Es considerado el “padre de los círculos de calidad, a los cuales define como pequeñas unidades de trabajo que potencian el desarrollo de habilidades, trabajo en equipo y rotación” (Cubillos y Rozo, 2009, p.93).

1.2.4 Philip Crosby. Su filosofía señala que hay tres mitos sobre la calidad. La primera es que la “calidad es intangible”. La segunda es que la “calidad cuesta”. “Lo que realmente se consideran costos son los errores y no la calidad; por lo tanto nunca será más económico tolerar errores que ‘hacerlo bien desde la primera vez’. Y en tercer lugar, ‘los defectos y errores son inevitables’” (Cubillos y Rozo, 2009, p. 94).

Define calidad como la “Acción de suplir los requerimientos de un cliente; al lograr cumplir con estos se logra cero defectos” (Crosby, 1979).

Su mayor aporte es la creación del:

Concepto “cero defectos” y el desarrollo del concepto denominado los absolutos de la calidad total, que tiene como principios definir la calidad como cumplimiento de requisitos. La prevención es un sistema de calidad; el estándar de realización es cero defectos y la medida de la calidad es el precio del incumplimiento (Cubillos y Rozo, 2009, p. 94).

1.2.5 Armand Vallin Feigenbaum. Autor de la importante obra “*Total Quality Control*”, define calidad como “el resultante total de las características del producto y del servicio de mercadotecnia, ingeniería, fabricación y mantenimiento, a través de los cuales el producto o servicio en uso satisfará las esperanzas del cliente” (Feigenbaum, 1986).

Enfatiza “la planeación y control de calidad en todas las funciones de una organización, e insta a crear un sistema de calidad para proporcionar procedimientos técnicos y gerenciales que aseguren la satisfacción del cliente y un costo económico de calidad” (Gryna et al., 2007, p. 10).

1.3 Enfoques de la calidad. Garvin (1984), distingue cinco enfoques de la calidad: “transcendental, basada en el producto, basada en el proceso, orientada al cliente y basada en el valor”. Garvin (1988), habla de cuatro etapas: “inspección, control estadístico de la calidad, aseguramiento de la calidad y la calidad como estrategia competitiva”.

Camisón, Cruz y González proponen tres enfoques de calidad, los cuales agrupan 10 generaciones de la gestión de la calidad (véase Figura 1).

Según vamos subiendo por el gráfico, el énfasis en la visión de la Gestión de la Calidad se hace más proactiva, enfocándose hacia la prevención y la planificación, frente a la perspectiva reactiva ligada a la detección y corrección de errores; más estratégico, por preocuparse por la creación de valor y no por aspectos tácticos de las operaciones; y más global, por no comprender no ya el sistema empresa sino el sistema de valor (Camisón et al., 2007, p. 78).

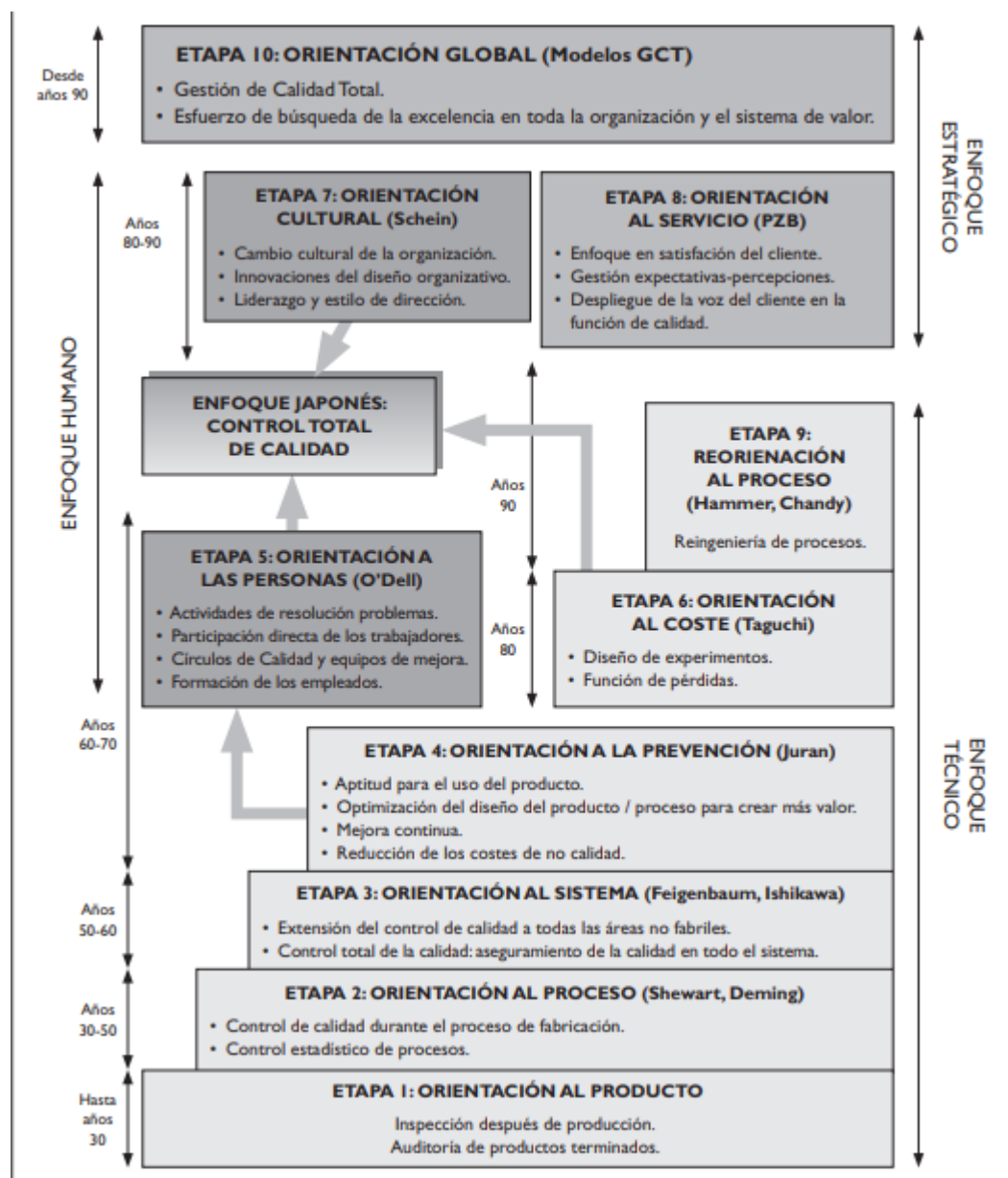


Figura 1. Evolución de la gestión de la calidad

Fuente: (Camisón et al., 2007, p. 79)

Camisón et al. (2007, p. 83) detalla cada enfoque de la siguiente manera:

El **enfoque técnico** agrupa una serie de etapas en el desarrollo del control de calidad, que comparten la preocupación por la eficiencia de los productos y los procesos de la empresa.

El **enfoque humano** surge en Japón, y el propio Ishikawa (1954, pp. 12-13) menciona en su reflexión que el control de calidad es una disciplina distinta a la ingeniería, pues al hablar de problemas de dirección no puede ser insensible a las diferencias culturales y el factor humano. Este enfoque se centra en convertir a los trabajadores en el pilar del eje de gestión y mejora de la calidad, incrementando su participación en la resolución de problemas.

El **enfoque estratégico** tiene una primera etapa donde la preocupación por la satisfacción del cliente relega a un segundo plano la obsesión por la eficiencia; sin embargo, se hace evidente que para hacer frente a esa serie de retos es necesaria una calidad multidimensional y dinámica. Multidimensional porque múltiples son las necesidades y expectativas por satisfacer, y dinámico porque tanto la satisfacción del cliente como la eficiencia están en continua evolución. Es necesario que la perspectiva interna y externa se complementen de modo que una no sea sacrificada por la otra.

1.4 Concepto de Gestión de la Calidad. En la sección anterior se han identificado distintos enfoques que se han ido adecuando a las nuevas concepciones de calidad, pese a la prolífica literatura existente; estos enfoques aún no se encuentran alineados y hay diferencias en sus relaciones.

Camisón et al. (2007, p. 210) explica:

Las definiciones que la literatura ofrece sobre Gestión de la Calidad, así como los instrumentos que se han elaborado para su operación y medida, presentan deficiencias importantes:

- La gestión de la calidad es un concepto complejo y abstracto (Fayas, 1995).
- Muchas definiciones tienen una conceptualización parcial de la gestión de la calidad. Sigue existiendo una importante incertidumbre sobre cómo poner en práctica los enfoques de gestión de calidad, sin que se conozcan con seguridad los principios, las prácticas y las técnicas para un desarrollo óptimo (Flynn, Schroeder y Sakakibara, 1995; Greene, 1993), es decir, cada autor selecciona los elementos que considera importantes y omite otros que también definen el enfoque de gestión de calidad.
- Muchos autores la definen multidimensional; sin embargo, terminan con conclusiones de una única dimensión.

Camisón et al. (2007, p. 211) con el fin de anular la parcialidad, definen Gestión de Calidad como:

Un sistema que relaciona un conjunto de variables relevantes para la puesta en práctica de una serie de principios, prácticas y técnicas para la mejora de la calidad. Así pues, el enfoque de la Gestión de Calidad se divide en tres dimensiones (véase la Figura 2):

1. Los principios que asumen y que guían la acción organizativa.
2. Las prácticas que incorporan para llevar a la práctica estos principios.
3. Las técnicas que intentan hacer efectivas estas prácticas.

Por ejemplo, un principio como la orientación hacia el cliente, asumido en diversos enfoques, puede conducir a que la organización lleve a cabo prácticas como la recogida sistemática de información sobre las necesidades, expectativas y satisfacción del cliente, que se hacen efectivas a través de estudios de mercado.

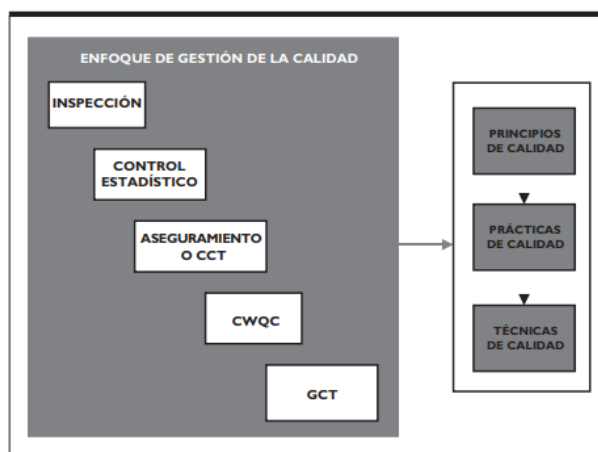


Figura 2. Enfoques de gestión de la calidad: principios, prácticas y técnicas

Fuente: (Camisón et al., 2007, p. 211)

1.5 Definición de calidad en la atención médica. Antes de mostrar los diferentes conceptos de calidad en la atención médica desde diferentes perspectivas, definiremos atención médica como “la prestación de un servicio sanitario a un individuo por un profesional o una institución, y la suma de todas las prestaciones” (Varo, 1993, p. 538).

“La definición de calidad en la atención a la salud no es un concepto estático ni universal; existen conceptualizaciones que enriquecen el término en función de elementos que se han agregado en el tiempo” (Robledo et al., 2012, p. 172). Muchos de los conceptos de calidad expuestos hasta ahora influyen a los conceptos que ahora se dan en los servicios de salud.

“Es así como la evaluación de la calidad debe apoyarse en una definición conceptual y operativa de lo que significa la “calidad de la atención médica”; sin embargo, calidad de atención es una idea difícil de definir” (Donabedian, 1966, p. 166). A continuación algunas definiciones:

Lee y Jones citados por Donabedian (1966) definen calidad en la atención médica:

Como ocho “artículos de fe”, algunos enunciados como atributos o propiedades del proceso de la prestación de atención, y otros como metas u objetivos del proceso. Estos “artículos”

transmiten claramente la impresión de que los criterios de calidad no son nada más que juicios de valor que se aplican a distintos aspectos, propiedades, componentes o alcances de un proceso denominado atención médica (p. 166).

Asimismo, Klein et al. Citados por Donabedian (1966) llegó a la conclusión de que “la atención del paciente, al igual que la moral, no se puede considerar como un concepto unitario y al parecer es probable que nunca se llegue a un único criterio general para medir la calidad de la atención del paciente” (p. 166).

Por otro lado en 1980, Donabedian, citado por Robledo et al. (2012) define calidad en atención médica como “el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes” (p. 173).

En 1996, Vanormalingen, citado por Massip, Ortiz, Llantá, Peña y Infante (2008) “enmarca el concepto de calidad en salud en cinco elementos fundamentales: excelencia profesional, uso deficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, impacto final que tiene en la salud”.

La propia OMS (2009), ha definido la calidad como:

Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos humanos a estas necesidades de forma continua y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite.

La Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud, define la calidad de atención de una forma muy simple “Hacer las cosas correctas y hacerlas bien” (JCAHCO, 2000). De manera adicional el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, define calidad de la atención como: “Grado en que los servicios sanitarios para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados y son consistentes con el estado actual de los conocimientos científicos” (IOM, 1990).

El Dr. German Fajardo citado por Robledo et al. (2012) define la calidad como “Recebir atención médica con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos, que permita satisfacer las necesidades de salud y expectativas a un costo razonable” (p. 172).

Para el Dr. Héctor Aguirre citado por Robledo et al. (2012), Calidad en la atención a la salud es: “otorgar atención médica al paciente con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, que le permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas” (p. 172); “la estructura no se menciona en la definición pues se considera que es responsabilidad primaria de la institución, teniendo en cuenta que una estructura adecuada permite una atención de calidad, pero no la garantiza” (Robledo et al., 2012, p. 172).

La calidad de la atención es un concepto complejo, con múltiples atributos procesales y temporales. Debido a que son muchas las definiciones que actualmente existen sobre calidad en salud y su manera de abordarla, ello ha originado la aparición de una diversidad de enfoques para su medición (Massip et al., 2008).

2. El servicio en general

2.1 Concepto de servicio y características. Una vez que se tiene claro el concepto básico de calidad, de cómo ha evolucionado en una dimensión cronológica y otra conceptual, en donde la gestión de calidad es el enfoque que hoy predomina y que busca la excelencia en toda la organización y el sistema de valor, y adicional a ello nos empapamos de la importancia de la calidad en salud y sus distintos enfoques, pasamos a evaluar el concepto de servicio.

Pero primero es preciso conocer su naturaleza y características; quiere decir a qué nos referimos cuando hablamos de “servicio”, como por ejemplo: “‘Es la actividad económica que forma parte del sector terciario de un sistema económico’ o podemos hacer alusión a ‘servicio como prestación principal de una empresa’ o al ‘servicio como prestaciones accesorias o secundarias que acompañan a la prestación principal’” (Camisón et al., 2007, pp. 893-894).

A partir de ello la mayoría de definiciones posee un término importante y común: la intangibilidad. A continuación cada una de ellas:

La Real Academia Española define servicio como “acción y efecto de servir, como servicio doméstico, e incluso como conjunto de criados o sirvientes” (RAE, 2019”.

“Los servicios constituyen actividades identificables, intangibles, que son objeto principal de una operación que se concibe para proporcionar la satisfacción de las necesidades” (Camisón et al., 2007, p. 894). “Con esta definición se excluyen servicios complementarios que respaldan la venta de bienes tangibles u otros servicios” (Staton, Etzel y Walter, 1992, p. 532).

“Un tipo de bien económico. Constituye lo que el sector terciario define como: todo el que trabaja y no produce bienes se supone que produce servicios” (Fisher y Navarro, 1994, p. 185).

“Es el trabajo realizado para otras personas” (Colunga, 1995, p. 25).

“Es el conjunto de actividades, beneficios o satisfactores que ofrecen para su venta o que se suministran en relación con las ventas” (Fisher y Navarro, 1994, p. 175)

“Un servicio es cualquier actuación que una parte puede ofrecer a la otra, esencialmente intangible, sin transmisión de propiedad. Su prestación puede ir o no ligada a productos físicos” (Kotler, 1992, p. 504)

Los conceptos señalados hasta el momento poseen un enfoque generalizado, por lo que se decidió ser más específico y examinar las definiciones de servicio al **cliente**, las cuales “demuestran una relación de mutua satisfacción de expectativas entre el cliente y la organización” (Duque, 2005, p. 65), que se muestran a continuación:

“Es el conjunto de prestaciones que el cliente espera, además del producto o servicio básico, como consecuencia del precio, la imagen y la reputación” (Horovitz, 1990, p. 7).

“Aquella actividad que relaciona la empresa con el cliente, a fin de que este quede satisfecho con dicha actividad” (Peel, 1993, p. 24)

“El servicio al cliente es una gama de actividades que, en conjunto, originan una relación” (Gaither, 1983, p. 123)

Lovelock (1990), sostiene que:

El servicio al cliente implica actividades orientadas a una tarea, que no sea la venta proactiva, que incluyen interacciones con los clientes en persona, por medio de telecomunicaciones o

por correo. Esta función se debe diseñar, desempeñar y comunicar teniendo en mente dos objetivos: la satisfacción del cliente y la eficiencia operacional (p. 491).

2.2 Características de los servicios. El proceso para determinar la calidad en los servicios es distinto al de los productos tangibles, siendo diferentes las evaluaciones para ambos (Duque, 2005). A continuación las características de los servicios:

- **Intangibilidad:** Batenson (1997) sostiene que es una característica que no puede ser percibida por los sentidos y es difícil de entender. Lovelock (1983) indica que un gran número de servicios posee esta característica.
- **Heterogeneidad:** Característica que se ve reflejada en los resultados, ya que el desempeño de un servicio puede variar según el productor o el tipo de cliente que lo percibe (Duque, 2005).
- **Inseparabilidad:** En los servicios primero se da la venta y luego de forma paralela la producción y consumo (Regan, 1963).
- **Carácter perecedero:** Los servicios no se producen antes de un requerimiento, ni mucho menos se almacenan, es decir su consumo se da en el mismo acto de producción (Rushton y Carson, 1985).

Con estas características queda evidenciado que medir la calidad para el proceso de un producto intangible y sus resultados, es más complicado que para un producto tangible.

2.3 El proceso de servicio como ciclo o sistema. Los ciclos de servicio son una tendencia en los procesos de servicios, los cuales se encuentran compuestos por momentos de verdad (Albrecht, 1992). El ciclo de servicio permite a las organizaciones organizar la atención con imágenes mentales (Duque, 2005, p. 66).

Albrecht sostiene que la construcción básica de un servicio se da por “un momento de verdad”, cada uno representado por un punto (véase Figura 3) y controlado en cada interacción que existe con el cliente. El saber tanto de los ciclos de servicio como de los momentos de verdad ayuda a que exista una mayor consideración y conocimiento del cliente (Duque, 2005).

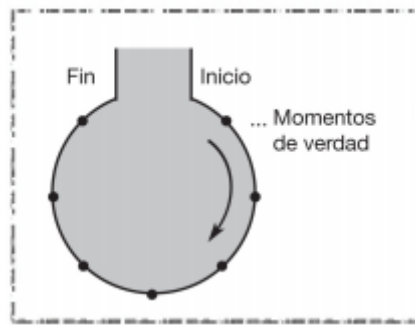


Figura 3. Ciclo del servicio

Fuente: Albrecht (1992, p. 35)

En 1978 el término “momento de verdad” fue inventado por Richard Normann, citado por Duque (2005), y lo define como “cualquier situación en la que el cliente se pone en contacto con algún aspecto de la organización y obtiene una impresión sobre la calidad de su servicio. Grönroos (1984) lo define como elementos del *process of service delivery* (PSD)” (p. 66).

Con la base de lo que significa el ciclo del proceso y sus momentos de verdad, Grönroos (1984) y Mayer et al., citados por Duque (2005, p. 66) proponen tres características importantes en el proceso del servicio (véase Figura 4):

- Montaje del servicio (PSA): donde básicamente sus elementos son las decisiones administrativas con las que luego se configura el servicio en término de sus características previas.
- Entrega del servicio (PSD): es el proceso de entrega del servicio, referido a las características de entrega del servicio (momento de la interacción con los clientes).
- Filtros perceptuales (CPPS): son filtros que afectan los PSA y PSD, generan la percepción de satisfacción y, por ende, el encuentro de calidad.

En el 2003, Mayer, citado por Duque (2005), sostiene que “este modelo bidimensional del proceso del servicio intenta estudiar la percepción discreta de la experiencia de un consumidor” (p. 67).

En 1981, Langeard, Bateson, Lovelock y Eigler, citados por López y López (2006) proporcionaron un marco conceptual en el cual “se puede comprender los problemas de la dirección comercial y del consumidor de un producto, que es producido y consumido al mismo tiempo” (p. 10).

A continuación se detallan los modelos sistémicos propuestos:

En 1981, Langeard et al., citado por López y López (2006) concibe “la entrega del servicio a un consumidor como un sistema fundamentado en las interacciones del cliente con los elementos siguientes: el personal de contacto de la empresa, el soporte físico y otros consumidores” (p. 10).

En 1985, Batenson, citado por López y López (2006) sostiene que “el consumidor sea visto como una parte integrante de la empresa, entendiendo que el comportamiento del consumidor es crucial para la satisfacción tanto del consumidor como del personal con quien los clientes interactúan” (p.10).

En 1995, Scheneider y Bowen, citados por López y López (2006) establecen:

Tres áreas dentro de una organización: los clientes, la frontera y la coordinación. La primera zona es la razón de toda organización de servicios. La segunda es el lugar donde el cliente interactúa con la organización, y la tercera es la tarea de coordinación que realizan los directivos de la organización (p. 10).

En 1999, Lovelock y Wright, citados por López y López (2006), define:

El sistema de servicios como un conjunto de subsistemas: el servicio de operaciones, donde son procesados los recursos y donde se crean los elementos del servicio; el servicio de entrega, que es aquella parte del sistema donde se entrega el producto, y el servicio de marketing, que representa cualquier tipo de contacto entre la organización y el consumidor, desde la publicidad hasta la facturación (pp. 10-11).

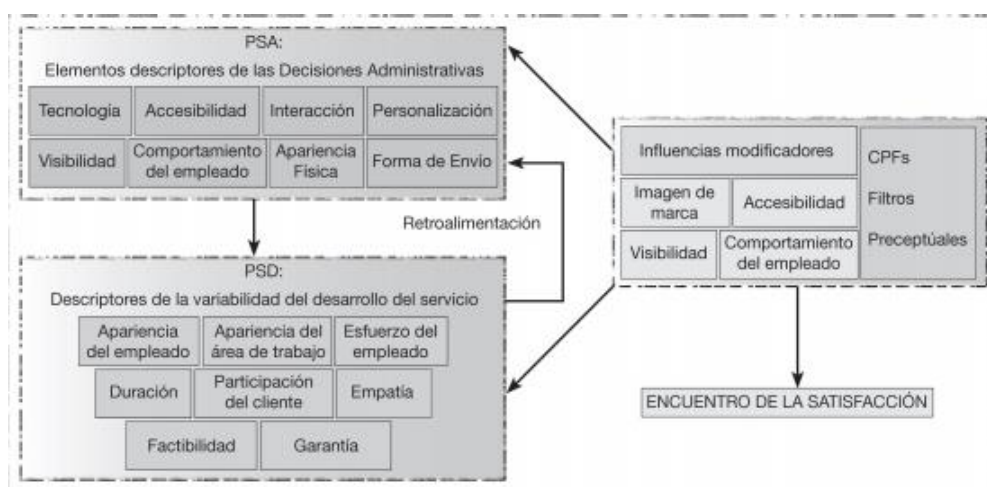


Figura 4. Proceso del servicio

Fuente: Mayer (2003, p. 623)

2.4 Valor del servicio. De acuerdo con Zeithaml (1988) y Gallarza (2003), hay tres razones por las que no se ha investigado el concepto de valor en profundidad: la primera es el problema de definición y conceptualización; la segunda son los problemas metodológicos, y la tercera la inconsistencia en los procesos de medición. A partir de ello es que Zeithaml (1988) lo define como un concepto elusivo, Dodds (1991) indica que es abstracto, Zeithaml y Bitner (2002) sostienen que es “amorfo porque significa cosas diferentes para diferentes consumidores” (p. 538).

El concepto que proponen las distintas literaturas presenta dos enfoques. El más usado es el subjetivo, y por otro lado se encuentra el enfoque objetivo. La definición de valor en los servicios señala que es “experimentado por los clientes” (Woodruff y Gardial, 1996, p. 7); quiere decir que “es percibido por el sujeto, y específicamente en la interacción empresa-empresa. Esa percepción se concreta en ‘juicios o evaluaciones de lo que el cliente percibe que ha recibido del vendedor en una situación específica de compra o uso’” (Flint, 2002, p. 103).

Aparte de los dos enfoques antes mencionados, el concepto de valor puede tomar dos direcciones: la primera, que es considerar el valor en la línea de calidad, Camisón et al. (2007) indica que “el valor es un indicador de percepción de la calidad del producto por el mercado” (p. 194). Zeithaml (1988) sugiere que “el valor percibido puede ser visto como “una evaluación global” que el cliente desarrolla de la utilidad de un producto o servicio, basado en las percepciones de lo que ha recibido frente a lo que ha dado” (p. 14). Oliver (1999) refuerza este concepto con una percepción cognitiva unidireccional como “una función positiva de lo que se recibe y una función negativa de lo que se sacrifica” (p. 45).

La segunda dirección del valor posee un “sentido bidireccional. La aproximación más básica es la de ratio o *trade-off* entre calidad y precio” (Monroe, 1992). “Autores en calidad como Feigenbaum (1951) e Ishikawa (1954, 1981) revelan que tanto el precio como la calidad son variables con peso en el proceso decisorio de los compradores” (Camisón et al., 1997, p.194). Así se “plantea que calidad no tiene el significado popular de lo mejor en un sentido absoluto, sino que quiere decir lo mejor dentro del uso al que el producto se destina y su precio de venta” (Feigenbaum, 1951, p. 9). “Sin embargo, son cada vez más los autores que señalan que esta visión resulta demasiado simplista

(Bolton y Drew, 1991), y es solo una particularización de la noción valor (Sweeney y Soutar, 2001)” (Saura, Pérez, Contrí y Gonzales, 2005, p. 51), siendo necesarias medidas más sofisticadas para definir el difícil concepto de valor.

2.5 El encuentro del servicio. “Chase (1978, 1981, 1984) introduce el concepto de contacto del consumidor con el proceso de servicio” (López y López, 2006, p. 11). En 1997, Bitner et al., citado por Saura et al. (2005) sostienen que “el resultado de esta interacción entre las organizaciones, los procesos y sistemas relacionados, los empleados que prestan el servicio y cliente, son las experiencias de servicio” (p. 50).

Saura et al. (2006), mencionan que:

La literatura en marketing argumenta que el encuentro de servicio puede ser el antecedente más importante para la evaluación del cliente sobre el resultado del servicio (Lehtinen y Lehtinen, 1982); sin embargo, hasta el momento solo la calidad y la satisfacción han sido reconocidas como las principales evaluaciones de las experiencias de consumo (Zeithaml y Bitner, 2002) (p.50).

Zeithaml y Bitner (2002), sostienen: “la impresión más vivida del servicio ocurre en el encuentro del servicio o momento de la verdad, es decir, cuando los clientes interactúan con la empresa de servicio” (p. 107). Reforzando esta afirmación, en 1995, Schneider y Bowen, citados por López y López (2006) subrayan:

La importancia del encuentro en la determinación de la calidad de los servicios, ya que los servicios suponen una experiencia psicológica más que una posesión física. Las acciones y los procesos, más que los atributos físicos del producto, son los que determinan la satisfacción del cliente con la organización que presta los servicios (p. 11).

Básicamente “el cliente recibe ‘una especie de fotografía instantánea’ del nivel de servicio que presta una organización” (Saura, 2006, p.50).

En 1985, Solomon, Suprenant, Czeipel y Gutman, citado por López y López (2006) definen: “encuentro de servicio como interacciones cara a cara entre un comprador y el vendedor en una situación de servicio. Ellos sostienen que la entrega del servicio mediante una máquina requiere distinto tratamiento que la entrega por parte de un empleado” (p. 11).

En 1985, Shostack, citado por López y López (2006) define: “encuentro de servicio es el periodo de tiempo durante el cual el consumidor interactúa directamente con el

servicio. Además, sostiene que existen diferentes tipos de encuentro de servicio: encuentros a distancia, encuentros por teléfono o indirecto, encuentros personales o directos” (p. 11).

En 1992, Armstrong, citado por Saura et al. (2006) propone “delimitar este proceso de entrega del servicio como un sistema, que puede ser descompuesto en un número distinto de etapas” (p. 50). “La secuencia de etapas definiría la ‘cascada de un encuentro de servicio’ o conjunto de interacciones que ocurren en un episodio de la relación” (Raval y Grönroos, 1996, p. 29).

En el 2000, Bitner, Brown y Meuter, citados por López y López (2006) afirman que “los encuentros de servicios son momentos críticos de la verdad en los que los consumidores, a menudo, desarrollan una impresión imborrable de una empresa” (p.11). Zeithaml y Bitner (2002) mencionan que:

Las percepciones del cliente son entonces los antecedentes y el origen de cualquier proceso de evaluación del servicio, entendiéndose que “cada encuentro contribuye lo mismo a la satisfacción general del cliente que a su disposición para hacer negocios con la empresa una vez más” (p. 108).

3. Calidad orientada al servicio

3.1 Concepto de calidad del servicio. Grönroos citado por Duque (2005), “reconoce que la línea que separa las evaluaciones de la calidad de otras tendencias de evaluación de experiencias de servicios no está muy bien definida” (p. 67), y ello se da por las diferencias de criterio en donde por lo general se encuentran tres tendencias: calidad, satisfacción y valor.

“El concepto de calidad de servicio ha sido objeto de múltiples conceptualizaciones, las cuales son compiladas por Koelemeijer, Roest y Verhallen (1993)” (Camisón et al., 2007, p. 895).

Una de las razones ha sido la naturaleza difusa y compleja del concepto, y la segunda la contraposición de la escuela nórdica, que enfoca el concepto de calidad de servicio desde el punto de vista del producto frente a la escuela norteamericana, que enfoca la definición de calidad de servicio desde la óptica de la percepción de los clientes (Camisón et al, 2007, pp. 170-171)

“En el concepto puro de calidad se encuentran dos tendencias: la calidad objetiva y la calidad subjetiva. La calidad objetiva se enfoca en la perspectiva del productor y la calidad subjetiva en la del consumidor” (Duque, 2005, p. 68).

Parasuraman et al., citados por Duque (2005), indica que “a diferencia de la calidad en los productos, que puede ser medida objetivamente a través de indicadores tales como duración o número de defectos, la calidad en los servicios es algo fugaz que puede ser difícil de medir” (p. 68). “La propia intangibilidad de los servicios origina que estos sean percibidos en gran medida de una forma subjetiva” (Grönroos, 1994, p. 37).

Lewis y Booms, citados por Duque (2005) sostienen “el concepto de calidad de servicio como el ajuste del servicio entregado a los consumidores con sus expectativas” (p. 68). Parasuraman, Zeithaml y Berry citados por Duque (2005) tienen un punto de partida básico donde sostienen que “la calidad del servicio se produce en la interacción entre un cliente y los elementos de la organización de un servicio” (p. 70). Para Grönroos (1984), “los servicios son básicamente procesos más o menos intangibles y experimentados de manera subjetiva, en los que las actividades de producción y consumo se realizan de forma simultánea” (p. 37).

3.2 Calidad del servicio percibida. En 1998, Parasuraman, citado por Duque (2005), indica “el problema de la no existencia de medidas objetivas y aparece la palabra percepción” (p. 68), la cual es la elegida como la ideal para una medición subjetiva, “y así se introduce el concepto de ‘calidad percibida’ de los servicios como la forma de conceptualizar la calidad predominante en el ámbito de servicios” (Camisón et al., 2007, p. 895).

Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988) definen este nuevo concepto como “el juicio global del consumidor acerca de la excelencia o superioridad global del producto” (p. 16). Camisón et al., (2007), menciona que:

Ahora la calidad es lo que el consumidor dice que es, y la calidad de un producto o servicio particular es lo que el consumidor percibe que es (Buzzell y Gale, 1987), o lo que es lo mismo, la calidad es lo que el cliente dice que es a partir de su percepción (Grönroos, 1990, p. 37).

En este sentido, la definición más generalizada sostiene que calidad percibida es “la comparación que los clientes realizan entre las expectativas sobre el servicio que van a

recibir y las percepciones de la actuación de las empresas proveedoras del servicio” (Grönroos, 1994). Esta diferencia desemboca en la teoría del paradigma confirmatorio.

Zeithaml, Parasuraman y Berry, citados por Camisón et al. (2007) definen “la calidad de los servicios como la amplitud de la discrepancia o diferencia que exista entre las expectativas o deseos de los clientes y sus percepciones”.

Las expectativas serían los deseos y necesidades de los consumidores y las percepciones son las creencias de los consumidores relativas al servicio recibido. Por lo tanto, un cliente recibe un servicio de calidad alta cuando su percepción excede sus expectativas, y al contrario, un servicio es catalogado de mala calidad cuando la percepción del servicio fue menor a la expectativa puesta (Camisón, 2007, p. 896).

Lo mencionado en el párrafo anterior se puede expresar en la siguiente fórmula:

$$\text{Rendimiento percibido} - \text{Expectativas} = \text{Calidad del servicio percibida}$$

Ahora analizaremos cada una de las variables de la fórmula. En el caso de las expectativas, Parasuraman citado por Camisón et al. (2007) propone el concepto de “zona de tolerancia, la cual está delimitada por dos niveles de servicio: el servicio deseado, nivel de servicio que el cliente espera recibir, y el servicio adecuado, nivel de servicio que el cliente considera aceptable” (p. 896) (véase la Figura 5). “Cada cliente presenta su zona de tolerancia, de manera que, para un mismo servicio, existen zonas de tolerancia mucho más amplias que otras” (Camisón et al., 2007, p. 897).

Con respecto a las percepciones, Oliver citado por Camisón et al. (2007) sostiene que “los consumidores con expectativas inicialmente favorables tienden a estar satisfechos, aun en el caso que la experiencia sea negativa, y viceversa, si las expectativas iniciales son poco favorables, la experiencia será probablemente percibida como insatisfactoria” (p. 897). Curry citado por Camisón et al. (2007) indica que:

La presencia de elementos subjetivos en la formación del juicio del cliente puede conducir a percepciones variables sobre la calidad de un mismo servicio, prestado del mismo modo, en diferentes momentos del tiempo; por ello se consideran las percepciones como inestables (p. 176)

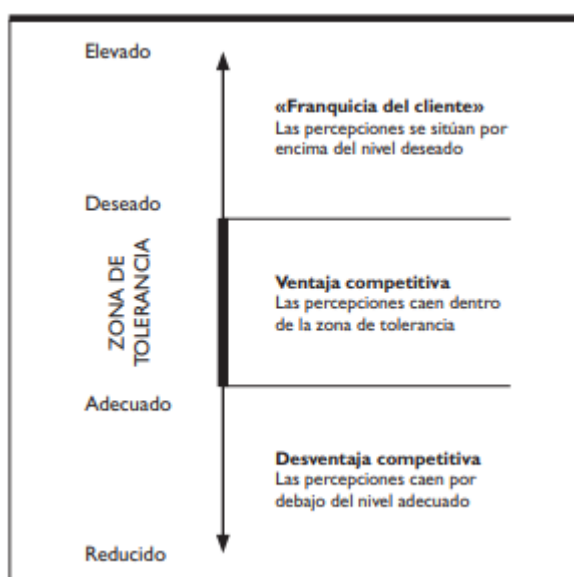


Figura 5. Expectativas del nivel de servicio

Fuente: Adaptado de Parasuraman, Berry y Zeithaml (1991)

3.3 Relación calidad del servicio percibido – satisfacción del cliente. “Cuando la calidad de servicio es vista desde la perspectiva del cliente y, sobre todo, al definirla como la satisfacción o superación de sus expectativas, surge su confusión con el propio concepto de ‘satisfacción’” (Brea y Gonzales, 2006, p. 252). Cronin, Spreng y MacKoy citados por Brea y Gonzales sostienen que, “debido a la similitud conceptual entre los dos constructos, ambos están altamente relacionados” (p. 252).

Camisón et al. (2007) menciona que ciertos trabajos arguyen que:

La calidad de servicio percibida es una evaluación actitudinal, global y a largo plazo, que revela la orientación afectiva del consumidor hacia un producto; en cambio, la satisfacción del cliente sería una medida de la reacción emocional del consumidor en cada experiencia específica (p. 175).

Brea y Gonzales (2006) afirman que:

El argumento básico de esta posición es que, a partir de las experiencias de satisfacción con varios encuentros de servicios, se desarrolla y se va modificando una actitud global a largo plazo, lo cual implica que mediante la acumulación de evaluaciones específicas (satisfacción con transacciones) se llega a una evaluación global (calidad percibida) (pp. 254-255).

Camisón et al. (2007) señala que:

Parasuraman (1985, 1988) y Cronin y Taylor (1992) establecen un orden inverso al propuesto anteriormente, de manera que la calidad del servicio precede a la satisfacción. Desde esta

perspectiva, la satisfacción es la consecuencia de la calidad de servicio percibida; concretamente, altos niveles de calidad percibida de servicio dan lugar a un incremento de la satisfacción del consumidor (p. 898).

“Sin embargo, es posible una postura intermedia, en la que la calidad de servicio percibida es considerada tanto un antecedente como un consecuente de la satisfacción” (Brea y Gonzales, 2006, p. 255) (Véase Figura 6). McAlexander et al., citados por Brea y Gonzales (2006) sostienen que “existe una relación recíproca entre la calidad global de un servicio y la satisfacción, y por tanto, es imposible concluir empíricamente cuál de ellas es antecedente a la otra” (p. 173).

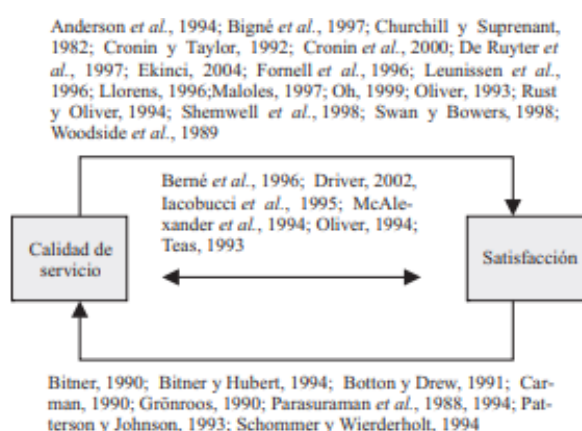


Figura 6. Relaciones causales entre la satisfacción y la calidad percibida

Fuente: Brea y Gonzales (2006, p. 256)

3.4 Deficiencias en la calidad del servicio. Camisón et al. (2007) manifiesta que:

Una de las cuestiones más interesantes desde el punto de vista de la gestión empresarial es la identificación de los problemas que llevan a una empresa a la prestación de una baja calidad de servicio, explicar las causas de la falta de calidad, encontrar soluciones y establecer las medidas apropiadas para mejorar la calidad de servicio (p. 903).

Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985) “desarrollaron un modelo conceptual que vincula las deficiencias que perciben los clientes con las deficiencias internas existentes en la empresa” (p. 44). Estas deficiencias son “los factores que afectan a la imposibilidad de ofrecer un servicio que sea percibido por los clientes como de alta calidad” (Duque, 2005, p. 72). La falta de calidad de servicio se atribuye a cinco deficiencias, las cuales se resumen con sus posibles causas en la Tabla 3.

Camisón et al. (2007) describe que:

Las cuatro primeras deficiencias se enmarcan dentro de la organización (deficiencias internas) y contribuyen a la aparición de la quinta deficiencia, la cual hace referencia a la diferencia existente entre las expectativas del servicio y la percepción real de este, por lo que es equivalente a la calidad de servicio percibida. La empresa deberá disminuir las deficiencias del uno al cuatro y mantenerlas en el nivel más bajo posible, con la finalidad de que no se presente la deficiencia cinco (p. 904).

Deficiencia	Descripción	Causa
Deficiencia 1	Discrepancia entre las expectativas de los usuarios y las percepciones de los directivos	• Inexistencia de una cultura orientada a la investigación de marketing. • Inadecuada comunicación vertical ascendente. • Excesivos niveles jerárquicos de mando.
Deficiencia 2	Discrepancia entre las percepciones de directivos y las especificaciones o normas de calidad	• Deficiencias en el compromiso que se asume respecto a la calidad de servicio. • Percepción de inviabilidad • Errores en el establecimiento de las normas o estándares para la ejecución de las tareas • Ausencia de objetivos
Deficiencia 3	Discrepancia entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación del servicio	• Ambigüedad en las funciones • Conflicto de objetivos • Desajuste entre los empleados y sus funciones • Desajuste entre la tecnología y las funciones • Sistemas inadecuados de supervisión y control • Ausencia de control percibido por parte de los empleados • Ausencia de sentido de trabajo en equipo
Deficiencia 4	Discrepancia entre la prestación del servicio y la comunicación externa	• Deficiencias en la comunicación horizontal. • Tendencia a prometer en exceso en las comunicaciones externas.
Deficiencia 5	Discrepancia entre el servicio esperado y el servicio percibido desde el punto de vista del cliente	• Consecuencia general de las desviaciones anteriores

Tabla 3. Resumen de las cinco deficiencias y sus causas

Fuente: (Camisón et al., 2007, p. 905)

3.5 La evaluación de la satisfacción del cliente. El uso de escalas de medición. “La medición es a la vez el último y el primer paso a la hora de mejorar la calidad de servicio y conseguir ofrecer un servicio excelente” (Camisón et al., 2007, p. 951). Davidow y Uttal citado por Camisón et al. (2007), sostienen que “es muy difícil conseguir mejorar un servicio si no se tienen en cuenta los resultados que se están obteniendo con un sistema que permita cuantificarlos” (p. 915). Davidow y Uttal citados por Camisón et al. (2007), señalan que un sistema de medición consta de tres principios:

1. Dejar que los clientes digan lo que les importa, es decir, el sistema no puede partir de supuestos o creencias sobre las necesidades de los clientes.
2. Seleccionar cuidadosamente las medidas concretas y establecer un sistema de medición compensado entre mediciones de proceso, producto y satisfacción.
3. Otorgar importancia al sistema de medición, es la única forma que los empleados presten atención y orienten su comportamiento hacia el cliente.

“El establecimiento de las dimensiones y su evaluación genera lo que se denomina escala de evaluación del constructo. Las dos escalas más representativas son las basadas en el modelo nórdico y americano” (Duque, 2005, p. 70), las cuales se describen a continuación:

3.5.6 Escuela Nórdica. “El modelo nórdico planteado por Grönroos toma elementos de un trabajo previo no publicado de Eiglier y Langearden (1976)” (Duque, 2005, p. 71). Pero partamos por la definición de Grönroos (1988), quien explica “la calidad de servicio percibida a partir de las experiencias evaluadas a través de las dimensiones de la calidad. Paralelamente conecta las experiencias con las actividades del marketing tradicional esbozando la calidad” (p. 12).

Según Grönroos (1994), “la experiencia de calidad es influenciada por la imagen corporativa / local y a su vez por otros dos componentes distintos: la calidad técnica y la calidad funcional” (p. 38). Véase la Figura 7.

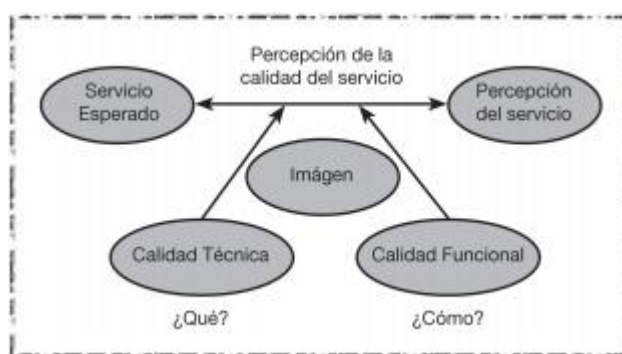


Figura 7. Modelo nordico

Fuente: Grönroos (1994, p. 40)

La calidad técnica es todo lo concerniente al soporte físico, los medios materiales, la organización interna, y es denominada la dimensión del “qué”. La calidad funcional es la dimensión del “cómo”, es decir, la manera en que el consumidor es tratado. “La forma en que los clientes perciben la empresa es la imagen corporativa de la empresa” (Duque, 2005, p. 71).

3.5.7 Modelo norteamericano. El modelo SERVQUAL⁶ se debe a los sucesivos trabajos de los autores Parasuraman, Zeithaml y Berry, quienes enfocaron su investigación a cómo saber si un servicio es de calidad. Los resultados indicaron que ello sucede cuando las percepciones igualan o superan las expectativas del cliente. “Este instrumento les permitió aproximarse a la medición mediante la evaluación por separado de las expectativas y percepciones de un cliente, apoyándose en los comentarios hechos por los consumidores de la investigación” (Duque, 2005, p. 71).

Camisón et al. (2007) agrega que:

El siguiente paso fue analizar cuáles son las dimensiones que conforman la calidad del servicio, las cuales primero fueron diez; pero luego de las críticas recibidas manifestaron que no son necesariamente independientes una de otras, y realizaron nuevos estudios estadísticos, encontrando correlación entre las dimensiones iniciales, lo que permitió se reduzcan a cinco (p. 918).

⁶ Service Quality : Calidad en el servicio

Las cuales mencionamos a continuación: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía.

Por último, los autores desarrollaron la herramienta SERVQUAL, en donde Camisón et al. (2007) señala que:

La calidad de servicio viene dada por la amplitud de las discrepancias existentes entre las expectativas y las percepciones. Por tanto, para hacer operativo este concepto es necesario identificar y medir las expectativas por un lado, y por otro, las percepciones de los clientes (p. 918).

La Figura 8 muestra los requerimientos necesarios y dimensiones para ejecutar la herramienta.

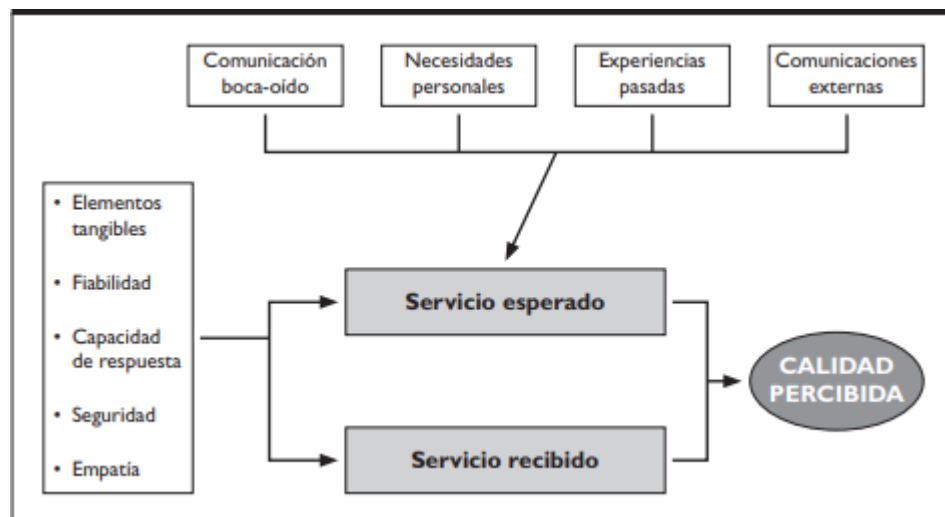


Figura 8. Marco conceptual del modelo SERVQUAL

Fuente: Zeithaml, Parasuraman y Berry (1990, p. 26)

4. Satisfacción del cliente

4.1 Definición de cliente. La Real Academia Española (2018), define cliente como “persona que compra en una tienda, o que utiliza con asiduidad los servicios de un profesional o empresa”. Gryna et al. (2007, p. 13) lo clasifican en:

- Clientes externos, tanto actuales como potenciales: una multiplicidad de estos clientes ocasiona una variedad de influencias, dependiendo de si el cliente es económicamente poderoso y sofisticado en tecnológica.

- Clientes internos: estos incluyen todas las funciones afectadas por el producto a nivel de la dirección y de la fuerza de trabajo.

- Proveedores como clientes: estos pueden considerarse como extensiones de los departamentos de clientes internos. Por consiguiente, sus necesidades deben entenderse y tratarse durante la planeación de calidad.

4.2 Conducta del cliente. Gryna et al. (2007, p. 293) sostienen que cuatro factores afectan la conducta del cliente. Estos son:

- Las necesidades de los clientes, son los requerimientos y deseos básicos, fisiológicos y psicológicos para la supervivencia y bienestar. A.H.Maslow (1987), identifica una jerarquía de tales necesidades como fisiológicas, de seguridad, sociales, de ego y de autorrealización.
- Las expectativas del cliente. Kano y Gitlow (1995) sugieren tres niveles de expectativas de los clientes que están relacionados con los atributos de los productos. El nivel “esperado”, el cual representa los atributos mínimos garantizados. Un desempeño malo provoca una fuerte insatisfacción. El nivel “unitario”, donde un mejor desempeño lleva a una mejor satisfacción, pero por un corto periodo de tiempo. El nivel “atractivo”, en donde el mejor desempeño es una sorpresa agradable para el cliente.
- La satisfacción del cliente, es el grado al cual el cliente cree que las expectativas se cumplen o se sobrepasan por los beneficios recibidos.
- La percepción del cliente. Ocurre después de que un cliente selecciona, organiza e interpreta la información sobre el producto. Onkvisit y Shaw (1994) indican que hay factores que influyen en la percepción y pueden ocurrir antes de la compra, en el punto de adquisición y después de la compra.

4.3 La importancia de la satisfacción en el cliente. “La satisfacción de clientes es un elemento central en la estrategia de las empresas. Se advierte en distintas corrientes de gestión, la inclusión de este aspecto como algo saludable en la estrategia de cualquier empresa” (Pozo y Castillejo, 2011, p. 54).

Pozo y Castillejo (2011), afirman que:

Existen investigadores que sostienen que una elevada satisfacción provoca una elevada lealtad y que, por ende, se produce un impacto favorable en la rentabilidad de las empresas (Berné, 1996), los clientes que están satisfechos comprarán de nuevo el mismo producto (Reichheld, 1996) y lo recomendarán a otros (Oliver y Swan, 1989) (p. 55).

Generar satisfacción en el cliente es importante, ya que uno de sus efectos es la lealtad. La cual, según Pozo y Castillejo (2001, p.53) genera los siguientes efectos:

1. Los ingresos y la participación de mercado crecen cuando los mejores clientes son atraídos al negocio de la compañía, y se crean así ventas de repetición y remisiones.
2. El crecimiento sostenible le permitirá a la firma atraer y conservar a los mejores empleados. El suministrar valor constante a los clientes hace que los empleados sientan orgullo y satisfacción en el trabajo.
3. Los empleados antiguos y leales aprenden en el oficio cómo reducir costos y mejorar la calidad, lo que fortalece todavía más la oferta de valor al cliente y genera superior productividad.

Mittal y Lassar (1998) analizaron la relación entre distintos niveles de satisfacción y retención del cliente. “Así, un incremento del nivel de satisfacción de 4 a 5, en una escala de 5 puntos, reducía la intención de cambiar de proveedor del 58% al 19.5% en los servicios de salud” (Sanchez-Garcia, 2011, p. 18).

Porter citado por Pozo y Castillejo (2011), sostiene que la “lealtad contribuye a proteger la vulnerabilidad de los resultados de la empresa, elevando de manera sustancial las barreras de entrada a la competencia” (p. 54).

Reichheld y Sasser citados por Pozo y Castillejo (2011) realizaron un estudio en el cual enfatizan la importancia de la lealtad de marca, demostrando que:

La reducción de un 5% en la tasa de abandono de los clientes puede aumentar los beneficios entre un 25% y un 85%, puesto que los clientes leales usan más los productos y servicios de la compañía, adquiriendo mayores volúmenes de estos, a la vez que están dispuestos a pagar un mayor precio por ellos (p. 55).

Sin embargo, Hallowell citado por Pozo y Castillejo (2011), afirma que “el fracaso de muchos programas de lealtad se debería a la premisa equivocada según la cual existe una relación directa entre la satisfacción y la lealtad del cliente, o entre mayor satisfacción del cliente y la repetición de compra” (p. 55).

Otro de los motivos por lo que es necesaria la satisfacción en los clientes, es que esta puede afectar la intención de recompra en dos formas: la primera, que si un cliente se encuentra satisfecho se reduce la intriga en el juicio de percepciones y expectativas. La segunda es que un cliente satisfecho hará valoraciones positivas de los resultados de compra. Simón (2005, p. 18) muestra cómo afecta la satisfacción del cliente:

1. Kawalni y Narayandas (1995), sostienen que, a medida que continúan produciéndose compras al mismo proveedor, el cliente puede descubrir y comprar otros productos del mismo fabricante, es decir, aumenta potencialmente la venta cruzada de productos.
2. Reichheld y Sasser (1990), manifiestan que la sensibilidad del cliente a cambios en el precio del producto puede reducirse a medida que la relación cliente – proveedor se desarrolla.
3. Reichheld y Teal (1996), afirma que a medida que el cliente conoce al proveedor con las sucesivas compras, el cliente es menos dependiente de la información y consejo del personal del proveedor, y esto es probable que se convierta en menos gasto para el proveedor.

4.4 Evaluación de la satisfacción en salud. Hoy en día son muchas las definiciones de calidad en salud, lo cual ha originado diversas perspectivas desde los mismos profesionales de la salud, los cuales consideran que calidad es una atención técnica – científica, y una relación médico – paciente, y últimamente una nueva perspectiva que considera la opinión de los usuarios, teniendo en cuenta sus expectativas y percepciones como indicadores importantes de calidad de atención en salud.

Massip et al. (2008) afirma que:

Aunque satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso complejo de intersubjetividades, el fin último de la prestación de los servicios de salud no se diferencia de la de otros tipos de servicios: satisfacer a los usuarios (pacientes y acompañantes).

“Las opiniones de los usuarios, así como la valoración de la satisfacción, constituyen poderosos instrumentos para la mejora de la calidad asistencial y, en definitiva, para la adecuación entre las necesidades de la provisión de servicios de salud” (Murillo y Saurina, 2013, p. 308).

Corbella y Saturno citado por Massip et al. (2008) definen la satisfacción como “la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario”. Además recalcan que “la satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo” (Massip et al., 2008).

Mira et al. (2002) realizan un estudio de las causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria donde concluyen:

Massip et al. (2008) señala que:

Al hablar de satisfacción, es importante tener en cuenta la distinción entre satisfacción general, referida al grado de satisfacción del paciente con los cuidados de salud recibidos, y la satisfacción específica, que es el grado de satisfacción respecto a la utilización de un servicio concreto, o respecto a aspectos concretos de los servicios recibidos.

Mira et al. (2002) agrega que:

Los pacientes consideraron como causas de satisfacción: el trato humano y personalizado, la empatía, la capacidad de respuesta, la calidad de la información recibida y el confort de las instalaciones. Por otro lado consideraron como causas de insatisfacción: la falta de coordinación del personal sanitario, las listas de espera y los retrasos en la atención, en obtener los resultados de las diferentes pruebas o en comunicar el diagnóstico (p. 273)

Castillo y Rojas (2004) sostienen que “una de las grandes razones para conocer el grado de satisfacción de los pacientes, es que es comprobado que un paciente satisfecho cumple con las recomendaciones médicas” (p. 130).

Rost citado por Castillo y Rojas (2004), ha puesto de manifiesto que “si el paciente interrumpe varias veces al médico durante la entrevista clínica, aumenta su satisfacción; mientras que si es el médico quien interrumpe al paciente, sucede lo contrario” (p. 131).

“La evaluación del funcionamiento de un servicio, desde la perspectiva de los clientes, se ha venido realizando en los últimos años mediante aproximaciones basadas en el análisis de las percepciones que tienen los clientes respecto a determinados aspectos del servicio” (Murillo y Saurina, 2013), “y no solo con referencia a los aspectos de bienestar o trato, sino también sobre aspectos del desarrollo técnico de la atención” (Massip et al., 2008). “Una herramienta muy valiosa para dar salida a tal objetivo es el análisis de encuestas, porque proporciona información sobre el grado de satisfacción de los pacientes en cuanto al trato recibido” (Massip et al., 2008); por tal motivo se consideró necesario añadir un acápite que resuma el diseño de una encuesta.

4.5 Determinación de las necesidades y exigencias del cliente. Una organización que tenga como meta alcanzar altos niveles de calidad, requiere conocer los elementos de servicio que son percibidos por el cliente y que la valoración de estos le permita juzgar como un servicio de buena o mala calidad.

Estos elementos son descritos por el cliente en función de dimensiones o características percibidas. La suma de todas las dimensiones posibles da como resultado la descripción del producto o servicio. Estas dimensiones también pueden ser exigencias o

necesidades que el cliente posee y generalmente en estas se basa la opinión final sobre el servicio.

El obtener y comprender una lista de las dimensiones de calidad basada en las exigencias del usuario genera la capacidad para desarrollar medidas y evaluar las dimensiones, la cuales pueden ser comunes para una gran cantidad de servicios y otras que únicamente se pueden aplicar para un determinado tipo de servicio. En la presente tesis se explicarán dos métodos para obtener dichas dimensiones. En el primer enfoque, el mismo proveedor desarrolla las dimensiones; sin embargo, esta vía se podría ver afectada por la *deficiencia 1*⁷ y alterar la medición de calidad. El segundo enfoque es el del incidente crítico, el cual involucra a los clientes en la generación de las dimensiones. Cabe precisar que esta será la metodología empleada para la determinación de las dimensiones en el presente proyecto de tesis.

4.6 El desarrollo de la dimensión de calidad. Bajo este enfoque las dimensiones de calidad son establecidas por personas estrechamente relacionadas con el proceso comercial, como por ejemplo individuos que se encuentran en el círculo de calidad o personas independientes; pero que dan soporte a la actividad comercial, y consta de dos fases:

4.6.1 Identificación de las dimensiones de calidad. En este primer paso la lista de dimensiones se puede generar a partir de diferentes fuentes de información, como por ejemplo revistas científicas, profesionales y del sector. A continuación Camisón et al. (2007, pp. 899-901) detalla algunas dimensiones:

Garvin (1987, 1988) propuso ocho dimensiones de la calidad y Martínez (1996) las adapta para el caso de servicios, resultando: las prestaciones, las peculiaridades, la fiabilidad, la conformidad, la durabilidad, la disposición del servicio, la estética y la calidad percibida.

Grönroos (1984) señala que la calidad percibida por el cliente es una variable multidimensional formada por dos componentes: la calidad técnica (“qué” servicio recibe el cliente) y la calidad funcional (“cómo” se traslada el servicio al cliente).

Lehtinen y Lehtinen (1982) establece tres dimensiones de la calidad de servicio: calidad física (aspectos tangibles), calidad corporativa (imagen de la empresa) y calidad interactiva (interacciones personales como por ejemplo empleado – cliente o cliente – cliente).

⁷ Discrepancia entre las expectativas de los usuarios y las percepciones de los directivos

Eiglier y Langeard (1989) desarrollan tres dimensiones para la calidad del servicio que se encuentran estrechamente relacionadas entre sí, y solo se alcanza la calidad del servicio si se alcanza en cada una de las tres dimensiones.

Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985) enumeran diez criterios para evaluar la calidad de servicio, que posteriormente fueron reducidos a cinco: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía.

Como podemos apreciar, hay distintos enfoques con respecto a las dimensiones por considerar para evaluar la calidad de servicio. Otra forma es estudiar el producto o servicio y los principales actores del proceso comercial, los cuales “se encuentran en una buena posición para comprender el propósito o la función de su trabajo, en relación a la satisfacción de las expectativas del cliente” (Hayes, 1995, p. 22).

Por último, se tendrá como resultado una lista de dimensiones, las cuales deben estar en términos que puedan ser comprendidos por cualquiera que las lea, y con el fin de aclarar cada una de las dimensiones se procede a colocar ejemplos concretos, que es la fase dos.

4.6.2 Estableciendo ejemplos concretos de las dimensiones de calidad. Una vez que tenemos definidas las dimensiones según lo extraído por fuentes de información o investigación profunda del propio servicio, se procede a describir cada una con ejemplos que deben tener dos características: la primera es incluir un verbo de acción que describa un ejemplo concreto en conjunto con un adjetivo que refleje el contenido de la dimensión. La segunda característica es que estas declaraciones deben reflejar actuaciones del personal o del producto que los clientes puedan apreciar. Es necesario que por cada dimensión haya por lo menos cuatro o cinco ejemplos que permitan describir con precisión cada dimensión.

También es posible que el proceso de desarrollo de dimensiones y declaraciones concretas se haga de forma paralela o la similitud de declaraciones pueda llevar a la unión de dos dimensiones; el fin es poder tener una lista de necesidades y exigencias del cliente o dimensiones, las cuales serán descritas con ejemplos precisos.

4.7 Método del incidente crítico. La técnica del incidente crítico (Flanagan, 1954) se enfoca en determinar las exigencias y necesidades del cliente. Latham, Fay y Saari, Latham y Wexlet citados por Hayes (1995) sostienen que “la técnica ha sido utilizada

para establecer las dimensiones de la actuación, en los sistemas de valoración de la actuación” (p. 28). Este método no solo ayuda a desarrollar un cuestionario de satisfacción del cliente, sino que analiza el proceso comercial donde las empresas buscan definir y comprender las exigencias y necesidades del cliente.

Básicamente el enfoque de incidente crítico utiliza a los clientes para identificar ejemplos específicos de actuación de una organización desde la perspectiva de los clientes, como por ejemplo la actuación del personal, y a partir de ello establecer sus exigencias y necesidades. El incidente crítico describe actuaciones positivas como negativas. Las positivas son las que el cliente desearía ver o encontrar. Las negativas hacen cuestionar la calidad de la empresa.

El incidente crítico tiene dos características primordiales: la primera debe ser específica, quiere decir, cuando sea redactada debe ser interpretada del mismo modo por diferentes personas. La segunda, debe describir el producto o servicio en términos de conducta o adjetivos específicos.

El guiarse solo de las normas de la organización para determinar las necesidades puede llevar a que se tenga una lista muy reducida, la cual puede contener necesidades que no deberían estar incluidas. A continuación se detallan cada uno de los pasos que servirán de guía para el desarrollo práctico de la presente tesis.

4.7.1 La generación de incidentes críticos. Este paso se desarrolla en dos fases: primero se deben realizar entrevistas grupales o individuales con clientes que ya hayan tenido varias interacciones con el proveedor del servicio; con ello vamos a obtener el *input* de gente que haya recibido el servicio o producto.

El número de clientes por entrevistar es de 10 a 20 personas. Se recomienda esta cantidad para que la información deficiente obtenida sea compensada con información suficiente procedente de otro cliente y con ello se logre un espectro de las necesidades y exigencias del cliente. Cada persona debe señalar cinco experiencias negativas y cinco experiencias positivas que hayan percibido en sus interacciones con el proveedor. La idea es presionar al entrevistado para que proporcione ejemplos específicos de actuación o adjetivos específicos; ello facilitará el desarrollo del cuestionario de satisfacción del cliente.

En la segunda fase se agrupan los incidentes críticos. El criterio que se debe seguir es fijarse en un adjetivo o verbo concreto que tengan en común. Una vez formados los grupos se escribirá una frase que describa el contenido de los incidentes agrupados; esta frase es llamada artículo de satisfacción, que debe contener un término específico o verbo que describa el producto o servicio. Es válido que un artículo de satisfacción pueda agrupar a incidentes críticos positivos y negativos; incluso un artículo de satisfacción puede ser uno de los incidentes críticos que se encuentran agrupados.

Posterior a ello se vuelve a repetir el proceso de agrupación; pero esta vez con los artículos de satisfacción. El resultado será la formación de las dimensiones o necesidad del cliente, las cuales son redactadas en una frase o una sola palabra. El único requisito es que esta etiqueta refleje el contenido de los artículos de satisfacción.

Como se puede apreciar este método consta de tres conceptos importantes: incidente crítico, artículo de satisfacción y necesidades del cliente. Las tres poseen una relación jerárquica. “Los incidentes críticos se encuentran en el extremo de la relación, los artículos de satisfacción entre los extremos, y las necesidades del cliente en el extremo superior” (Hayes, 1995, p. 33). Para mayor comprensión ver la Figura 9.

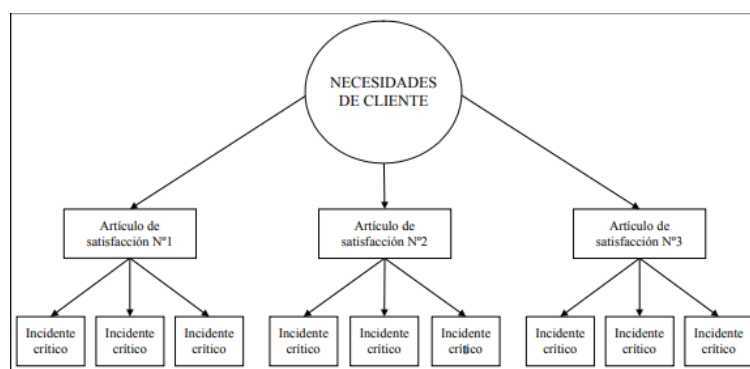


Figura 9. Relación jerárquica entre incidentes críticos, artículos de satisfacción y necesidades del cliente

Fuente: Hayes (1995, p. 35)

4.7.2 La calidad del proceso de generación y reparto. Latham et al. (1979) sostienen que se puede establecer la calidad del contenido de los incidentes críticos. Para ello, antes de iniciar el proceso de generación se saca al azar el 10% del total de incidentes críticos que se obtuvieron de las entrevistas; el 90% restante continua con la clasificación para obtener los artículos de satisfacción y posterior a ello las necesidades del

cliente. Si el 10% se puede colocar en la lista de necesidades y exigencias del cliente, se concluye que esta lista define en su totalidad la calidad del servicio o producto; en caso contrario, si se está descuidando una categoría de una necesidad o exigencia importante del cliente, el cuestionario de satisfacción del cliente será deficiente. Si se llega a este caso, por cada incidente que no pueda ingresar se deben generar cinco entrevistas más y posterior a ello realizar nuevamente el proceso de clasificación.

El proceso de reparto es considerado crítico ya que su *ouput* será la comprensión de las dimensiones del cliente. La calidad del proceso viene dada por el acuerdo entre dos jueces. El primer juez seguirá el proceso de clasificación descrito líneas arriba, y el segundo juez repartirá los incidentes críticos en las dimensiones que fueron establecidas por el primer juez. Posterior a ello se realiza un acuerdo inter jueces donde se mide “el porcentaje de incidentes críticos que ambos jueces colocaron en la misma categoría de necesidades del cliente” (Hayes, 1995, p.34). El cálculo viene dado por la siguiente fórmula:

$$\text{Calidad de reparto} = \text{Número de incidentes en común} / \text{Total incidentes de la categoría}$$

Latham et al. Citado por Hayes (1995) afirman que “un criterio sugerido en todas partes es “un índice de a proximidad 0.8, el cual debería utilizarse como límite para determinar si las necesidades del cliente son aceptables” (p. 35).

5. Cómo diseñar una encuesta

Camisón et al. (2007), afirma que:

Para conocer el grado de satisfacción de los clientes, las empresas pueden emplear distintas técnicas y prácticas combinadas; de entre todas ellas, probablemente la más utilizada sea el cuestionario de confianza. Este se puede utilizar en escalas estandarizadas o en escalas de medición diseñadas por la empresa (p. 917).

Según Hayes (1995, pp. 71-92), los cuestionarios de satisfacción del cliente se construyen en cuatro fases:

1. Determinación de las preguntas (artículos que se utilizarán en el cuestionario)

Este paso es importante ya que si una pregunta refleja ambigüedad, los encuestados pueden darle distintas definiciones, y por lo tanto cuando respondan, estarán pensando en cosas diferentes y será difícil de interpretar las respuestas de los clientes. Por ello es necesario asegurar que el cuestionario no sea ambiguo, es decir, que las definiciones de los clientes signifiquen lo mismo para todos los clientes, y en consecuencia se obtendrá un *feedback* más certero.

Para determinar qué preguntas deben estar presentes en el cuestionario, nos podemos apoyar en el método del incidente crítico, el cual brinda una lista de artículos de satisfacción; pero deben volver a ser redactados de forma neutral, es decir, que la frase no sea ni positiva ni negativa. Se recomienda el uso de los artículos de satisfacción que justamente se obtienen de las experiencias positivas y negativas que tuvo el cliente, y especifican por qué los clientes están satisfechos o insatisfechos.

Los artículos deben parecer importantes, ser concisos e inequívocos, contener solo un pensamiento y no contener dobles negaciones; estas características conducen a un cuestionario fácil de leer y completar.

2. Formatos de respuesta

Este paso es extremadamente importante debido que es el modo escogido para que los clientes puedan contestar las preguntas del cuestionario y el modo en que se utilizará la información obtenida.

Hayes (1995), afirma que:

Con el transcurso del tiempo han aparecido diversos formatos de respuesta Thurstone (1929), propone su método de intervalos de igual aparición, Guttman (1950), presenta el escalograma de Guttman, y Likert (1932), el método de escalado de Likert. Edwards y Kenny (1946) sostienen que la escala de Likert proporciona mayores coeficientes de fiabilidad con menos artículos que la escala de Thurstone (p. 77).

El formato de escala escogido en la presente investigación será la escala de Likert.

“Likert (1932) desarrolló un procedimiento de escalado en el que la escala representa un *continuum* bipolar” (Hayes, 1995, p. 78). El formato de tipo Likert

se caracteriza por permitir a los clientes contestar el cuestionario en grados variables, es decir, la calidad del servicio es indicada por la fuerza de la respuesta.

La escala de Likert puede tener distintos formatos de respuesta según el tipo de artículo (véase Figura 9). El primer ejemplo de la Figura 10 se utiliza para artículos de satisfacción. En este caso la calidad queda indicada por el grado en que los artículos describen el servicio recibido. El segundo y tercer ejemplo se utilizan para artículos neutros. La calidad de servicio en este caso es indicada por el grado en que la gente dice que está satisfecha con el servicio.

Ejemplo 1				
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5
Ejemplo 2				
Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5
Ejemplo 3				
Muy mal/malo	Mal/malo	Ni bien/bueno ni mal/malo	Bien/bueno	Muy bien/bueno
1	2	3	4	5

Figura 10. Ejemplos de formatos de respuesta tipo Likert

Fuente: Camisón et al. (2007, p. 928)

3. Redacción de la introducción al cuestionario

La introducción al cuestionario debe tener tres características: “debe ser breve, explicar el propósito del cuestionario y proporcionar las instrucciones necesarias para completarlo” (Hayes, 1995, p. 82). Muchas veces el incluir el propósito hace que el cliente sienta que su respuesta será altamente valorada; ello genera que responda el cuestionario con sinceridad.

La introducción también debe guiar el tipo de respuesta, por ejemplo, si se está utilizando la primera escala de la Figura 10, las instrucciones deben pedirle al que contesta que indique el grado de acuerdo o desacuerdo con los enunciados del cuestionario. Si utilizamos la segunda y tercera escala de la Figura 9, las instrucciones deben solicitar que los que contesten indiquen hasta qué punto están satisfechos.

4. Determinación del contenido del cuestionario final

El objetivo de este paso final es quedarse con los artículos que ayuden a diferenciar los clientes satisfechos de los insatisfechos y eliminar aquellos que redunden; quiere decir, aquellos artículos donde los clientes muy satisfechos y los muy insatisfechos hagan una puntuación similar. Esta selección de artículos se da si el número de artículos de satisfacción que se obtuvieron en el método del incidente crítico es elevado, lo cual generaría un cuestionario más engorroso; para evitar ello, se tienen que seleccionar los mejores artículos y así poder crear una encuesta más pequeña pero igual de eficiente. Cabe mencionar que una reducción en un conjunto de artículos pequeño disminuiría el nivel de fiabilidad del cuestionario.

Existen dos métodos para la selección de artículos:

- Selección de artículos a través del juicio personal: estos artículos de una dimensión particular o varias dimensiones de las necesidades del cliente deben ser similares entre sí; en caso todos sean buenos, debemos seleccionar los mejores, y para ello podemos hacer que dos personas seleccionen de forma independiente un número especificado de artículos; permanecerán los elegidos por ambas personas. Otro método es seleccionar aleatoriamente los artículos pares o impares. Cabe mencionar que estas técnicas se realizan cuando los artículos son lo suficientemente buenos.
- Selección matemática de los artículos: este método consiste en hacer un pretest en el cual se brinden a los clientes todos los artículos y completen el cuestionario; los resultados pasarán por procesos como el correlacional y análisis factorial. Estas herramientas ayudarán a seleccionar los mejores artículos, que serán parte del cuestionario final estadísticamente fiable.

6. Conclusiones

Es importante mencionar que la elaboración del marco teórico ha sido una pieza fundamental en la investigación de la presente tesis. Personalmente considero que me ha ayudado a poder encontrar el sentido del porqué de la investigación y a partir de las necesidades y justificaciones en las que se basó el proyecto, poder complementarlo con una amplia base teórica para luego realizar la parte experimental.

Como hemos podido observar, se ha tratado que el marco teórico tenga una secuencia desde la evolución conceptual y cronológica que ha sufrido la “calidad”, pasando luego por la gestión de calidad total, en donde empiezan a aparecer palabras como estrategia, organización y valor. Luego vamos entrando a una dimensión más pequeña, calidad en los servicios y su relación con la satisfacción del cliente, para culminar comprendiendo la importancia que hay entre calidad percibida, percepción y expectativas; estas tres variables medibles en un cuestionario de satisfacción.

Quiero culminar la sección de marco teórico, expresando lo complejo que fue llegar a la relación calidad – satisfacción del cliente, debido al gran número de investigaciones y puntos de vista que existen; sin embargo, considero importante mostrar el enfoque que he obtenido, el cual es el resultado de la investigación teórica y que paso a detallar:

Partiendo del enfoque norteamericano, el cual define calidad de servicio desde la percepción del cliente, en donde lo objetivo pasa a ser casi irrelevante y lo subjetivo empieza a tomar mayor fuerza, y la teoría de Albrecht, la cual sostiene que un servicio está constituido por momentos de verdad (M_n), se llega a comprender la necesidad del cliente en cada interacción, planteando la siguiente fórmula:

$$\text{Servicio total} = M_1 + M_2 + M_3 + \dots + M_n$$

Ciertas investigaciones sostienen que “la satisfacción del cliente sería una medida de la reacción emocional del consumidor en cada experiencia específica” (Camisón et al., 2007, p. 175). Brea y Gonzales (2006), reafirman esta posición indicando “que mediante la acumulación de evaluaciones específicas (satisfacción con transacciones) se llega a una evaluación global (calidad percibida)” (p. 255).

Baso la evaluación específica en la “teoría de la expectativas” (Liljander y Strandvik, 1995), debido a que su aplicación y número de partidarios está aumentando en los últimos tiempos. Esta se basa en la comparación que hace el cliente entre las expectativas del servicio con el desempeño real; por lo tanto, a partir de estas tres posiciones adoptadas, se concluye que cada momento de verdad tendrá una evaluación de satisfacción basada en expectativas y percepciones del cliente; ello se demuestra en la siguiente fórmula:

$$\text{Evaluación de satisfacción}_M = \text{Percepción}_M - \text{Expectativas}_M$$

0Es bueno mencionar que tanto la percepción como la expectativa del cliente tienen un enfoque objetivo y subjetivo. El primero es ligado al proceso y lo tangible, mientras que el segundo es ligado a sentimientos y reacciones.

Con las fórmulas mostradas se concluye que la calidad percibida es la sumatoria de satisfacciones que ha tenido el cliente en todos los momentos de verdad del servicio; con ello se encuentra el sentido del presente proyecto de tesis, en donde se mide la satisfacción de un cliente mediante una encuesta para saber determinar cuál es el nivel de calidad percibido en el servicio.

$$\textit{Calidad Percibida} = \sum_{M=1}^n (\textit{Satisfacción}_M)$$

Finalmente podemos enfatizar lo importante que es que toda organización entregue un servicio de calidad; ello va a generar valor, lo cual es percibido positivamente por el cliente, y en conjunto, con el cumplimiento de sus expectativas, podemos generar un ambiente de lealtad y preferencia. Cabe mencionar que la satisfacción del cliente no asegura una recompra o su lealtad inmediata.

Capítulo 4

Metodología del proyecto

1. Nivel y diseño de la investigación

En este acápite, abordaremos primero tres conceptos que relacionan el nivel y diseño de la investigación. Es necesario mencionar que el fin de toda investigación es el conocimiento, primer concepto, el cual puede ser visto como proceso, es decir, “tratar de conocer la percepción de una realidad; o como un producto, es decir, el resultado de dicho proceso que se traduce en conceptos o imágenes de dicha realidad” (Arias, 2012, p. 13).

Arias (2012) afirma que existen dos tipos de conocimiento:

El conocimiento vulgar, el cual es considerado un tipo de saber cotidiano que surge de la opinión o de la experiencia particular de los individuos, pero que puede servir de base para la construcción del segundo conocimiento, el científico, el cual es el producto de una investigación a partir del empleo de un método científico. Sabino (2002), lo define como un saber provisional, objeto de revisión permanente (p. 14).

El segundo concepto viene a ser el método científico, que es considerado como el camino científico en una investigación científica para obtener un conocimiento científico. Tamayo (2004) sostiene que “entre la investigación científica y el conocimiento científico encontramos el método científico, que es el que nos asegura el primero y el segundo” (p. 27). Arias (2012) lo define como “el conjunto de pasos, técnicas y procedimientos que se emplean para formular y resolver problemas de investigación mediante la prueba o verificación de hipótesis” (p. 19).

La investigación científica, el tercer concepto, se encuentra estrechamente relacionado con el método científico. Arias Galicia citado por Tamayo (2004) lo define como “una serie de métodos para resolver problemas cuyas soluciones necesitan ser obtenidas a través de una serie de operaciones lógicas, tomando como punto de partida datos objetivos” (p. 38).

Por lo tanto, con la investigación se puede lograr descubrir algún aspecto de la realidad o la producción de un nuevo conocimiento que ayude a solucionar un problema en particular. Arias (2012) indica que, “en cuanto a los tipos de investigación, existen muchos modelos” (p. 22); sin embargo, se clasifican según los siguientes criterios:

1.2 Tipos de investigación según el nivel. El investigador define a qué nivel quiere llegar a conocer el objeto de estudio. Se clasifica en:

- Investigación exploratoria: se realiza cuando el objeto de estudio no se conoce o ha sido poco estudiado, y los resultados obtenidos de la investigación brindarán una visión aproximada de dicho objeto.
- Investigación descriptiva: tiene como fin representar un hecho, fenómeno, individuo o grupo y establecer su comportamiento.
- Investigación explicativa: busca el “porqué”, es decir, analiza las relaciones causa – efecto mediante la prueba de hipótesis.

1.3 Tipos de investigación según el diseño. El diseño de la investigación viene a ser la posición estratégica que toma el investigador para responder al objeto de estudio. Se clasifica en:

- Investigación documental: busca aportar nuevos conocimientos a partir de la búsqueda, análisis, crítica e interpretación de datos obtenidos en otras investigaciones.
- Investigación de campo: es aquella que recolecta datos directamente del individuo o grupo que está sometido a investigación. Cabe mencionar que este tipo de investigación es no experimental, ya que el investigador no altera las condiciones existentes.
- Investigación experimental: en este caso el investigador manipula las variables relacionadas con el objeto de estudio.

Con los tres conceptos ya definidos, se concluye que la presente investigación según el nivel, es de tipo descriptiva, ya que busca representar el nivel de calidad percibido mediante el nivel satisfacción de la atención médica que tienen los usuarios en un centro de salud orientado a la mujer. Asimismo, según el diseño, como no existe manipulación de las variables, es una investigación de campo.

Una vez definida nuestra investigación científica, trazamos los pasos para descubrir la realidad, es decir, el método científico, que en este caso será el método de los incidentes críticos (Hayes, 1995), que dará como resultado un conocimiento científico (las

dimensiones teóricas) para poder medir y controlar el nivel de satisfacción de la atención médica en un centro de salud orientado a la mujer.

2. Tipos de fuentes de información

La investigación científica conlleva a que se requiera una colección de información; sin embargo, dentro de esta colección puede haber una clasificación según el tipo de fuente, tal como se describe a continuación:

- Fuente primaria: contiene información original, destinada a comunicar los resultados del conocimiento (conceptos, imágenes).
- Fuente secundaria: reelabora, sintetiza y reordena la información, es decir, facilita y maximiza el acceso a las fuentes primarias.
- Fuente terciaria: contiene información sobre las fuentes secundarias.

En la presente investigación tomaremos como fuente primaria la obra “Cómo medir la satisfacción del cliente” (Hayes, 1995).

3. Recopilación de datos y elaboración del cuestionario

Una vez definido el método del incidente crítico como método científico y fuente primaria, se empleará cada uno los pasos propuestos por Bob Hayes para describir la recopilación de datos y elaboración del cuestionario de la presente investigación. A continuación el detalle:

- Paso 1: Generación de los incidentes críticos

En este paso se elaboró un primer formato (Ver Anexo 1), donde el usuario pueda apuntar cinco experiencias tanto positivas como negativas que percibió con el centro de salud; no obstante, no se lograba obtener incidentes con adjetivos específicos, es por ello que se decidió emplear un segundo formato (Ver Anexo 2), el cual contenía ejemplos de cómo el usuario debía redactar los incidentes críticos; debido a esto se logró una mejora en la redacción de los incidentes por parte de los clientes.

Adicional a ello, se buscó que la herramienta para el registro de incidentes críticos deje de ser tradicional y sea más amigable para el encuestado y para el

investigador; es así como se utilizó la herramienta *Google forms*⁸, la cual permitió elaborar el formulario de registro de incidentes críticos de manera virtual. Ello generó que pueda ser llenado por usuarios que no necesariamente se encontraban en el centro médico. Además, la herramienta permite exportar todos los registros a un cuadro *Excel*, logrando registrar 215 incidentes críticos.

Es bueno precisar que, tanto las experiencias positivas y negativas que se recabaron describían la recepción, el personal de apoyo y la atención médica; sin embargo, debido al gran número de artículos de satisfacción que se obtendrían y se mostrarían en el cuestionario, se decidió que la investigación gire en torno solo a la atención médica; ello en coordinación con los directores médicos del centro de salud, quienes sostuvieron que la percepción tanto objetiva como subjetiva del paciente se centra más que todo en la atención médica recibida y es el principal constructo que hay que medir. Por lo tanto, los siguientes pasos de clasificación de datos y elaboración del cuestionario trabajan netamente con los artículos de satisfacción y dimensiones que describan la atención médica.

- Paso 2: Clasificación de los incidentes críticos

Debido al gran número de incidentes críticos y, queriendo lograr la clasificación adecuada para redactar los artículos de satisfacción, se utilizó la herramienta *Stormboard*⁹, una aplicación ágil en nube que permitió importar el cuadro *Excel* obtenido en el paso anterior. Esta aplicación permite que cada incidente crítico se encuentre en un *post-it* virtual. A partir de ello se empezó a organizar los *post-it* según verbos o adjetivos en común, y, paso siguiente, se redactaron los artículos de satisfacción con el fin de obtener las dimensiones exigidas por el cliente (Ver Anexo 3). Aquí se muestra el *dashboard* final con los *post-it* agrupados por su artículo de satisfacción y su dimensión, respectivamente.

⁸ <https://forms.gle/VowTvrz1myMZzdjy8>

⁹ <https://stormboard.com/>

Cabe señalar la importancia de la herramienta en todo el proceso de clasificación, la misma que ayudó a tener mayor orden y criterio en el proceso. Además, el *dashboard* final se puede exportar en formato *Word* (Ver Anexo 4), donde se podrán encontrar los incidentes críticos, nueve artículos de satisfacción y dimensiones.

- Paso 3: Calidad en el proceso de clasificación de los incidentes críticos

El proceso de clasificación, el cual conllevó a agrupar los incidentes críticos en artículos de satisfacción, y a su vez estos agruparlos en dimensiones, fue bajo el criterio que obtuvo el investigador; en consecuencia, de la lectura de distintas referencias bibliográficas.

Ullibarri y Pita (1999), sostienen que “en cualquier estudio de investigación, una cuestión clave es la fiabilidad de los procedimientos de medida empleados” (p. 169). Para el procedimiento de clasificación se midió el nivel de concordancia que tuvieron dos jueces asignados. El primero realizaría el proceso normal de clasificación, es decir, agruparía los incidentes críticos en artículos de satisfacción y luego estos en dimensiones. El segundo clasificaría directamente los incidentes críticos en las dimensiones propuestas. Pero ¿por qué medir la calidad del proceso de clasificación? En este caso se puede afirmar que toda clasificación teórica cuenta con un grado de error aleatorio. Abaira (2001) la define como “el error debido a la precisión limitada del instrumento, que atenta a la reproducibilidad de la medición” (p. 247).

Se utilizó del índice estadístico de Kappa, el cual mide la probabilidad de acuerdo observada, en este caso, debido a la experiencia que ambos jueces poseen en el tema. Landis y Koch (1977) propusieron la siguiente escala de valoración:

- Sin acuerdo: $K < 0.00$
- Insignificante: $0.0 < K < 0.20$
- Mediano: $0.21 < K < 0.40$
- Moderado : $0.41 < K < 0.60$
- Sustancial: $0.61 < K < 0.80$
- Casi perfecto: $0.81 < K < 1.00$

A continuación se muestra el nivel de concordancia que tuvieron ambos jueces en cada una de las dimensiones propuestas por el investigador:

Juez 1: Reyneri Palacios Medina – Directora Administrativa Siempre Mujer, especialista en atención integral de la mujer.

Juez 2: Augusta Alfageme – Consultora en temas sociales del BCRP y autor de la investigación “Indicadores de calidad de atención en salud”.

El nivel de acuerdo entre jueces para la dimensión de cortesía fue de 0.677, de un total de diez incidentes; por lo tanto se considera un acuerdo sustancial.

Para la dimensión de profesionalidad, el grado de acuerdo fue de 0.908, de un total de veintisiete incidentes críticos; por lo tanto se considera un acuerdo casi perfecto. En la dimensión capacidad de respuesta, los jueces concuerdan en un 0.738, de un total de dieciséis incidentes críticos; por lo tanto se considera un acuerdo sustancial. Con respecto a la dimensión de elementos tangibles fue de 1.00, de un total veintitrés incidentes críticos; por lo tanto se considera un acuerdo casi perfecto. La clasificación en la dimensión de fiabilidad concuerda en un 0.837, de un total de siete incidentes críticos; por lo tanto se considera un acuerdo casi perfecto. Finalmente, en la dimensión de comunicación, el grado de acuerdo entre jueces fue de 0.762, de un total de cinco incidentes críticos, asignándole según escala el grado de acuerdo sustancial. Cabe mencionar que el proceso de clasificación en todas las dimensiones se rigió bajo el criterio teórico de los jueces. En la Tabla 4 se puede visualizar el resumen de índices kappa y su respectiva escala.

En gran proporción, las dimensiones propuestas por el investigador poseen un nivel de concordancia casi perfecto o sustancial. Una vez validado el proceso de clasificación podemos diagramar la estructura jerárquica con dimensiones teóricas (Ver Figura 11), considerada la hipótesis inicial que luego será sometida a un análisis de confiabilidad y validez.

Dimensiones	Nro. incidentes	Índice de Kappa	Escala
Cortesía	10	0.677	Sustancial
Profesionalidad	27	0.908	Casi perfecto
Capacidad de respuesta	16	0.738	Sustancial
Elementos tangibles	23	1	Casi perfecto
Fiabilidad	7	0.837	Casi perfecto
Comunicación	5	0.762	Sustancial

Tabla 4. Dimensiones y su grado de acuerdo

Fuente: Elaboración propia

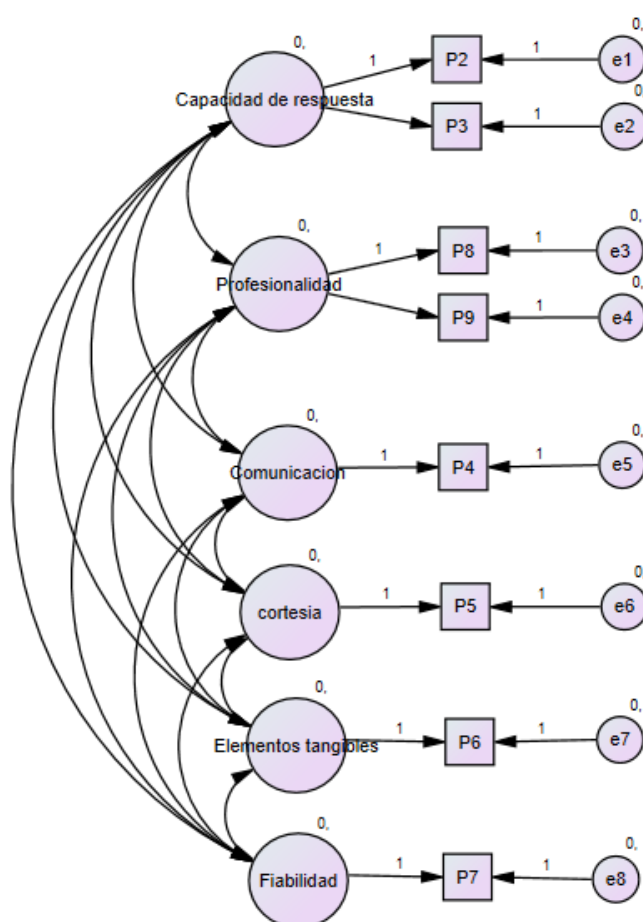


Figura 11. Estructura jerárquica con dimensiones teóricas

Fuente: Elaboración propia

- Paso 4: Diseño de la encuesta

En este paso comenzamos determinando las preguntas que mostrará el cuestionario. En este caso la metodología de los incidentes críticos nos brindó nueve artículos de satisfacción, los cuales fueron empleados en la encuesta, adicionando el artículo de satisfacción en general.

Como indica Hayes (1999), es necesario emplear la “escala de *Likert* (totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo)” (p. 21), si los *ítems* del cuestionario son los artículos de satisfacción redactados; por lo tanto, la calidad queda “indicada por el grado en que los artículos describen el servicio recibido” (García, 2012, p. 64).

El cuestionario elaborado consta de nueve preguntas redactadas de forma específica y representan a las seis dimensiones que describen la atención médica. En un principio la pregunta de satisfacción en general fue colocada al final, sin embargo, luego de ser evaluada por el Ing. César Angulo, asesor de tesis, sugirió que la pregunta sea colocada al principio, pues cuando va al final el cliente suele promediar los puntajes que dio en toda la encuesta, y así el análisis de correlación entre cada artículo y la satisfacción general no tendría mucha validez (Ver Anexo 4).

Así como en el primer paso, se utilizó la herramienta *Google forms*¹⁰ para obtener un cuestionario virtual y mediante una *Tablet* poder registrar las distintas puntuaciones de las encuestas en un cuadro *Excel*; ello permite una mayor ayuda para los siguientes pasos que son el procesamiento e interpretación de datos, y por otro lado darle una mayor facilidad al usuario en el acceso a la encuesta.

Como aporte final debo expresar la gran ayuda de las herramientas mencionadas, no solo desde lo ágil y dinámicas que fueron para el usuario e investigador, sino que también han dado un aporte ecológico pues, según Greenpeace (2004), el 40% de la madera talada para uso industrial se usa para fabricar papel, y “en el Perú solo se recicla el 1.9% del total de residuos sólidos” (Ministerio del Ambiente, 2017). La investigación tradicional hubiese requerido el uso de un buen número de hojas; sin embargo, con el uso de

¹⁰ <https://forms.gle/67Ma3NT6Vc3jGNDA8>

las herramientas mencionadas se logró reducir el uso de papel para la toma de incidentes y encuestas finales.

4. Validez y fiabilidad del cuestionario

Batista, Coenders y Alonso (2004) sostienen que si lo que se pretende medir es un constructo no observable, es necesario hacerlo de forma indirecta por medio de indicadores observables (por ejemplo, respuestas a preguntas de cuestionarios). Si la relación entre los indicadores y constructo es débil, las conclusiones serán imprecisas. Con ello se quiere recalcar la importancia de que “el instrumento esté midiendo lo que dice medir, sea preciso y no caiga en incongruencias” (Argibay, 2006, p. 16).

Una vez desarrollado el cuestionario es necesario realizar una prueba piloto y evaluar las propiedades métricas de la escala. Argibay (2006) sostiene que muchas veces se utiliza un test, sin tener mucho en cuenta o, sin analizar su validez y confiabilidad, siendo las bondades de dicho test, muy dependientes de estos factores.

La evaluación de la validez y fiabilidad en un instrumento es esencial para determinar la calidad de su medición. Sin embargo, Camisón et al. (2007), indica que toda escala “está afectada por un conjunto de factores que hacen que el valor de la información que se obtenga no sea real: situación personal del entrevistado, método de recolección de información, selección de la muestra, tratamiento de datos, etc” (p. 929).

4.1 Fiabilidad. El concepto de fiabilidad varía según autores. Algunos lo relacionan con rendimiento, como por ejemplo Arribas (2004), que lo define como “la capacidad de un instrumento para ofrecer resultados veraces y constantes en condiciones similares de medición” (p. 27). Batista et al. (2004) sostienen que básicamente la fiabilidad tiene un cariz empírico y se centra en el rendimiento de las mediciones realizadas, es decir, en proporcionar resultados consistentes o estables. Otros autores la relacionan con el grado de precisión; se sabe que todo valor observado se encuentra en función del valor verdadero y el error de medición. El instrumento será más confiable si logra reducir el error de

medición, incrementando la similitud entre el valor verdadero y el valor observado. Camisón et al. (2007), refuerzan esta idea señalando que “cuanto menor error tenga la escala, más fiable será” (p. 929).

El análisis de fiabilidad se puede dar en tres aspectos:

1. Consistencia: este aspecto quiere decir que todas las partes que conforman el instrumento están midiendo lo mismo; en consecuencia, se esperaría que el grado de respuesta que se dieran a los diferentes *ítems* estén relacionados entre sí. El grado de acuerdo que exista entre los diferentes ítems permitirá dar una puntuación global y consistente. Sin embargo, Morales (1988) sostiene que es usual medir una dimensión más que otra; ello se debe a que la intensidad va variando de *ítem* en *ítem*.

2. Estabilidad: en este aspecto se mide qué tan fiable es un instrumento aplicándolo dos veces, mediando entre ambas tomas un tiempo determinado. El también llamado *re-test* busca una correlación perfecta debido a que las variables por relacionarse son las mismas; sin embargo, ello no se da por errores en la medición, como por ejemplo modificaciones en las actitudes del encuestado con el paso del tiempo, la aparición de efectos derivados en la primera medición que afecten el rendimiento del segundo, o el lapso de tiempo que se da entre ambas tomas. Un periodo muy corto puede generar que un sujeto recuerde las respuestas y en el segundo *test* se vuelva a colocar lo mismo.

3. Equivalencia: en esta técnica no se mide la confiabilidad con base en la magnitud de error, sino con base en el paralelismo; quiere decir que existen dos instrumentos que son paralelos y que deben ser aplicados al mismo sujeto. En este caso se van tomando ambos instrumentos de forma simultánea para luego medir la correlación en ambas formas; sin embargo, en la práctica es complicado lograr la toma de forma sincrónica, por lo que uno de los instrumentos es más bien visto como una forma alternativa de medición. Cabe mencionar que otra forma de medir la confiabilidad sería comparando el enfoque que tienen los entrevistadores u observadores, pero se restringe netamente a instrumentos de estudio de conductas o rendimientos que son visualizadas y calificadas por el entrevistador.

En el presente proyecto de tesis se utilizó como instrumento un cuestionario de calidad con 9 ítems, agrupados en seis dimensiones. Este cuestionario fue sometido a un análisis de fiabilidad bajo el enfoque de consistencia, descartando el enfoque de estabilidad debido a que muchos de los pacientes acuden como mínimo una vez al año, por lo que el tiempo medio para la toma de la encuesta sería muy largo. En el caso del enfoque de equivalencia, su descarte se debió básicamente a que los directores e investigador buscaban un instrumento en el que su llenado sea lo más ágil y cómodo posible para el paciente, cosa que no se lograría tomando dos encuestas en simultáneo.

Considero necesario explicar por qué realizar un análisis de confiabilidad, y básicamente es porque su significado es precisión, consistencia y estabilidad en sus repeticiones. Nunally y Bernstein citados por Rojas (2013) nos dan una definición ilustrativa donde se “indica que un instrumento es confiable si, aplicado en las mismas condiciones a los mismos sujetos, produce los mismos resultados” (p. 119). Kerlinger y Lee citados por Virla (2010) definen el análisis de confiabilidad como la “investigación de qué tanto error de medición existe en un instrumento de medición” (p. 248). La afirmación anterior sugiere reducir los errores de medición que siempre aparecen en el puntaje observado por el usuario que resuelve el test.

Una vez que tenemos clara la razón para medir la confiabilidad, en este caso, de una encuesta, es necesario emplear una técnica que demuestre cuantitativamente el valor de confiabilidad. Se utilizó la técnica de Alfa de Cronbach, la cual consiste en medir la correlación de un ítem del cuestionario con cada uno de los restantes, obteniendo así una gran cantidad de correlaciones. Cozby citado por Quero (2010), afirma que “el valor de alfa viene a ser el promedio de todos los coeficientes de correlación” (p. 250), tal como lo plantean Prieto y Muñiz (2000), proponiendo los siguientes criterios de interpretación de alfa:

- Inadecuada: $r < 0.6$
- Adecuada pero con *déficits* : $0.6 < r < 0.7$
- Adecuada: $0.7 < r < 0.8$
- Buena: $0.80 < r < 0.85$
- Excelente: > 0.85

Es bueno mencionar que para el desarrollo de la técnica Alfa de Cronbach es necesario realizar un pre-test. Es por esta razón que se tomó en consideración lo propuesto por Nunnally y Bernstein (2002), quienes sostienen que, como mínimo, el test debe realizarse a cinco personas por ítem. En este caso, la muestra sería de 45 encuestados

(Ver Tabla 5). Por otro lado se empleó la herramienta estadística SPSS para el procesamiento de data. A continuación se detallan los resultados obtenidos en el análisis:

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	45	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	45	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 5. Resumen de procesamiento de casos

Fuente: Elaboración propia

Como resultado se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.808, es decir según Prieto y Muñiz (2000), el promedio de correlaciones es bueno. Sin embargo, “la confiabilidad es condición necesaria pero no suficiente para la validez” (Montero, 2013, p. 119). Babbie citado por Rojas (2013) lo refuerza afirmando que se “puede estar midiendo con alta precisión y consistencia, pero sin garantía de que lo medido sea el constructo de interés” (p. 119). Es por ello que el próximo acápite se dedica a resolver la siguiente pregunta: ¿Para qué es válido el cuestionario?

4.2 Validez. Para que un instrumento esté midiendo lo que dice medir, se deben realizar dos preguntas. La primera es: ¿para qué es válido el instrumento? Es un tipo de pregunta más con orientación teórica, ya que lo que se valida no es el test, sino las puntuaciones del test, y por lo tanto nace la segunda pregunta: ¿es válido el uso de las puntuaciones de este test? En ambos casos se trata de validar la relación de las puntuaciones con el propósito para el que se utilizará el instrumento. Arribas (2004), sostiene que “la validación es un proceso continuo y dinámico, y la teoría desempeña un papel muy importante como guía tanto para el desarrollo del instrumento como de su proceso de validación” (p. 28). Determinar la validez es un proceso mucho más complejo que la confiabilidad, pues esta incluye elementos más teóricos que persiguen “si el instrumento está midiendo realmente el atributo que dice medir” (Arribas, 2004, p. 26).

Los tipos de validez más importantes se explican a continuación:

1. Validez de contenido: en este tipo de validez, la elección de los ítems que van a conformar el cuestionario se da a partir de un universo de dimensiones, de

las cuales solo se toma una muestra representativa de lo que se cree son relevantes para el uso que se le dará al test. Esta elección es sometida a juicio de expertos y valoración de investigadores, es decir, es una validación de tipo cualitativa que mide la capacidad del instrumento para evaluar las dimensiones que se desean medir.

2. Validez de criterio: en este tipo de validez no solo se busca la medida más aproximada del constructo, sino también la comparación de los resultados del instrumento con otras variables. Argibay (2006), confirma su utilidad “cuando se desea hacer inferencias a partir de los puntajes que se obtienen en el test respecto a alguna otra variable de interés” (p. 27). Arribas (2004), sostiene que, a falta de indicadores de referencia, se opta por utilizar instrumentos propuestos por estudios o investigadores que nos ofrezcan garantías de medir lo que deseamos medir.

3. Validez de constructo: en este caso existe una estrecha relación con la teoría, es decir, se mide el grado en el que el instrumento refleja el concepto que se busca medir. Argibay (2006), sostiene que la finalidad es tratar de probar que las conductas que registra el test, puedan ser consideradas indicadores válidos del constructo al cual se refieren. Arribas (2009), afirma que este tipo de validez garantiza que “las respuestas del cuestionario puedan ser utilizadas y consideradas como medición del fenómeno que se busca medir” (p. 28). Existen diversos métodos para medir la validez de constructo; sin embargo, el más frecuente y el que se ha utilizado en la presente investigación es el análisis factorial.

El concepto de validez ligado a que “un instrumento es válido si mide lo que con él se pretende medir” (Rojas, 2013, p. 117) ha ido evolucionando en el tiempo y ello debido a que Samuel Messick citado por Rojas (2013), define “validez como el grado de propiedad de las inferencias e interpretaciones derivadas de los puntajes de los *test*” (p. 117). Adicional a ello Messick citado por Rojas (2013) precisa que

La validez no es una propiedad intrínseca de un instrumento, sino que esta varía según el propósito de medición, población a la que va dirigida y contexto específico, es decir, puede existir un alto grado de validez para una muestra en particular pero, no para otras (p. 118).

Por último, Messick citado por Rojas (2013) sostiene que “no se puede decir de manera contundente que una prueba es válida, sino más propiamente se puede afirmar que la prueba exhibe un grado aceptable de validez para ciertos usos específicos y con ciertas poblaciones” (p. 118).

Pero, ¿qué es lo que se quiere lograr con un instrumento que tenga un grado aceptable de validez? Básicamente se busca maximizar la varianza con respecto al constructo, es decir, “que las puntuaciones reflejen los diferentes niveles que toma el constructo de interés en los sujetos examinados” (Rojas, 2013, p.118).

En el presente proyecto de tesis, la recolección de datos (Paso 2) fue sometida a una medición de validez de contenido. Una vez desarrollados los incidentes críticos y agrupados por artículos de satisfacción, se buscó a través de referencias bibliográficas dimensiones que describan de la mejor manera las necesidades y exigencias del cliente y que puedan agrupar los artículos de satisfacción. Posterior a ello se realizó un juicio de expertos (Paso 3) para determinar si la agrupación de artículos escogida define una dimensión en particular, logrando porcentajes de coincidencia en la clasificación entre los jueces. Todo ello dio como resultado un modelo de encuesta bajo un estudio netamente cualitativo y que es considerado como la hipótesis estructural inicial (Ver Figura 11).

Para que el modelo del cuestionario refleje el concepto que se busca medir, en este caso la satisfacción del cliente, debe ser sometido a una validez de constructo en la cual, a partir de resultados obtenidos, se pueda contrarrestar la hipótesis estructural previa obtenida en la fase de elaboración del cuestionario. Este análisis de validez se realizó a través de la técnica estadística análisis factorial, que “es un análisis estadístico multivariante que reduce un conjunto de variables interrelacionadas en un número de variables comunes llamados factores, procurando que estos sean independientes entre sí” (Carvajal, Centeno, Watson, Martinez y Sanz, 2011, p. 70). Para la reducción de datos se usará el análisis factorial exploratorio, y para verificar la independencia de los factores obtenidos se usará el análisis factorial confirmatorio. Ramos (s.f., p. 8) afirma que se debe tener en cuenta las siguientes fases:

- Obtener las medidas de los *ítems* del test o variables examinadas.
- Calcular la matriz de correlaciones entre estas medidas

- Usar las técnicas de análisis factorial para encontrar un número reducido de variables no observables, denominadas factores.

Es bueno mencionar que para el desarrollo de la técnica estadística análisis factorial se empleó la herramienta estadística SPSS; a continuación se detallan los resultados obtenidos en el análisis:

Primero se debe verificar si se cuenta con una matriz de correlaciones idónea para el análisis factorial; para ello se emplean el test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), “el cual compara los valores de los coeficientes de correlación observados con los coeficientes de correlación parcial” (Medina, 2006). Kaiser y Rice (1974), sugieren un valor de 0.65 o mayor para respaldar la aplicación de un análisis factorial. En este caso se obtuvo un valor 0.796 (Ver Tabla 5). El otro test es el de la esfericidad de Barlett, el cual “permite contrastar la hipótesis de que la matriz de correlaciones es una matriz identidad” (Medina, 2006), es decir, que la probabilidad de rechazo de la hipótesis inicial sea menor a 0.05. En este caso la probabilidad es de 0.000 (Ver Tabla 6). Con estos dos indicadores se concluye que es factible proceder con el análisis factorial exploratorio y confirmatorio.

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,796
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	143,162
	gl	28
	Sig.	,000

Tabla 6. Prueba de KMO y Barlett

Fuente: Elaboración propia

Como se explicó en el presente acápite, la validez en un instrumento busca maximizar la varianza relevante al constructo en un número menor de dimensiones independientes entre sí. El análisis factorial exploratorio muestra como resultado que los ocho ítems se pueden agrupar en dos factores, mostrando una varianza acumulada de 63.703%, la cual explica el gran porcentaje en los puntajes del instrumento verdadero (Ver Tabla 7).

Componente	Varianza total explicada								
	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	3,852	48,156	48,156	3,852	48,156	48,156	2,695	33,683	33,683
2	1,244	15,547	63,703	1,244	15,547	63,703	2,402	30,020	63,703
3	,809	10,115	73,818						
4	,716	8,951	82,770						
5	,566	7,071	89,841						
6	,331	4,131	93,972						
7	,285	3,568	97,540						
8	,197	2,460	100,000						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Tabla 7. Varianza total explicada

Fuente: Elaboración propia

Con estos resultados, se concluye que la hipótesis de estructura inicial que se obtuvo propiamente de referencias bibliográficas y el acuerdo entre jueces, queda rechazada por una nueva estructura que solo cuenta con dos factores y agrupados como se ve en la tabla 7. Como se mencionó, la nueva definición de validez se encuentra relacionada con el grado de interpretación derivado de las puntuaciones del test. Se puede verificar que las personas sometidas al cuestionario interpretaron dos aspectos importantes: el factor 1, que engloba todo los artículos de satisfacción relacionados netamente con la atención médica, es decir, desde que ingresa al consultorio hasta que sale de este, y por otro lado el factor 2, que engloba artículos que están relacionados con el valor agregado que brinda el centro médico a sus pacientes (Ver Tabla 8).

Según Meyer et al. (2003), la percepción del consumidor se da bajo un modelo bidimensional, el cual consta de un montaje del servicio (PSA), que son decisiones administrativas para configurar el servicio con características que mejoren la experiencia del cliente, y por otro lado, la entrega del servicio (PSD), que son netamente los momentos de interacción con los clientes. Bajo esta teoría se concluye que el factor 1 será la dimensión “Entrega del servicio” y el factor 2 será “Montaje del servicio”; ello debido a la similitud tanto de interpretación por parte del usuario, el cual visualiza dos dimensiones, como también la estructura que propone Meyer (2003) con la obtenida en el análisis factorial. Para mejor comprensión visualizar la Figura 12.

Cabe mencionar que el análisis de resultados se hará tanto de la estructura inicial que se obtuvo de manera teórica con seis dimensiones, como también, de la estructura bidimensional que se obtuvo del análisis cuantitativo. Ello debido a que se puede medir y controlar la satisfacción bajo dos factores; pero si se desea ser más preciso y trabajar con una dimensión en particular, el instrumento lo va a permitir.

Una vez que tenemos una nueva estructura con un número de dimensiones reducido, explicando un gran porcentaje de la varianza, falta determinar el último requisito de validez: la independencia entre las dimensiones. Para ello se utiliza el análisis factorial confirmatorio, el cual Brown y Martinez et al., citados por Rojas (2013) lo definen como “testear empíricamente la configuración teórica de un instrumento en términos de constructos, incluidos sus dimensiones de una estructura jerárquica” (p. 120)

Matriz de componente rotado^a

	Componente	
	1	2
5.-El médico fue atento y amable durante mi atención.	,868	
8.-El médico me brindo información y contestó mis dudas al detalle.	,805	
7.-Recibí un examen médico completo y delicado.	,640	
9.-Siento confianza y seguridad con el tratamiento médico recibido.	,594	
6.-Los ambientes donde fui atendida estuvieron limpios y ordenados.	,579	
4.-El centro médico realiza un seguimiento a mis citas.		,849
3.-Encontré exámenes y procedimientos en el mismo lugar.		,785
2.-Recibí una atención medica inmediata		,689

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Tabla 8. Factores y ítems de la encuesta

Fuente: Elaboración propia

Es bueno mencionar que para el desarrollo de la técnica estadística análisis factorial confirmatorio se empleó la herramienta estadística AMOS . A continuación se detallan los resultados obtenidos en el análisis:

La presente herramienta permite diagramar las variables latentes (que vienen hacer los factores que definen el constructo), con las variables observables (que vienen hacer los ítems del instrumento y su respectivo error de medición que hay en toda medición) (Ver Figura 12).



Figura 12. Estructura jerárquica con dimensiones factorial

Fuente: Elaboración propia

A partir de ello se busca confirmar la validez del constructo a través de la independencia de sus factores, es decir, aceptar la hipótesis inicial de independencia entre los factores, y para ello se requiere de una probabilidad mayor a 0.05 (Probabilidad máxima de rechazo). Según el resultado, se obtuvo una probabilidad 0.100, por lo que se acepta la hipótesis inicial, es decir, existe independencia entre los factores que definen el constructo. Adicional a ello, se utilizó para la estimación de los parámetros de bondad de ajuste, el método de máxima verosimilitud, donde se emplean índices adicionales a C y aditiva (Iraurgi, Sanz y Martínez-Pampliega, 2009). Estos índices de ajuste mencionados por Bentler (1990); Bentler y Bonett (1980); Browne y Cudeck, (1993); Lévy y Varela, (2008) se pueden ver en la Tabla 9.

Índice de ajuste	Esperado	Obtenido
Chi-Cuadrado χ^2	> 0, 05	.100
Discrepancia entre χ^2 y grados de libertad; (CMIN/DF)	< 5	1.431
Error cuadrático media de aproximación (RMSEA)	< 0.05 / 0.08	.062
Índice de ajuste comparativo (CFI)	0.90 - 1	.96
Índice de ajuste normalizado (NFI)	0.90 - 1	.887
Índice no normalizado de ajuste (NNFI o TLI)	0.90 - 1	.924

Tabla 9. Índices de ajuste esperados para un modelo de ecuaciones estructurales e índices obtenidos para el análisis factorial confirmatorio.

Fuente: Elaboración propia

Con esta comparación entre el ajuste esperado y obtenido en el análisis, se concluye que el instrumento presenta un grado aceptable de validez, debido a que explica en gran porcentaje la varianza de las respuestas con un número de dimensiones ajustadas, independientes entre sí y con un buen grado de confiabilidad.

5. Selección de la muestra

En la presente investigación se consideró necesario el uso de una metodología que permita orientar la obtención de la muestra. Para ello, como indica la Contraloría General de la República de Chile (2012) para el “muestreo” es necesario disponer de claridad respecto de los objetivos generales y específicos que orienten un análisis de datos. Hernández, Fernández y Baptista (2014) enfatiza que “toda investigación debe ser transparente, y este ejercicio es posible si el investigador delimita con claridad la población estudiada y hace explícito el proceso de selección de muestra” (p. 170). Como se ha podido apreciar, el fin de usar una metodología es demostrar total transparencia en la selección de muestra garantizando que este proceso no se encuentre fundado en opiniones o criterios propios. A continuación se detallan los tres pasos que componen la metodología y que se siguieron en la investigación:

1. Generar una población de estudio o universo

En este paso primero se debe definir la unidad de muestreo, que se centra en el “quién o quiénes”, lo cual “depende del planteamiento y los alcances de la

investigación” (Hernández et al., 2014, p. 176). En este caso la unidad serán mujeres que cuentan con un problema de salud ginecológico. Una vez que se tiene definida la unidad de muestreo, se procede a delimitar la población, es decir, describir de manera específica, características que ayuden al objeto de estudio. Las delimitaciones propuestas por el investigador en conjunto con los directores del policlínico se pueden visualizar en la Tabla 10.

Características	Descripción
Edad	18 - 74 años
Sexo	Femenino
Asistencia al centro médico	Mas de dos veces en el año 2018
Procedencia	Distritos: Pueblo Libre, San Miguel, Callao y Magdalena del mar

Tabla 10. Características de la población

Fuente: Elaboración propia

Con las delimitaciones propuestas, se verificó la base de datos de historias clínicas del centro médico y se contabilizaron 412 usuarios que cumplen con las especificaciones.

2. Calcular el tamaño de la muestra

En este paso, el investigador toma como referencia la propuesta de Hásek (1960), quien indica que cuando se trata de estimar una proporción de una población finita, se recomienda emplear la siguiente formula:

$$n = \frac{z^2 pq N}{e_{max}^2 (N - 1) + z^2 pq}$$

- N: es el tamaño de la población, en este caso 412 pacientes
- z: queda determinado por la confiabilidad que se desee. Para una confiabilidad del 95%, le corresponde un valor z=1.96
- pq: será 0.25 en el peor de los casos (máximo valor que puede tomar el producto)

• e_{max} : máximo error muestral que se está dispuesto a cometer. En este caso el valor estándar es 0.05.

Aplicando la fórmula se obtiene un tamaño de muestra de 199 pacientes, las cuales serán sometidas a la encuesta de satisfacción.

3. Selección para el tamaño de muestra requerido

Como último paso debemos seleccionar los usuarios que conformarán la muestra, tomando como guía a Hernández et al. (2014), los cuales sostienen que “las muestras probabilísticas son esenciales en los diseños de investigación descriptivos, como por ejemplo, encuestas de opinión, donde se pretende hacer estimaciones de variables en la población” (p. 177). Se decidió realizar una muestra probabilística aleatoria, buscando que “todos los elementos de la población tengan una misma probabilidad de ser elegidos” (Carrasco, 2011). En este caso, a cada usuario se le asignó un número y usando la fórmula aleatoria de *Excel*, se escogieron a las 199 pacientes sorteadas. Cabe mencionar que se obtuvieron en su totalidad la respuesta de las personas seleccionadas.

6. Procesamiento e interpretación de los datos

Una vez obtenidos los datos de cada pregunta, se inicia la etapa de elección por parte del investigador de las herramientas estadísticas necesarias para el análisis, toma de conclusiones y propuesta de mejoras. Camisón et al. (2007), sostienen que “una empresa requiere de la utilización de una serie de herramientas o técnicas que permitan el control y la mejora de la calidad, para que ayuden en la resolución de problemas” (p. 1225).

En la presente investigación se han empleado tres herramientas estadísticas que se encuentran dentro de las “herramientas clásicas de la calidad”. Ishikawa citado por Camisón et al. (2007) resalta su importancia señalando que una correcta ejecución permite “la resolución del noventa y cinco por ciento de los problema de los puestos de trabajo, quedando solo un cinco por ciento” (p. 1226) que puede ser resuelto por herramientas no estadísticas.

Es bueno mencionar que en este apartado se describirán cada una de las herramientas estadísticas con sus respectivos gráficos y la importancia de por qué se consideraron en la investigación.

6.1 Media aritmética y desviación estándar. Consideradas medidas estadísticas que permiten: resumir la información de las variables, en este caso los ítems del cuestionario, facilitar el análisis y la toma de decisiones. Con respecto a la media aritmética, es una medida de tendencia central que permite determinar un valor medio; sin embargo, su uso muchas veces es abusado, por lo que Valencia y Araujo (2008) recomiendan aplicarlo cuando se trabaja con serie de datos con un comportamiento lineal o cuyo crecimiento es aritmético. La desviación estándar es considerada medida de dispersión, es decir, mide qué tan heterogéneos son los datos.

Es bueno mencionar que el cálculo de la media aritmética y desviación estándar se ha realizado en tres niveles, los cuales se mencionan a continuación:

- Promedio por cada ítem de la herramienta.
- Promedio por cada dimensión de la estructura teórica.
- Promedio por cada factor de la estructura factorial.

Se ha considerado la toma de promedios como primer paso debido a que los siguientes análisis estadísticos serán con base en estos tres niveles. Los gráficos que representarán estas medidas estadísticas son propuestos por Carrión (2019) y se detallan a continuación:

- Gráfica de medias, mostrando el promedio de puntuaciones por cada pregunta y el promedio general.
- Gráfico de porcentajes, mostrando el promedio por dimensión entre la sumatoria total de los puntajes.
- Tabla de brechas, mostrando la diferencia porcentual entre el máximo puntaje que se puede obtener de una dimensión y el puntaje promedio obtenido de una dimensión.

6.2 Coeficientes de correlación. Una vez que tenemos los promedios por cada dimensión o factor, esta segunda herramienta estadística clásica busca identificar e interpretar si existe o no algún tipo de correlación entre dos variables y qué grado posee; para ello se emplea el diagrama de dispersión, en el cual se visualiza una nube de puntos que contienen como coordenadas la variable dependiente e independiente o explicativa. Es

importante comenzar con este grafico debido a que con él se verifica si existe relación lineal y el grado en que se encuentra (Coeficiente de correlación lineal de Pearson r).

La lectura que se le da a un coeficiente de correlación es verificar si es estadísticamente significativo. Cabe mencionar que un coeficiente no es sinónimo de relación causa – efecto, la correlación solo expresa asociación. Pero ¿qué se entiende del por qué una correlación sea significativa? Básicamente quiere decir que si se realiza un análisis en una muestra semejante, encontraríamos una correlación entre las dos variables, distinta de cero, no necesariamente con la misma magnitud. Para medir si se está cumpliendo una correlación significativa es necesario determinar el valor crítico del coeficiente de correlación para un determinado tamaño de muestra y un nivel de confianza del 95%. Este valor crítico obtenido se compara con los valores de correlación, buscando que estos últimos sean siempre superiores, para demostrar que existe correlación entre las variables. Ello se representará en un gráfico mostrando el coeficiente de correlación por pregunta y el coeficiente de correlación crítico.

6.3 Recta de regresión lineal simple y múltiple. La recta de regresión forma parte del diagrama de dispersión; sin embargo, su principal función es predecir valores de la variable dependiente, en este caso la satisfacción del cliente, la cual se obtendrá a partir de los distintos valores que puede tomar la variable independiente (en este caso las dimensiones o factores que describen el servicio estudiado).

Para cuantificar la relación predictiva que tienen ambas variables se forma la ecuación de la recta bajo el modelo de mínimos cuadrados. Vila et al. (2004) sostienen que el modelo busca la recta ajustada, la cual “hace que el error de la estimación, definido por la distancia entre el valor observado y el valor estimado, sea el mínimo” (p. 5). Esta recta ayudará a predecir todos los valores posibles de la coordenada (Y) para distintos valores de (X).

La ecuación de la recta de regresión lineal simple, necesita solo de una variable independiente para predecir el valor de una variable dependiente. Esta muestra dos indicadores importantes: el primero es el valor de la pendiente de la recta, ya que a mayor valor de la pendiente, mayor será el valor de la variable dependiente (coordenada Y). El

segundo indicador es el coeficiente de determinación, el cual, a mayor porcentaje, indica que se explica en gran proporción la variabilidad de la variable dependiente.

La recta de regresión lineal múltiple, a diferencia de la simple, analiza la relación que tiene una variable dependiente con un conjunto de variables independientes. El beneficio de este análisis es que se aproxima mucho más a situaciones reales; adicional a ello el modelo se ve mejorado cuando se agregan más variables independientes, lo cual permite seleccionar aquellas que explican mejor el objeto de estudio. Rodríguez y Catalá (2001), sostienen que “la finalidad perseguida es buscar, de entre todas las variables explicativas, aquellas que más y mejor expliquen a la variable dependiente sin que ninguna de ellas sea combinación lineal de las restantes” (p. 5).

Existen diversos métodos para construir la ecuación de la recta de regresión múltiple. En la presente investigación utilizaremos el método de “*stepwise*” o “paso a paso”, el cual permite el cálculo de los coeficientes de la ecuación de regresión y validar si el modelo es significativo o no, es decir, que los valores obtenidos se puedan generalizar a la población. El análisis de la recta mostrará el peso que cada variable independiente posee y el porcentaje en que explica el modelo a la variable dependiente (Coeficiente de determinación). Cabe mencionar que tanto el análisis de regresión lineal simple como múltiple se realizaron con el paquete estadístico de Excel.

6.4 Nivel de calidad en Sigma. Hablar de defectos conlleva mencionar la metodología Seis Sigma, que puede ser aplicada para el diseño de productos o prestación de un servicio. Camisón (2007), sostiene que la práctica denota más que el recuento de errores, y para su implementación exitosa se necesita del compromiso y liderazgo de la dirección hasta lograr una cultura de calidad. La metodología se centra en reducir errores y satisfacer al cliente; pero adicionalmente tratando de minimizar o eliminar los procesos que no aportan valor, es decir, buscando la optimización de todos los procesos que ayudan a la formación del producto o servicio.

Para la medición de calidad en sigmas, se utiliza el índice DPMO (Defectos por millón de oportunidades), el cual nos muestra el número de fallas que puede cometer el centro de salud por cada millón de oportunidades, considerando “falla” a un defecto que

el cliente percibió en su experiencia con el servicio. Su fórmula se detalla a continuación:

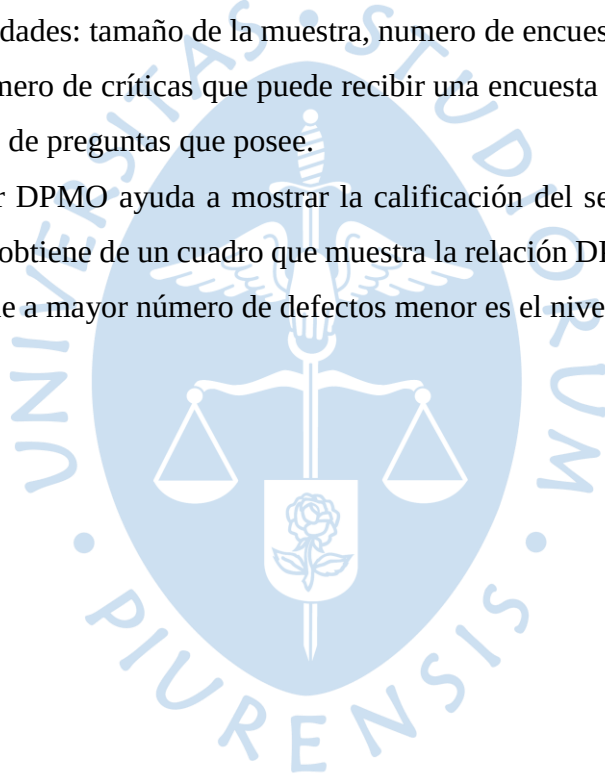
$$DPMO = \frac{\text{Total de defectos}}{\text{Total de unidades} \times \text{CTQO de una unidad}} \times 10^6$$

Total de defectos: en la encuesta, una calificación por debajo de la puntuación 4 (Escala de Likert) es considerada un defecto; esto quiere decir que el servicio no ha sido bueno. Esta decisión fue tomada por la dirección del centro debido a la importancia y responsabilidad que conlleva brindar un servicio de salud, por lo que la calificación debe ser más rigurosa y la satisfacción en la atención médica ha de tener un grado de acuerdo mayor al neutral (mayor que 3 en la escala de Likert).

Total de unidades: tamaño de la muestra, número de encuestas realizadas.

CTQO: Número de críticas que puede recibir una encuesta por cada cliente. En este caso el número de preguntas que posee.

El indicador DPMO ayuda a mostrar la calificación del servicio en sigmas. Dicha calificación se obtiene de un cuadro que muestra la relación DPMO vs. nivel de calidad en sigma, donde a mayor número de defectos menor es el nivel de calidad.





Capítulo 5

Presentación y análisis de resultados

La siguiente presentación es el análisis de datos resumida en gráficos de líneas, barras y correlaciones. Es importante destacar el presente capítulo ya que servirá de precedente para futuras mejoras continuas en el proceso específico de atención médica; es por ello que se decide relacionar cada una de las herramientas estadísticas seleccionadas con el ciclo PDCA. Con ello los directivos sabrán qué herramienta utilizar en cada fase del proceso de mejora. Camisón et al. (2007) sostiene que “hoy en día la dirección formula planes de mejora utilizando herramientas estadísticas” (p. 876).

1. Análisis de medias aritméticas y desviaciones

El presente análisis se realiza dentro de la fase “Check” del ciclo de control, ya que permite verificar los resultados obtenidos. Tal como se mencionó en el capítulo 4, este primer análisis permite obtener un valor promedio de todas las respuestas obtenidas, con el que se facilita la lectura de datos y toma de primeras decisiones.

La Figura 13 muestra la puntuación promedio que tuvieron cada una de las preguntas del cuestionario, siendo las preguntas relacionadas con la atención, amabilidad (P5) y disponibilidad de información (P8) las que obtuvieron mayor puntuación. Asimismo, el menor puntaje lo obtuvo la pregunta relacionada con el seguimiento del centro médico a sus citas (P4). La puntuación media general de todo el cuestionario es de 4.67 sobre de una escala de cinco puntos. Como se puede apreciar, no todas las puntuaciones se encuentran por encima, pero sí muy cercanas entre sí.

Es bueno precisar que el análisis se ha realizado tanto a la estructura de dimensiones teóricas como también a la estructura obtenida del análisis factorial; ello permitirá a la dirección visualizar los resultados a nivel macro (análisis factorial), como también a un nivel más profundo (análisis por dimensión). En el caso de la estructura por dimensiones teóricas podemos apreciar que la mayor puntuación media la posee la dimensión de cortesía (4.78) y la menor puntuación la obtuvo la dimensión de comunicación (4.51). Adicional a ello se ha obtenido la máxima calificación que una dimensión puede obtener y se ha comparado con su puntuación promedio, obteniéndose una brecha de calidad (Ver Tabla 11). Dicha comparación se ha resumido en la Figura 14, en donde se puede apreciar que la brecha de calidad en cada una de las dimensiones no es tan amplia; máximo

existe un 2%. Quiere decir se han obtenido puntuaciones elevadas, concluyendo que el nivel de satisfacción total de la atención médica es del 93%. Adicional a ello las dimensiones que explican en mayor proporción la satisfacción del cliente son capacidad de respuesta y profesionalidad.

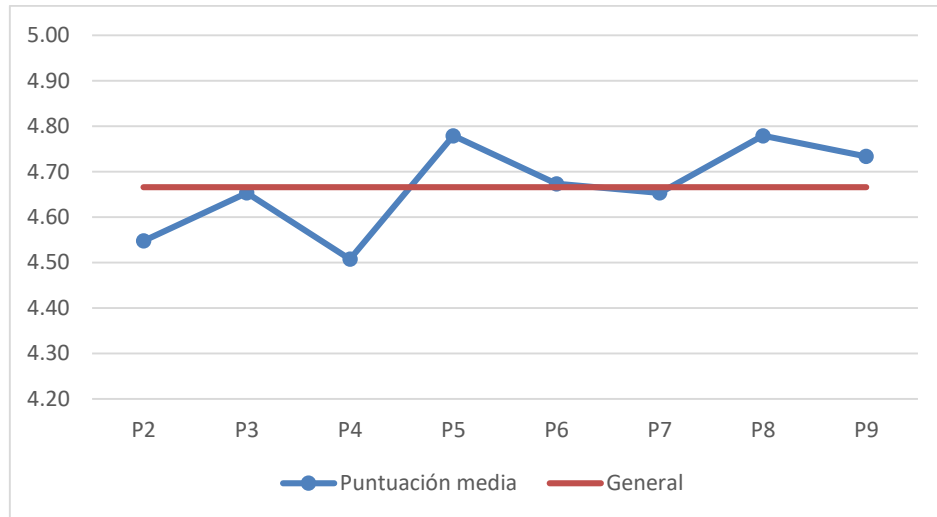


Figura 13. Puntuación media por ítem

Fuente: Elaboración propia

Dimensión teórica	Máxima calificación	Promedio por dimensión	Brecha de calidad	Puntuación media
Capacidad de respuesta	10	9.20	8%	4.60
Comunicación	5	4.51	10%	4.51
Cortesía	5	4.78	4%	4.78
Elementos tangibles	5	4.67	7%	4.67
Fiabilidad	5	4.65	7%	4.65
Profesionalidad	10	9.51	5%	4.76
Total	40			

Tabla 11. Brecha de calidad por dimensión

Fuente: Elaboración propia

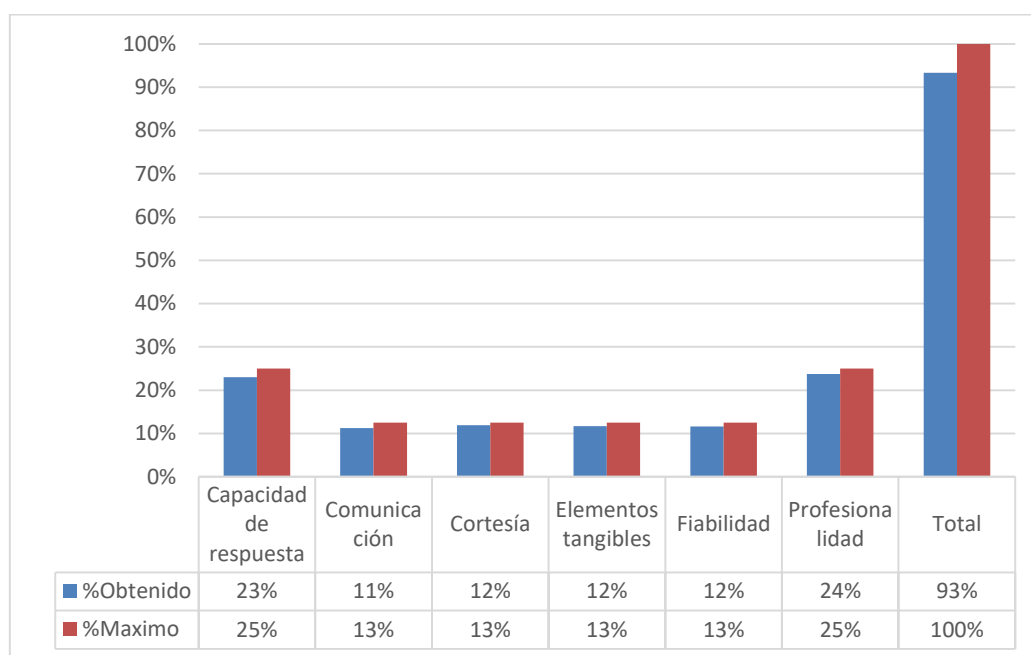


Figura 14. Porcentaje de puntuación media por dimensión

Fuente: Elaboración propia

En el análisis de la estructura por factores, la máxima puntuación promedio la tiene el factor “entrega del servicio” (4.72). La Figura 15 muestra que en ambos factores el porcentaje de diferencia entre la máxima calificación que se puede obtener y lo obtenido es similar (4%); sin embargo, la entrega del servicio es el factor que explica en mayor proporción la satisfacción del cliente.

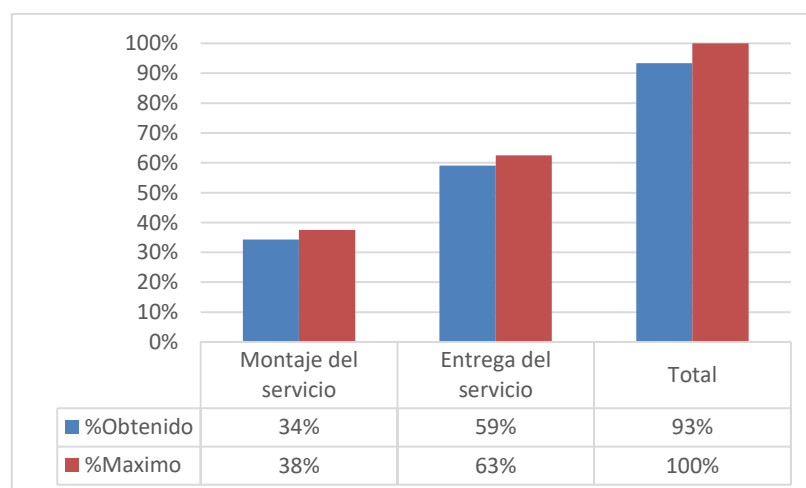


Figura 15. Porcentaje de puntuación media por factor

Fuente: Elaboración propia

2. Análisis de correlaciones

El siguiente análisis también pertenece a la fase “*check*” dentro del ciclo PDCA, ya que permite verificar qué ítem tiene mayor asociación con la pregunta relacionada a la satisfacción general de la atención médica y, adicional a ello, comprobar que cada pregunta sea significativa, es decir, que los resultados se puedan generalizar para la población definida.

La Tabla 12 muestra, de mayor a menor valor, el coeficiente de correlación de Pearson, observándose que la P9 relacionada con la confianza que posee el paciente con el tratamiento propuesto por el médico, tiene un mayor grado de asociación con la satisfacción general del cliente (0.75). Como se puede inferir, todos los ítems poseen un grado de correlación “positiva fuerte” con respecto a la satisfacción general de la atención médica.

Ítem	Coeficiente r
P9	0.75
P8	0.65
P2	0.61
P3	0.59
P7	0.57
P4	0.56
P6	0.54
P5	0.52

Tabla 12. Coeficiente de correlación por ítem

Fuente: Elaboración propia

Con respecto al nivel de significancia estadística que posee cada ítem del cuestionario, se procedió a calcular el r crítico (0.139). La Figura 16 muestra que todos los coeficientes de correlación se encuentran por encima de dicho valor crítico; por lo tanto se concluye que todos los ítems del cuestionario influyen, unos en mayor grado que otros, en la satisfacción general de la atención médica.

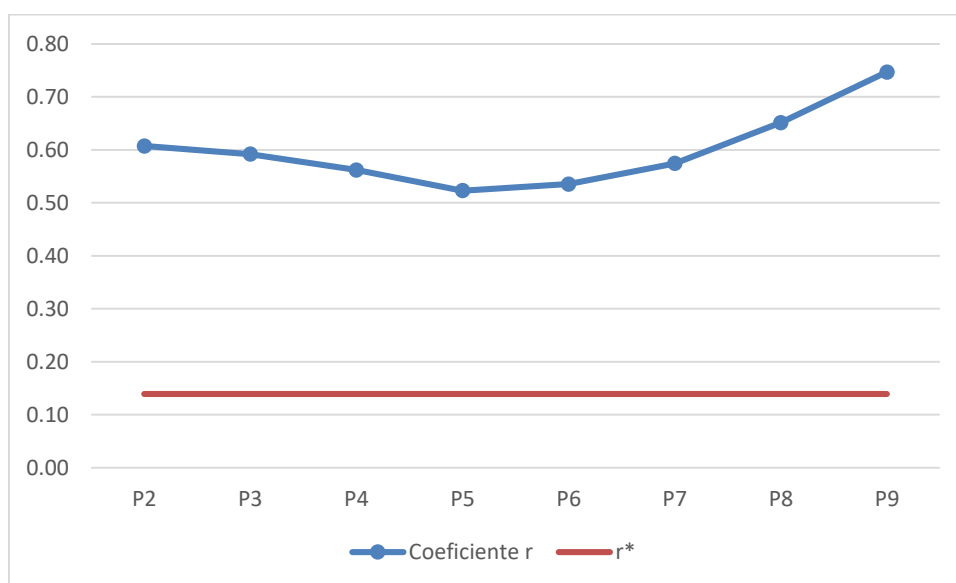


Figura 16. Coeficiente de correlación por ítem vs coeficiente crítico

Fuente: Elaboración propia

3. Análisis de regresión lineal simple y múltiple

El presente análisis, que se encuentra dentro de la fase “plan” del ciclo PDCA, permite planificar y predecir los valores futuros que puede tomar la satisfacción en la atención médica. Básicamente el análisis de regresión muestra una ecuación lineal que va a permitir verificar qué dimensión y/o factor puede aumentar en mayor proporción la satisfacción, y adicional a ello, cuál de estas explica en mayor porcentaje la varianza de la satisfacción (coeficiente de determinación).

Para el caso de la correlación lineal simple, se ha realizado un análisis por ítem, dimensión y factor. La Tabla 13 muestra el modelo de ecuación lineal que tiene cada pregunta en relación con la satisfacción de la atención médica, siendo la P8, la pregunta relacionada con la información que brinda el médico, el ítem del cuestionario que eleva la satisfacción en mayor proporción. Asimismo, la P9 es el ítem que explica en mayor grado la variabilidad de la satisfacción general de la atención médica (55.74%).

Ítem	Ecuación	Pendiente	Determinante
P0, P2	$y = 0.4625x + 2.565$	0.4625	0.3688
P0, P3	$y = 0.5396x + 2.1574$	0.5396	0.3502
P0, P4	$y = 0.4019x + 2.8567$	0.4019	0.3157
P0, P5	$y = 0.6061x + 1.772$	0.6061	0.2734
P0, P6	$y = 0.4931x + 2.3641$	0.4931	0.2865
P0, P7	$y = 0.5084x + 2.3028$	0.5084	0.3299
P0, P8	$y = 0.7551x + 1.06$	0.7551	0.4243
P0, P9	$y = 0.7282x + 1.2214$	0.7282	0.5574

Tabla 13. Modelo de regresión lineal simple por ítem

Fuente: Elaboración propia

A continuación se muestra el análisis de regresión lineal simple entre la satisfacción general y cada una de las dimensiones teóricas, mostrando un gráfico por cada dimensión, conformado por la nube de puntuaciones, la ecuación de la recta y el coeficiente de determinación.

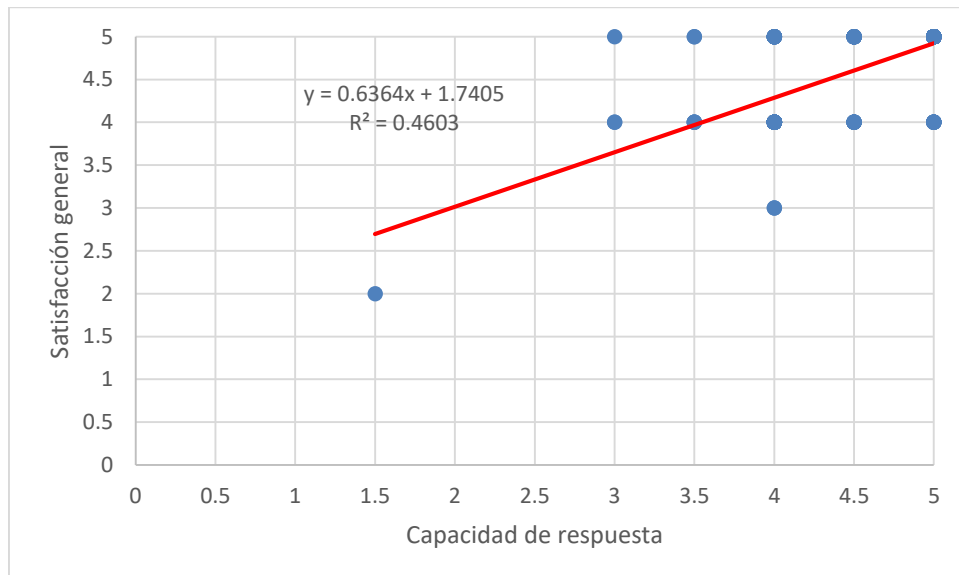


Figura 17. Modelo de regresión lineal simple dimensión: Capacidad de respuesta

Fuente: Elaboración propia.

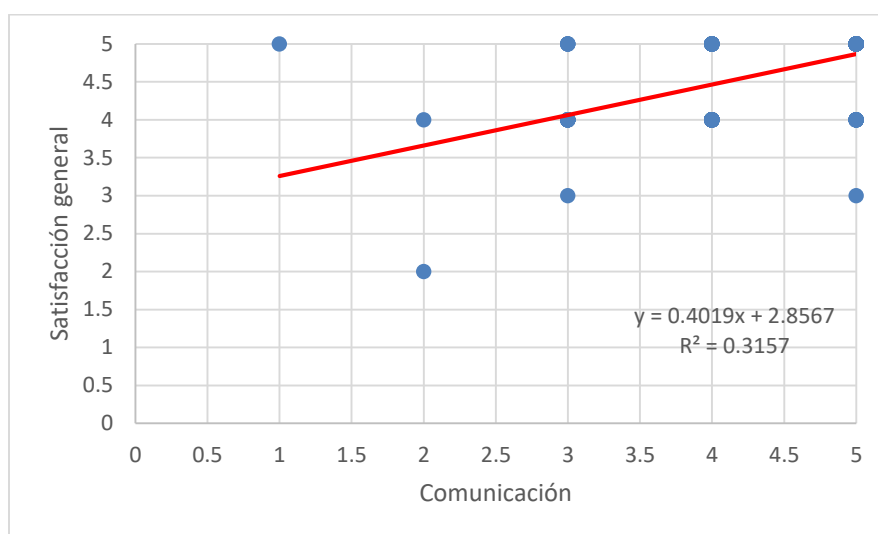


Figura 18. Modelo de regresión lineal simple dimensión. Comunicación

Fuente: Elaboración propia

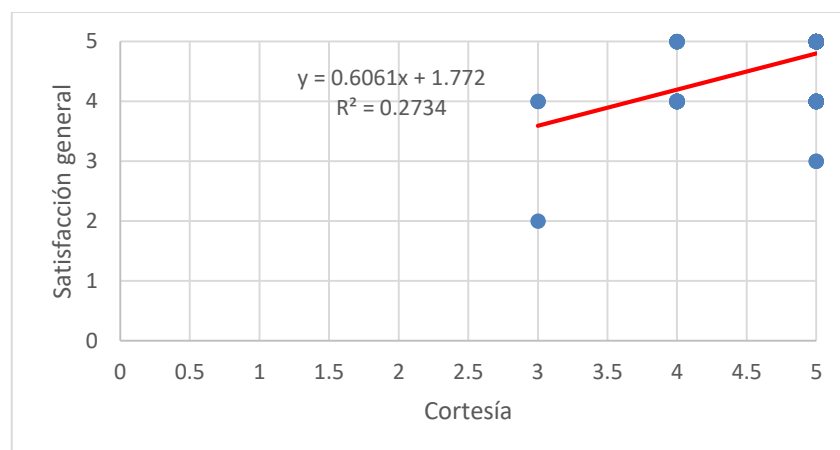


Figura 19. Modelo de regresión lineal simple dimensión: Cortesía

Fuente: Elaboración propia

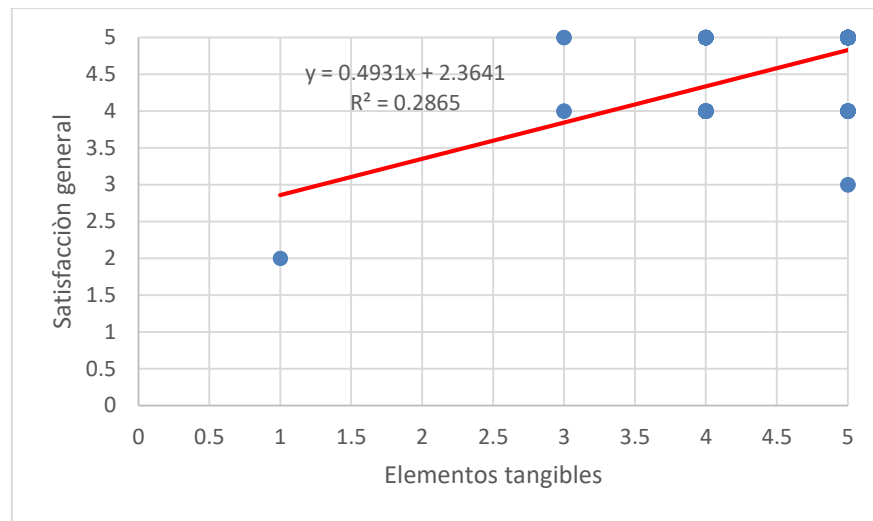


Figura 20. Modelo de regresión lineal simple dimensión: Elementos tangibles

Fuente: Elaboración propia

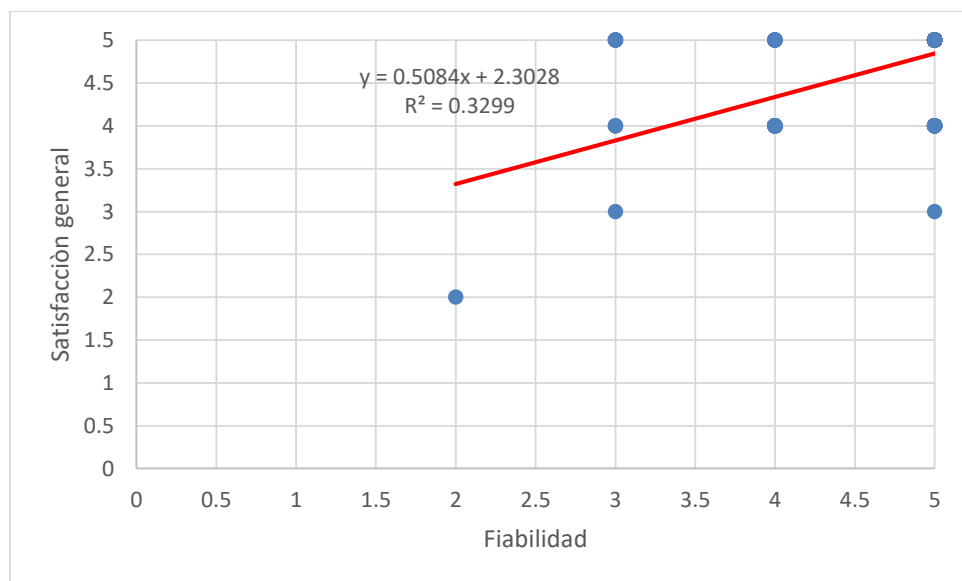


Figura 21. Modelo de regresión lineal simple dimensión: Fiabilidad

Fuente: Elaboración propia

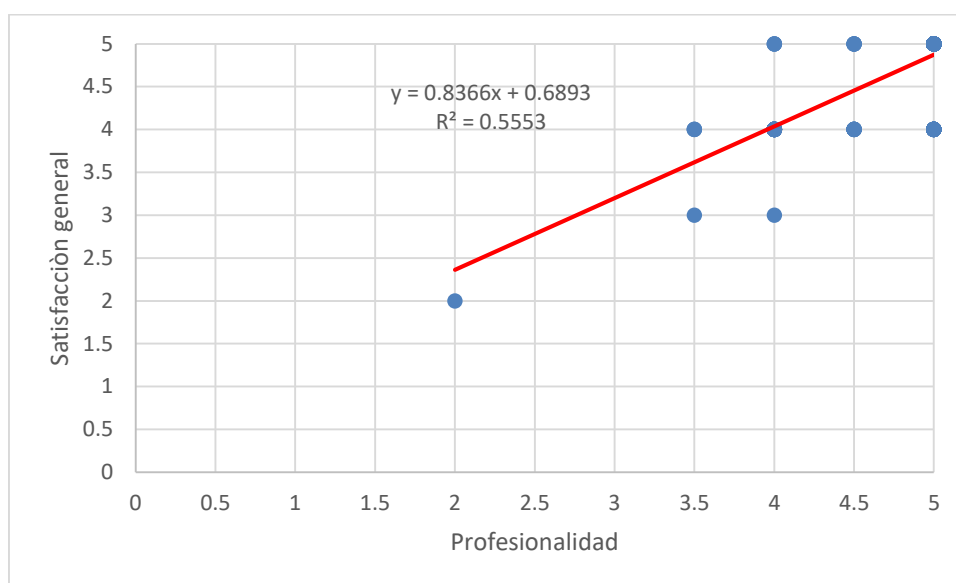


Figura 22. Modelo de regresión lineal simple dimensión: Profesionalidad

Fuente: Elaboración propia

Como podemos apreciar, el mayor valor de la pendiente lo posee la dimensión de profesionalidad (0.8366), siendo esta la primera opción para aumentar en gran proporción y rapidez la satisfacción del cliente. La comunicación posee el menor valor de pendiente (0.4019); por lo tanto es considerada la dimensión que menos aporta a la satisfacción del cliente.

Con respecto a qué dimensión explica mejor una variación de la satisfacción del cliente, la profesionalidad (55.53%) cuenta con el mayor porcentaje. El modelo que menos explica la variabilidad de la variable dependiente (Satisfacción general) pertenece a la dimensión de cortesía, con un 27.34%. Con ello se corrobora los resultados del análisis de medias, en donde la mayor proporción en puntaje lo tenía la dimensión de profesionalidad y capacidad de respuesta.

Asimismo, se ha realizado un análisis de regresión lineal entre la satisfacción y los dos factores obtenidos del análisis factorial exploratorio y confirmatorio. Cabe mencionar, que este análisis es de tipo “macro”, pues se pueden tomar decisiones más generalizadas sin necesidad de entrar en tanto detalle. Los gráficos se muestran a continuación:

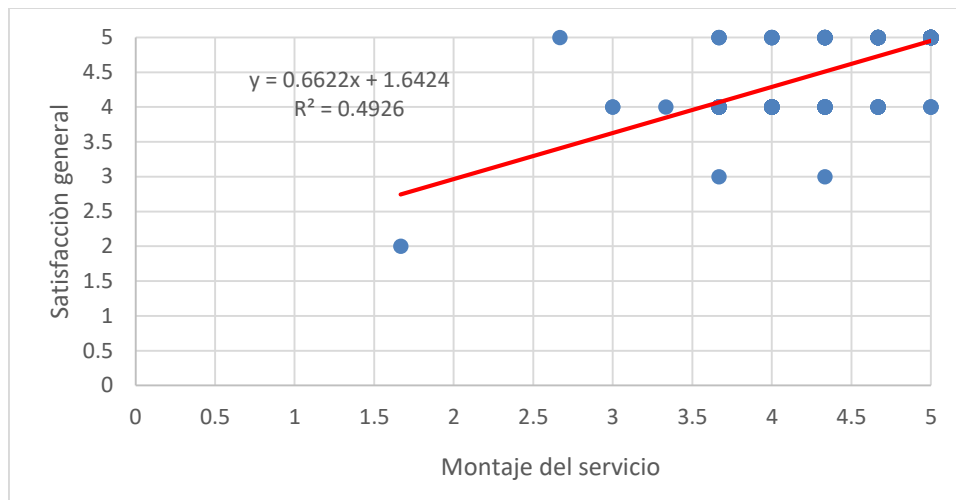


Figura 23. Modelo de regresión lineal simple factor: Montaje del servicio

Fuente: Elaboración propia

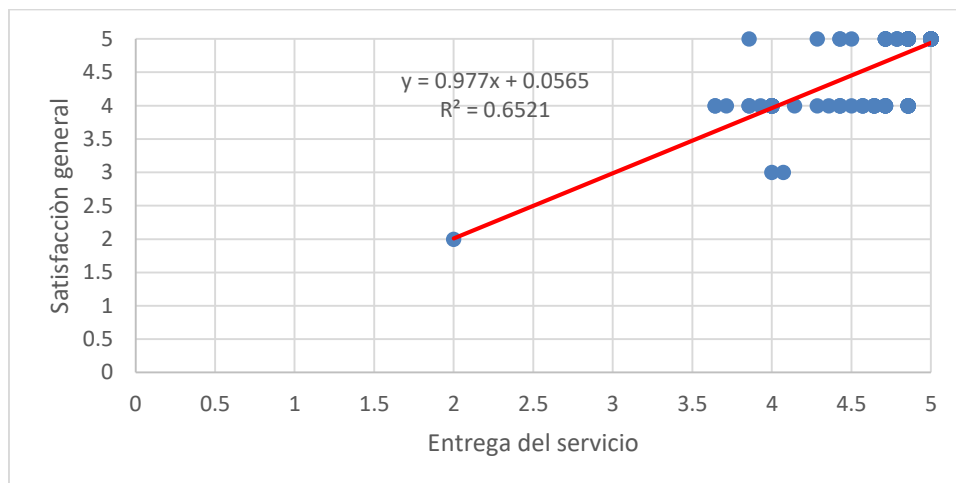


Figura 24. Modelo de regresión lineal simple factor: Entrega del servicio

Fuente: Elaboración propia

Se puede apreciar que el mayor valor de la pendiente, y por amplia ventaja, lo tiene el factor entrega del servicio (0.977); por lo tanto es necesario tomar en cuenta dicho factor si se necesita elevar la satisfacción. El modelo que mejor predice la satisfacción del cliente también es la entrega del servicio con un porcentaje del 65.21%.

El análisis de regresión lineal múltiple también se realizó por dimensiones teóricas y factores. Como ocurre en la vida real, una variable dependiente depende de más de una variable independiente. Lo que buscamos es un modelo de regresión lineal mejorado, que al introducir más variables, la variabilidad explicada se incremente y se puedan

responder las siguientes dudas: ¿qué variables son las que mejor explican el hecho?; o, ¿qué variables no son necesarias incluir en el modelo dada su nula capacidad explicativa? A continuación, cada uno de los análisis:

La Tabla 14 muestra que el modelo de regresión lineal múltiple por dimensiones explica la satisfacción general en un 62.36%, mucho mayor a los coeficientes de determinación que se obtuvieron en el análisis que se realizó por cada dimensión. La Tabla 15 demuestra que las dimensiones que mejor explican la satisfacción del cliente son capacidad de respuesta, comunicación y profesionalidad; ello debido a que su p-valor se encuentra por debajo de 5% y sus coeficientes poseen un valor alto.

Estadísticas de la regresión	
Coeficiente de correlación múltiple	0.79690257
Coeficiente de determinación R ²	0.63505371
R ² ajustado	0.62364914
Error típico	0.32070435
Observaciones	199

Tabla 14. Estadísticas de la regresión lineal múltiple por dimensiones

Fuente: Elaboración propia

	Coeficientes	Error típico	Estadístico t	Probabilidad	Inferior 95%	Superior 95%	Inferior 95.0%	Superior 95.0%
Intercepción	0.404744	0.263249	1.537496	0.125818	-0.114487	0.923976	-0.114487	0.923976
Capacidad de respuesta	0.262104	0.060065	4.363708	0.000021	0.143633	0.380576	0.143633	0.380576
Comunicación	0.083852	0.041179	2.036293	0.043094	0.002631	0.165073	0.002631	0.165073
Cortesía	-0.016180	0.073651	-0.219678	0.826355	-0.161449	0.129090	-0.161449	0.129090
Elementos tangibles	-0.031125	0.060485	-0.514594	0.607428	-0.150426	0.088176	-0.150426	0.088176
Fiabilidad	0.061060	0.055791	1.094450	0.275129	-0.048981	0.171102	-0.048981	0.171102
Profesionalidad	0.550529	0.082905	6.640439	0.000000	0.387006	0.714051	0.387006	0.714051

Tabla 15. Coeficientes del modelo de regresión lineal múltiple por dimensiones

Fuente: Elaboración propia

El modelo de regresión lineal múltiple por factores indica que las variabilidades de los factores explican en un 67.75% la variabilidad de la satisfacción del cliente. En este caso también se logra un porcentaje mayor al análisis de regresión que se hizo por cada factor. Asimismo, ambos factores poseen un alto valor de coeficiente y su p-valor se encuentra por debajo del 5% (Ver Tabla 16).

	Coeficientes	Error típico	Estadístico t	Probabilidad	Inferior 95%	Superior 95%	Inferior 95.0%	Superior 95.0%
Intercepción	0.0141956	0.23166036	0.06127765	0.95120053	-0.44267135	0.47106256	-0.44267135	0.47106256
Montaje del servicio	0.23176775	0.05526201	4.19397941	4.1493E-05	0.12278325	0.34075224	0.12278325	0.34075224
Entrega del servicio	0.76160696	0.07086462	10.7473518	1.7721E-21	0.62185193	0.90136199	0.62185193	0.90136199

Tabla 16. Coeficientes del modelo de regresión lineal múltiple por factores

Fuente: Elaboración propia

4. Análisis y medición del nivel de calidad en sigma

En este acápite se relaciona la satisfacción general con el nivel de calidad del servicio de atención. La metodología busca definir los procesos críticos, identificar las características de estos procesos, analizar los índices de calidad, mejorar el proceso y mantenerlo controlado. En este acápite calcularemos el índice DPMO, “utilizado como medida de la calidad de un proceso por Seis Sigma” (Camisón et al., 2007, p. 1314).

Dentro de la investigación, el proceso crítico es la atención médica, debido a que un cliente acude a un centro médico buscando la mejora de su salud y depositando su confianza en el personal especializado que lo atenderá. Las características de la atención que resultan críticas para el cliente han sido descritas por nueve preguntas que a su vez son agrupadas por dimensiones teóricas y factores.

El utilizar el índice DPMO, conlleva primero mapear el número de defectos que ha tenido la atención médica dentro de la muestra señalada. Para ello, por cada pregunta del cuestionario, las calificaciones que eran menores o iguales a tres, eran consideradas un defecto. La Tabla 17. Muestra el número de defectos que posee cada ítem, siendo la pregunta relacionada al seguimiento a la cita que realiza el centro médico (P4), la que más defectos obtuvo, y siendo la pregunta relacionada a la limpieza y orden de los ambientes (P6), la que menos defectos obtuvo.

Ítem	Nro. De defectos
P2	11
P3	5
P4	18
P5	3
P6	2
P7	10
P8	3
P9	4
Total	56

Tabla 17. Número de defectos por ítem

Fuente: Elaboración propia

Una vez mapeados el número total de defectos en las 199 atenciones, bajo nueve preguntas que describen el servicio, se obtuvieron los defectos por millón de oportunidades (31267.44835). A tal número de defectos se le asigna un nivel de calidad de 3.36 sigmas, siendo el objetivo de la metodología y la mejora continua alcanzar 3.4 defectos por millón (6 sigmas).



Capítulo 6

Conclusiones y propuestas de mejora

- La presente investigación utilizó el método del incidente crítico, donde se concluye que su aplicación fue óptima y amigable, permitiendo obtener las dimensiones teóricas que mejor describen el servicio de atención médica y permiten evaluar la satisfacción del servicio. En total son seis dimensiones obtenidas a partir de las experiencias positivas y negativas que tuvo el cliente, y han podido ser sometidas a un análisis estadístico riguroso, siendo las siguientes: capacidad de respuesta, comunicación, cortesía, elementos tangibles, fiabilidad y profesionalidad.

- La presente investigación utilizó el análisis factorial exploratorio y confirmatorio, buscando que el cuestionario tenga validez para poder medir el objeto de estudio, concluyéndose que, realizando un análisis cuantitativo, la satisfacción de servicio médico es descrita por dos factores: la entrega del servicio y el montaje del servicio.

- Se ha logrado cumplir con brindar a los directivos del centro médico una herramienta con alta fiabilidad y validez estadística para lograr la evaluación de satisfacción de los clientes. Esta se encuentra compuesta por 9 ítems que describen a las seis dimensiones teóricas obtenidas de referencias bibliográficas y a los 2 factores obtenidos del análisis factorial.

- El análisis de fiabilidad del cuestionario se realiza bajo el enfoque de consistencia, sin embargo hay dos aspectos como son la estabilidad y equivalencia, que se recomienda sean materia de análisis en un futuro estudio. Para ello hay que tener en cuenta que es necesaria una planificación en el tiempo para poder tomar una segunda encuesta y medir el grado de correlación entre estas que es lo que propone el aspecto de estabilidad. En el aspecto de equivalencia es necesario conseguir la predisposición del usuario para realizar dos encuestas en simultáneo, la cual se puede obtener motivando al cliente con un servicio adicional.

- Se ha logrado cumplir con el objetivo general de la presente investigación tasando el nivel de calidad percibido del servicio a partir del grado de satisfacción generado en el cliente, siendo este del 93%, y obteniendo una puntuación promedio del cuestionario de 4.67 sobre una escala de Likert de 5 puntos, concluyendo que tanto a nivel de dimensión o factor, estos están contribuyendo a una alta percepción de la calidad.

- Las dimensiones mejor puntuadas percibidas por los clientes fueron cortesía y profesionalidad del personal médico. Asimismo la dimensión de comunicación relacionada al seguimiento que realiza el centro médico a la cita de sus pacientes, es la que menor calificación obtuvo y por lo tanto la que los directivos deben potenciar.

- En el análisis de calificación media por factores, el mayor puntaje lo obtuvo el factor “entrega de servicio”, el cual está descrito por las preguntas del cuestionario (P5, P6, 07, P8 y P9) que se encuentran relacionadas netamente al proceso de atención médica. El factor “montaje de servicio”, descrito por las preguntas (P2, P3 y P4), que describen las decisiones administrativas para mejorar el servicio, obtuvieron la menor puntuación. Es por esta razón que se debería mejorar viendo si las decisiones que conllevan a un mejor servicio son las correctas o viendo si realmente se están ejecutando.

- Las brechas de calidad tanto en el análisis factorial como dimensional fueron pequeñas, como máximo un 2% por ciento de diferencia, lo cual quiere decir que las puntuaciones en cada uno de los ítems del cuestionario son altas, y para llegar a obtener la máxima puntuación falta muy poco y así poder elevar el porcentaje de satisfacción total.

- La pregunta relacionada con la confianza que tiene el paciente con el tratamiento brindado por personal médico para mejorar su salud, es la que mejor se asocia con la satisfacción del cliente, perteneciente a la dimensión de profesionalidad y al factor entrega del servicio; con ello se concluye que el cliente asocia satisfacción con el nivel de profesionalidad que posee el *staff* de médicos.

- Cada uno de los ítems del cuestionario posee un alto grado de significancia estadística; con ello se concluye que todas las preguntas poseen un grado de asociación positivo fuerte con la satisfacción de la atención médica.

- Si a corto plazo se desea elevar el nivel de satisfacción en gran proporción, la dirección del centro médico debe tomar en cuenta la dimensión de profesionalidad; ello debido a que en el modelo de ecuación lineal para predecir valores futuros, su valor de la pendiente es el más elevado; caso contrario ocurre con la dimensión de comunicación, la cual es la que menos aporta en elevar la satisfacción cliente y en la que se debe mapear qué procesos la conforman para que pueda convertirse en una dimensión potencial de mejora a la satisfacción del cliente. Cabe resaltar que los valores obtenidos a partir del

modelo, ya sea la pendiente o el valor de la variable dependiente, se interpretan como promedios

- La satisfacción del cliente es explicada por seis variables; sin embargo, nuevamente es la dimensión de profesionalidad la que tiene el mayor porcentaje. Con ello se concluye que el mejor modelo para explicar la satisfacción del cliente es dado por dicha dimensión. A partir de ello se agregaron variables que puedan aumentar el porcentaje de variabilidad explicada, teniendo en consideración, por su grado de significancia y alto nivel de coeficiente, la dimensión de capacidad de respuesta, siendo estas dos dimensiones las que mejor explican el objeto de estudio.

- El índice de calidad del proceso de atención médica es de 3.36 sigmas, concluyendo que el proceso tiene un nivel de mejora regular; sin embargo, aún se encuentra un poco alejado de un nivel de seis sigma aceptables. Para ello se debe trabajar puntualmente en los ítems que poseen una mayor cantidad de defectos, en este caso, recibir una atención médica inmediata, realizar un seguimiento de citas al paciente y que el *staff* médico brinde un examen completo y delicado.

- Para recibir una atención médica inmediata se recomienda que el centro médico realice un estudio de teoría de colas y capacidad operativa, ya que generalmente es por las tardes que acuden en mayor proporción los pacientes y se generan las colas. Si bien la administración busca que el médico no demore más del tiempo promedio, aún no hay un estudio exacto de cuánto debería ser el tiempo promedio que debe llevar una consulta o procedimiento.

- El proceso de realizar un seguimiento de citas para el paciente, viene a ser un valor agregado y considerado un proceso post-venta; sin embargo, ha sido la dimensión que menor puntuación y mayor defecto ha tenido. Por ello se recomienda hacer un control de las llamadas a través de un supervisor que pueda constatar si se está realizando el seguimiento, si la hora en que se hace la llamada no genera incomodidad del paciente y si se está logrando realmente agendar una cita.

- El género que acude al centro médico es femenino; por lo tanto es primordial que desde el inicio de la atención médica hasta su fin sea con delicadeza. Para ello se recomienda diversas capacitaciones con el *staff* médico en donde se puede remarcar que si bien el paciente acude por la solución a un problema de salud objetivo, también

posee un lado subjetivo que viene muy relacionado al tipo de relación y delicadeza que posee el profesional médico y que va influenciar en el nivel de satisfacción.

- La metodología de incidentes críticos posee una fase de recopilación de las experiencias positivas y negativas que el cliente ha tenido en el servicio. Posterior a ello, hay una fase de clasificación según adjetivos o verbos comunes, de este modo se agrupan los incidentes críticos y se forman frases que representan al conjunto que son llamados artículos de satisfacción. Ambos procesos son manuales según el criterio del investigador y el acuerdo entre jueces. Sin embargo, con el avance de la tecnología y la inteligencia artificial, se podría utilizar una herramienta de *machine learning* que pueda realizar todo el proceso de clasificación y así reducir el error aleatorio que hay en todo proceso. Debido al antecedente de un proceso similar, se recomienda en posteriores investigaciones indagar sobre la posibilidad de utilizar la herramienta *Watson IBM*.

- Uno de los objetivos de la presente investigación es lograr y generar una cultura relacionada a la mejora continua; para ello se recomienda la implementación del ciclo de control PDCA (*Plan-Do-Check-Act*), tal como se mencionó en el acápite anterior, se han utilizado cuatro herramientas que pertenecen la fases “*plan*” y “*check*”, sugiriendo que el ciclo sea ininterrumpido, alcanzado los objetivos trazados y en caso no sean alcanzados, comenzar un nuevo ciclo gestionando la mejora continua.

- Se recomienda, después de la recogida de datos, implementar gráficos de control que permitan verificar si el proceso, en este caso de atención médica, está bajo control o fuera de control; para ello es necesario establecer un número fijo de encuestas por día durante un determinado periodo de tiempo e ir alimentando el cuadro de control verificando si el proceso se encuentra dentro de los límites de control estadísticos, considerando que si se encuentra fuera de control, se pueda encontrar en el momento el porqué, y aplicar una mejora al proceso.

- Para incrementar un nivel de calidad estable en sigmas se recomienda implementar la metodología DMAMC (Definir, Medir, Analizar, Mejorar, Controlar). Este ciclo aporta a la mejora continua, utilizando herramientas clásicas de calidad. Cabe mencionar que primero es necesario definir el proceso a mejorar. La presente investigación divide el servicio en dos factores, siendo el de montaje de servicio relacionado a las

decisiones administrativas el que menor puntuación y grado de asociación con la satisfacción posee; por lo tanto se puede indagar los procesos administrativos y aplicar la metodología recomendada.

- Como conclusión general, un proceso de servicio está compuesto por momentos de verdad. En cada uno de estos el cliente va a obtener un grado de satisfacción. Cuanto mayor sea la sumatoria, mayor impacto tendrá en la calidad percibida del servicio, y el nivel de satisfacción del usuario en general es alto; sin embargo, hablando a nivel de calidad, aún hay dimensiones como la de comunicación, relacionada al seguimiento, que se deben reforzar y que justamente pertenece al factor montaje del servicios, que es por donde se debería comenzar a trabajar, sin dejar de lado las dimensiones como profesionalidad y el factor entrega de servicio que potencian y describen de la mejor manera la satisfacción del cliente.





Referencias Bibliográficas

- Abraira, V. (2001). El índice kappa. *Semergen-Medicina de Familia*, (5), 247-249.
- Agency for Healthcare research and quality. (2019). *About AHRQ*. Recuperado de <https://www.ahrq.gov/cpi/about/index.html>
- Aguirre, H. (2002). Calidad de la atención médica: Bases para su evaluación y mejoramiento continuo. *Conferencia Interamericana de Seguridad Social-Noriega*, (6), 387
- Albrecht, K. (1992). *Servicio al cliente interno: cómo solucionar la crisis de liderazgo en la gerencia intermedia*. Barcelona: Paidós.
- Universidad ESAN. (2018). *Cómo medir la productividad en el sector salud*. Recuperado de <https://www.esan.edu.pe/conexion/actualidad/2018/04/10/como-medir-la-productividad-en-el-sector-salud>
- Ampuero, J. (2015). Medición de la calidad del servicio de un comedor universitario utilizando SERVQUAL y desarrollo de un modelo de ecuaciones estructurales. *Industrial Data*, (1), 31-39.
- Argibay, J. (2006). Técnicas psicométricas. Cuestiones de validez y confiabilidad. *Subjetividad y procesos cognitivos*, (8), 15-33.
- Arias, F. G. (2012). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*. Venezuela: Editorial Episteme.
- Armstrong, P. K. (1991). *Analyzing quality in the service delivery process*. Estados Unidos: University of Pennsylvania.
- Arribas, M. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas profesión*, 5 (17), 23-29.
- Bateson, J. (1985). Self-service Consumer: An Exploratory Study. *Journal of Retailing*, 3 (61), 49-75.
- Batista-Foguet, J., Coenders, G. y Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina clínica*, 122 (1), 21-27.

- Benavente Reche, A. (2013). *Medidas de acuerdo y de sesgo entre jueces* (Tesis doctoral). Universidad de Murcia. Facultad de Departamentos y Servicios. Programa Académico de Psicología. Murcia, España.
- Berry, L. y Yadav, M. (1997). El papel del valor en la determinación del precio de los servicios. *Harvard Deusto Business Review*, (78), 26-37.
- Bitner, M., Brown, S., y Meuter, M. (2000). Technology infusion in service encounters. *Journal of the Academy of marketing Science*, 28 (1), 138-149.
- Bitner, M., Faranda, W., Hubbert, A., y Zeithaml, V. (1997). Customer contributions and roles in service delivery. *International journal of service industry management*, 8 (3), 1997. 193-205.
- Bolton, R. y Drew, J. (1991). A multistage model of customers' assessments of service quality and value. *Journal of consumer research*, 17 (4), 375-384.
- Bosch, M., Faber, M., & Voernan, G. (2009). Quest for quality and improved performance: quality enhancing interventions: patient care teams. *The Health Foundation*, (1), 1-71.
- Brea, J. y González, M. (2006). Evaluación de la relación existente entre la calidad de servicio, la satisfacción y las intenciones de comportamiento en el ámbito del turismo termal. *Revista europea de dirección y economía de la empresa*, 15 (3), 171-184.
- Brito, M. (2006). *Técnicas de Análisis de Información*. Recuperado de <http://www.eu-med.net/tesis-doctorales/2006/mpmb/2g.htm>
- Brown, T. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford publications.
- Buitrago-Suescún, O, Espitia-Cubillos, A y Mejias-Acosta, A. (2017). Análisis de factores para la medición de la satisfacción estudiantil en educación superior: Caso ingeniería industrial, Universidad Militar Nueva Granada. *Revista Educación en Ingeniería*, 12 (24), 107-112.
- Buzzell, R. y Gale, B. (1987). *The PIMS Principles*. The Free Press. Nueva York.

- Caballero, J. (2009). *Medición y control del nivel de satisfacción de los clientes de una distribuidora de abarrotes* (Tesis de Licenciatura). Universidad de Piura. Facultad de Ingeniería. Programa Académico de Ingeniería Industrial y de Sistemas. Piura, Perú.
- Cairns, T. (2003). *La Edad Media*. Madrid: Ediciones Akal.
- Calderón, R. (2017). *Reporte de sostenibilidad y la responsabilidad social empresarial*. Recuperado de <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/pe/pdf/Prensa/06.06.2017-Reporte-DeSostenibilidad-RC.pdf>
- Camisón, C., Cruz, S., y González, T. (2007). *Gestión de la calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas*. Madrid: Pearson.
- Carrión, U. (2019). *Evaluación de la calidad del servicio en un retail Homecenter utilizando la metodología RSQS* (Tesis de Licenciatura). Universidad de Piura. Facultad de Ingeniería. Programa Académico de Ingeniería Industrial y de Sistemas. Lima, Perú.
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., y Sanz Rubiales, A. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 34 (1), 63-72.
- Castillo, J., y Rojas, T. (2004). Algunas consideraciones en el análisis del concepto: satisfacción del paciente. *Investigación y Educación en enfermería*, 22 (2), 128-137.
- Chase, R. (1978). Where does the customer fit in a service operation? *Harvard business review*, 56 (6), 137-142.
- Chase, R. (1981). The customer contact approach to services: theoretical bases and practical extensions. *Operations research*, 29 (4), 698-706.
- Chase, R., Northcraft, G., y Wolf, G. (1984). Designing high-contact service systems: application to branches of a savings and loan. *Decision Sciences*, 15 (4), 542-556.
- Colunga, C. (1995). *La calidad en el servicio*. México: Panorama Editorial.
- ComexPerú. (2019). *Salud pública: Una tarea más que pendiente*. Recuperado de <https://www.comexperu.org.pe/articulo/salud-publica-una-tarea-mas-que-pendiente>
- Contraloría General de la República de Chile. (2012). *Guía práctica para la construcción de muestras*. Recuperado de https://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic4_chl_const.pdf

- Crosby, P. (2005). *Métodos de Investigación del Comportamiento*. México: McGraw Hill.
- Crosby, P. (1979). *Quality is free. The Art of Making Quality Certain*. New York: McGraw-Hill
- Cubillos Rodríguez, M. y Rozo Rodríguez, D. (2009). El concepto de calidad: Historia, evolución e importancia para la competitividad. *Revista de la Universidad de la Salle*, 2009 (48), 80-99.
- Curry, D. (1985). Measuring price and quality competition. *Journal of Marketing*, 49 (2), 106-117.
- De la Fuente Fernández, S. (2011). *Análisis factorial* (Tesis de Licenciatura). Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Madrid, España.
- Dirección General de Calidad y Educación en Salud. (2012). *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia*. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60111/libro_02.pdf
- Dodds, W., Monroe, K., y Grewal, D. (1991). Effects of price, brand, and store information on buyers' product evaluations. *Journal of marketing research*, 28 (3), 307-319.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*, 44 (3), 166-206.
- Donabedian A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assesment*. Ann Arbor: University of Michigan.
- Donabedian, A. (1990). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública de México*, 32 (2), 113-117.
- Deming, E. (s.f.). Recuperado de <http://www.admigratoria.org.ar/Biograf%C3%ADa%20de%20Edward%20Deming.htm>
- Evans, J y Lindsay, W. (2008). *Administración y Control de la Calidad*. México: Cengage learning.
- Dolci, G. (2008). Calidad de la atención, Ética Médica y Medicina Defensiva. *Revista CONAMED*, 13 (4), 3-4.

- Feigenbaum, A. (1951). *Quality control: principles, practice and administration*. New York: McGraw-Hill.
- Feletti, G., Firman, D. y Sanson-Fisher, R. (1986). Patient satisfaction with primary-care consultations. *Journal of behavioral medicine*, 9 (4), 389-399.
- Fernández, R y Sánchez, C. (1997). *Eficacia Organizacional Concepto, Desarrollo y Evaluación*. Barcelona: Díaz de Santos.
- Ferrando, P. y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del psicólogo*, 31 (1), 18-33.
- Fisher, L. y Navarro, V. (1994). *Introducción a la investigación de mercado*. México: McGraw-Hill
- Flint, D., Woodruff, R. y Gardial, S. (2002). Exploring the phenomenon of customers' desired value change in a business-to-business context. *Journal of marketing*, 66 (4), 102-117.
- Flynn, B., Schroeder, R. y Sakakibara, S. (1994). A framework for quality management research and an associated measurement instrument. *Journal of Operations management*, 11 (4), 339-366.
- Flynn, B., Schroeder, R. y Sakakibara, S. (1995). The impact of quality management practices on performance and competitive advantage. *Decision sciences*, 26 (5), 659-691.
- Flynn, B., Schroeder, R. y Sakakibara, S. (1995). Determinants of quality performance in high- and low-quality plants. *Quality Management Journal*, 2 (2), 8-25.
- Gaither, T. (1983). Customer Service Management. *Creative*, 13 (3).
- Gallarza, M. *El valor percibido. Un modelo en el ámbito de la experiencia turística* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, España.
- Garcia, E. (2019). Comex: Perú gasta en salud por debajo del promedio en América Latina. *Diario gestión*. Recuperado de <https://gestion.pe/economia/comex-peru-gasta-salud-debajo-promedio-america-latina-268172-noticia/>
- García, M. (2011). *Medición de la satisfacción del cliente en una empresa de retail* (Tesis de Licenciatura). Universidad de Piura. Facultad de Ingeniería. Programa Académico de Ingeniería Industrial y de Sistemas. Piura, Perú.

- Gómez, C. (2016). *El desarrollo sostenible: Conceptos básicos, alcance y criterios para su evaluación*. Recuperado de <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Havana/pdf/Cap3.pdf>
- Greenpeace España. (2004). *Guías para un consumo responsable de productos forestales*. Recuperado de <http://archivo-es.greenpeace.org/espana/Global/espana/report/other/el-papel.pdf>
- Gronroos, C. (1978). A service-orientated approach to marketing of services. *European Journal of marketing*, 12 (8), 588-601.
- Gronroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of marketing*, 18 (4), 36-44.
- Gronroos, C. (1990). Service management: a management focus for service competition. *International Journal of Service Industry Management*, (1), 0-0.
- Grönroos, C. (1994). *Marketing y gestión de servicios: la gestión de los momentos de la verdad y la competencia en los servicios*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Grönroos, C. (2001). The perceived service quality concept – a mistake? *Managing Service Quality*, 11 (3), 150-152.
- Grupo de opinión pública de la Universidad de Lima. (2009). *III Encuesta anual sobre situación de la salud en el Perú, provincia de Lima y región Callo*. Recuperado de [http://www3.ulima.edu.pe/weblima.nsf/dfault/F598031D89943F2F05256E630017BD4C/\\$file/barometro_social_abr_2009b.pdf](http://www3.ulima.edu.pe/weblima.nsf/dfault/F598031D89943F2F05256E630017BD4C/$file/barometro_social_abr_2009b.pdf)
- Gryna, F., Chua, R., Defeo, J., y Magaña, J. (2007). *Método Juran: análisis y planeación de la calidad*. New York: McGraw-hill.
- Guajardo, E. (2003). *Administración de la Calidad Total*. México: Editorial Pax.
- Hayes, B. (1995). *Cómo medir la satisfacción del cliente. Desarrollo y utilización de cuestionarios*. España: Gestión 2000
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista-Lucio, P. (2014). Selección de la muestra. *Metodología de la Investigación*, (6), 170-191.

- Hernández, A., Fabela, M. y Martínez, M. (2001). *Sistemas de Calidad y Acreditación Aplicados a Laboratorios de Prueba* Publicación Técnica N°185. Recuperado de <http://www.imt.mx/archivos/Publicaciones/PublicacionTecnica/pt185.pdf>
- Herrán, J. (2004). *Medición y control del nivel de satisfacción de los clientes de una discoteca* (Tesis de Licenciatura). Universidad de Piura. Facultad de Ingeniería. Programa Académico de Ingeniería Industrial y de Sistemas. Piura, Perú.
- Herrera, J. C., y De Jesus, B. (2018). Aplicación del análisis factorial exploratorio en la escala de satisfacción de los usuarios. Caso de estudio para una organización no gubernamental. *Revista ESPACIOS*, 39 (32).
- Horovitz, J. (1990). *La calidad del servicio*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Humet, C., y Suñol, R. (2001). Calidad asistencial. *Revista de Órgano de la sociedad española de calidad asistencial*, (16), 1-76.
- Instituto nacional de estadística e informática. (2014). *Encuesta nacional de uso del tiempo 2010*. Recuperado de: https://webinei.inei.gob.pe/anda_inei/index.php/catalog/236
- Instituto de Medicina. Medicare. (1990). *Una estrategia para el aseguramiento de la calidad*. Washington D. C: National Academy Press.
- Instituto universitario - UAB. (2018). *Fundación Avedis Donabedian*. Recuperado de: <https://www.fadq.org/nosotros-2/profesor-avedis-donabedian/>
- Ishikawa, K. (1954). *Introducción al Control de Calidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Ishikawa, K. (1981). *¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa*. Bogotá: Norma.
- Jiménez Cangas, L., Báez Dueñas, R., Pérez Maza, B., y Reyes Alvarez, I. (1996). Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 22 (1), 15-16.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2000). *Accreditation Standards*. Recuperado de <https://www.jointcommission.org/accreditation-and-certification/health-care-settings/hospital/learn/our-standards/>
- Juran, J.M. (1964). *Managerial breakthrough*. New York: McGraw-Hill.

- Kaiser, H., y Rice, J. (1974). Little jiffy, mark IV. *Educational and psychological measurement*, 34 (1), 111-117.
- Klein, M., Malone, M., Bennis, W. y Berkowitz, N. (1961). Problems of measuring patient care in the out-patient department. *Journal of Health and Human Behavior*, 2 (2), 138-144.
- Kotler, P. (1992). *Dirección de Marketing*. Madrid: Prentice Hall.
- Ladagga, R. (2016). *¿Por qué fracasan los negocios1?* .Recuperado de <https://www.entrepreneur.com/article/274610>
- Ladera, B., y Brikmann, B. (2019). *Calidad de atención y satisfacción del usuario del servicio de radiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue-2019* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Federico Villareal. Facultad de Tecnología Médica. Lima, Perú.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33 (1), 159-174.
- Langeard, E., Bateson, J., Lovelock, C. y Eiglier, P. (1981). Marketing of services: New insights from consumers and managers. *Marketing Science Institute*, (1), 81-104.
- Lara, A. (2014). *Introducción a las ecuaciones estructurales en Amos y R*. Recuperado de https://masteres.ugr.es/moea/pages/curso201314/tfm1314/tfm-septiembre1314/memoriasterantonio_lara_hormigo/.
- Lee, R., Jones, L. y Jones, B. (1933). The fundamentals of good medical care: an outline of the fundamentals of good medical care and an estimate of the service required to supply the medical needs of the United States. *The Archon*, (1).
- Lehtinen, J.R. y Lehtinen, U. (1982). Service quality: a study of quality dimensions. Unpublished working paper. *American journal of industrial and business management*, 7 (11).
- Lewis, R. y Booms, B. (1983). The marketing aspects of service quality. *Emerging perspectives on services marketing*, 65 (4), 99-107.
- López-Bonilla, L. y López-Bonilla, J. (2006). Análisis de la participación del consumidor en el encuentro de servicio. *Estudios sobre consumo*, (77), 9-21.

- Lovelock, C. H. (1983). Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights. *Journal of Marketing*, (47), 9-20
- Lovelock, C. H. (1990). *Services Marketing. Series in Marketing*. New Jersey: Prentice Hall.
- Lovelock, C. H. y Wright, L. (1999). *Principles of Service Marketing and Management*. New Jersey: Prentice Hall.
- Martínez, M., Hernández M. y Hernández, M. (2006). *Psicometría*. Madrid: Alianza Editorial.
- Massip Pérez, C., Reyes, O., María, R., Llantá Abreu, M., Peña Fortes, M., y Infante Ochoa, I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, (34), 1-10.
- Mayer, K., Bowen, J. y Moulton, M. (2003). A proposed model of the descriptors of service process. *In Journal of Services Marketing*, 17 (6), 621-639.
- Millones Zagal, P. (2012). Medición y control del nivel de satisfacción de los clientes en un supermercado (Tesis de Licenciatura). Universidad de Piura. Facultad de Ingeniería. Programa académico de Ingeniería Industrial y de Sistemas. Piura, Perú.
- Ministerio de Economía y Finanzas del Perú. (2019). *Plan nacional de competitividad y productividad*. Recuperado de https://www.mef.gob.pe/concdecompetitividad/Plan_Nacional_de_Competitividad_y_Productividad_PNCP.pdf
- Ministerio del Ambiente. (2017). *En el Perú solo se recicla el 1.9% del total de residuos sólidos re aprovechables*. Gobierno de Perú. Recuperado de <http://www.minam.gob.pe/notas-de-prensa/en-el-peru-solo-se-recicla-el-1-9-del-total-de-residuos-solidos-reaprovechables/>
- Ministerio de Salud del Perú. (1990). *Dirección Técnica de Planificación Sectorial. Política Nacional de Salud 1985-2000*.
- Ministerio de Salud del Perú. (2002). *Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001- Julio 2006*. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/source/pt/lil-650389>

- Mira, J., Rodríguez-Marín, J., Peset, R., Ybarra, J., Pérez-Jover, V., Palazón, I. y Llorca, E. (2002). Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 17 (5), 273-283.
- Miranda, J. y Yamin, A. (2008). ¿Políticas de salud y salud politizada? Un análisis de las políticas de salud sexual y reproductiva en Perú desde la perspectiva de la ética médica, calidad de atención y derechos humanos. *Cadernos de Saúde Pública*, (24), 7-15.
- Miranda, J., Chamorro, A., y Rubio, S. (2007). *Introducción a la Gestión de la Calidad*. Madrid: Delta Publicaciones Universitarias.
- Monge, B. (2014). *La importancia de las políticas públicas*. Recuperado:https://www.larepublica.net/noticia/_la_importancia_de_las_politicas_publicas_
- Monroe, K.B. (1992). *Política de precios. Para hacer más rentables las decisiones*. Madrid: McGrawHill.
- Montecinos, J. (2015). Rol de las expectativas en el juicio de satisfacción y calidad percibida del servicio. *LÍMITE Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 1 (14), 195-214.
- Moreno, J. (2012). *Medición de la satisfacción del cliente en el restaurante La Cabaña de Don Parce* (Tesis de Licenciatura). Universidad de Piura. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Programa Académico de Administración de Empresas. Piura, Perú.
- Murillo, C., y Saurina, C. (2013). Medida de la importancia de las dimensiones de la satisfacción en la provisión de servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*, 27 (4), 304-309.
- Normann, R. (1991). *Service management: strategy and leadership in service business*. United States: Wiley.
- Nunnally, J. y Bernstein, I. (2002). *Teoría psicométrica*. México, D.F.: Editorial McGrawHill.
- Oliva, E. (2005). Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. *INNOVAR Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*, 15 (25), 64-80.
- Oliver, R. L. (1981). Measurement and evaluation of satisfaction processes in retail settings. *Journal of retailing.*, 57 (3), 25-48.

- Oliver, R. L. (2002). Value as excellence in the consumption experience. *Consumer value*, (1), 57-76.
- OMS, O. (2007). *Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13114:of-ficial-documents-paho-or-who-publications&Itemid=0&lang=es
- OMS, O. (2012). *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. Recuperado de https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
- OMS, O. (2018). *Salud de la mujer*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
- Otálora, M. y Orejuela, A. (2007). Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuadernos de Administración*, 20 (34), 237-258.
- Morales, P (2011). El coeficiente de correlación. Recuperado de https://ice.unizar.es/sites/ice.unizar.es/files/users/leteo/materiales/01_documento_1_correlaciones.pdf
- Padilla-Bautista, J., Díaz-Loving, R., Reyes-Lagunes, I., Cruz-Torres, C. y Padilla-Gámez, N. (2018). Locus de control en la elección de pareja: una validación etnopsicométrica. *Revista de Psicología (PUCP)*, 36 (1), 217-238.
- Pando Moreno, M., Varillas, W., Aranda Beltrán, C., y Elizalde Núñez, F. (2016). Análisis factorial exploratorio del Cuestionario de factores psicosociales en el trabajo en Perú. *In Anales de la Facultad de Medicina*, 77 (4), 365-371.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. y Berry, L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49 (4), 41-50.
- Parasuraman, A., Berry, L. y Zeithaml, V. (1991). Understanding customer expectations of service. *Sloan management review*, 32 (3), 39-48.
- Peel, M. (1991). *El servicio al cliente: guía para mejorar la atención y la asistencia*. España: Ediciones Deusto.

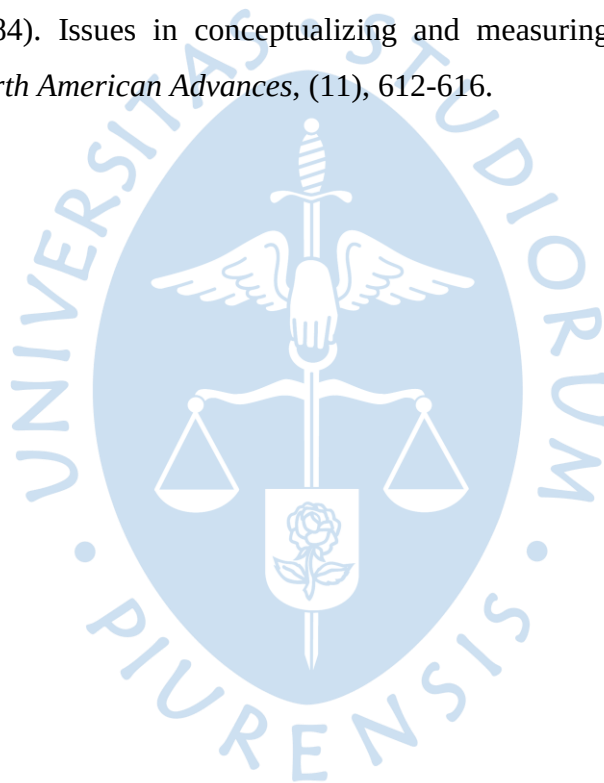
- Penacho, J. (2000). Evolución histórica de la calidad en el contexto del mundo de la empresa y del trabajo. *Fórum calidad*, 116, 59-64.
- Peresson, L. (2007). *Sistemas de gestión de la calidad con enfoque al cliente*. Madrid: Parengifo.
- Porter, M. E. (1990). *Ventaja competitiva: creación y sostenimiento de un desempeño superior*. Grupo Editorial Patria.
- Pozo, V. y Castillejo, G. (2011). La relación entre lealtad y satisfacción de clientes: el aporte del neuromarketing al debate. *Revista Nacional de Administración*, 2 (2), 51-60.
- Prieto, G. y Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del psicólogo*, (77), 65-72.
- Prieto, G. y Delgado, A. (2010). Fiabilidad y validez. *Papeles del psicólogo*, 31 (1), 67-74.
- Programa de inversión responsable. (2017). *Guía de usuario para facilitar el llenado del reporte de sostenibilidad corporativa*. Recuperado de https://www.bvl.com.pe/ipgc/PIR_guia.pdf
- Ravald, A., & Grönroos, C. (1996). The value concept and relationship marketing. *European journal of marketing*, 30 (2), 19-30.
- Real Academia Española. (s.f.). Diccionario de la lengua española. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=6nVpk8P|6nXVL1Z>
- Redacción Gestión. (2014). Mortandad empresarial creció 6% en los últimos cinco años en Perú. *Diario Gestión*. Recuperado de <https://gestion.pe/tendencias/mortandad-empresarial-crecio-6-ultimos-cinco-anos-peru-7049-noticia/>
- Redacción Gestión. (2015). El aporte de la mujer al desarrollo del país. *Diario Gestión*. Recuperado de <https://gestion.pe/economia/aporte-mujer-desarrollo-pais-93305-noticia/>
- Redacción Perú21. (2013). Por qué fracasan las empresas. *Diario Perú21*. Recuperado de <https://peru21.pe/mis-finanzas/fracasan-empresas-107272-noticia/>
- Revista de Calidad Asistencial, S. E. (2001). Monográfico sobre la obra del Profesor Avedis Donabedian. *Rev Calidad Asistencial*, (16), 55-135.

- Robledo-Galván, H., Meljem-Moctezuma, J., Fajardo-Dolci, G. y Olvera-López, D. (2012). De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. *Revista Conamed*, 17 (4), 172-175.
- Rodero, C., Díaz, A., Guerrero, M. y Duque, M. (2016). Análisis de la fiabilidad y validez de un cuestionario docente. *ReVisión*, 9 (1), 2.
- Rodríguez-Jaume, M. y Mora Catalá, R. (2001). *Estadística informática*. España: Universidad de Alicante
- Rogers, M. (2016). 6 *Benefits of becoming a sustainable business*. Recuperado de <https://www.environmentalleader.com/2016/03/6-benefits-of-becoming-a-sustainable-business/>.
- Rojas, E. M. (2013). Referentes conceptuales y metodológicos sobre la noción moderna de validez de instrumentos de medición: implicaciones para el caso de personas con necesidades educativas especiales. *Actualidades en psicología*, 27 (114), 113-128.
- Ruelas, E. y Zurita, B. (1993). Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. *Salud Pública Méx*, (35), 235-237.
- Ruiz, M. (2018). Mayor empleo femenino agregaría un 2% al PBI del país. *Diario Perú21*. Recuperado <https://peru21.pe/economia/mayor-femenino-agregaria-2-pbi-pais-433685-noticia/>
- Ruiz-Olalla, C. (2005). *Gestión de la calidad del servicio*. Recuperado de <http://www.5campus.com/leccion/calidadserv>.
- Sánchez-García, I. (2011). ¿Por qué algunos clientes satisfechos desean cambiar de proveedor? *Universia Business Review*, (31), 12-41.
- Saumeth, K., Afanador, T., Ospino, L. y Barraza, F. (2012). Calidad y su evolución: una revisión. *Dimensión empresarial*, 10 (2), 100-107.
- Saura, I., Pérez, M., Contrí, G. B. y González-Gallarda, M. (2006). Encuentro de servicio, valor percibido y satisfacción del cliente en la relación entre empresas. *Cuadernos de Estudios Empresariales*, (15), 47-72.

- Schneider, B. y Bowen, D. (1995). Winning the Service Game Paths to the job satisfaction of bank employees. *Journal of organizational behaviour*, (10), 347-359.
- Seminario Vega, R. (2012). *Control estadístico para la mejora del nivel de satisfacción de los clientes de Electronoroeste SA* (Tesis de Licenciatura). Universidad de Piura. Facultad de ingeniería. Programa Académico de Ingeniería Industrial y de Sistemas. Piura, Perú.
- Shostack, G. (1985). *The Service Encounter*. Massachusetts: Lexington Books.
- Simón, V. (2005). *Desarrollo de un procedimiento para la medición de la satisfacción del cliente en una industria auxiliar del sector carrocero de autocares y autobuses*. Recuperado de <http://bibing.us.es/proyectos/abreproy/3966/fichero/1%252F2.pdf>.
- Sociedad Nacional de Industrias. (2018). *Perú retrocede tres puestos en el Ranking de competitividad global*. Recuperado de: <https://www.sni.org.pe/peru-retrocede-tres-puestos-ranking-competitividad-global/>
- Solomon, M., Surprenant, C., Czepiel, J. y Gutman, E. (1985). A role theory perspective on dyadic interactions: the service encounter. *Journal of marketing*, 49 (1), 99-111.
- Stanton, W., Etzel, M. y Walter, B. (1992). *Fundamentos de Marketing*. México: McGraw-Hill.
- Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria. (2019). *¿Qué beneficios tengo?*. Recuperado de <http://emprender.sunat.gob.pe/que-beneficios-tengo>
- Sweeney, J. y Soutar, G. (2001). Consumer perceived value: The development of a multiple item scale. *Journal of retailing*, 77 (2), 203-220.
- Tamayo, M. (2004). *El proceso de la investigación científica*. México: Editorial Limusa.
- Tiratel, S. (2000). *Guía de fuentes de información especializadas*. Buenos Aires: Grebyd.
- Ullibarri Galparsoro, L. y Pita Fernández, S. (1999). Medidas de concordancia: el índice de Kappa. *Cad Aten Primaria*, (6), 169-71.
- Universidad de Jaén. (2016). *Metodología de las ciencias y del comportamiento*. Recuperado de http://www4.ujaen.es/~mramos/PAE/Tema3_Constructos.pdf
- Universidad ESAN. (2015). *La gestión de instituciones de salud en el Perú*. Recuperado de <https://www.esan.edu.pe/conexion/actualidad/2015/06/16/gestion-instituciones-salud-siglo-xxi-peru/>

- Universidad ESAN. (2018). *La importancia de la sostenibilidad para una empresa actual*. Recuperado de <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2018/04/la-importancia-de-la-sostenibilidad-para-una-empresa-actual/>
- Universidad Internacional de Valencia. (2018). *Planificación sanitaria: definición y fases*. Recuperado de <https://www.universidadviu.com/planificacion-sanitaria-definicion-y-fases/>
- Valencia, J. y Araújo, J. (2008). *Fundamentos de inferencia estadística*. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Varo, J. (1993). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid: Díaz de Santos.
- Varo, J. (1995). La calidad de la atención médica. *Med Clin (Barc)*, 104 (14), 538-40.
- Vila, A., Sedano, M., López, A., y Juan, A. (2004). *Correlación lineal y análisis de regresión*. Barcelona: Universidad de Cataluña.
- Virla, M. (2010). Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Telos*, 12 (2), 248-252.
- Wagner, C. (1989). *Historia del mundo Antiguo: Oriente: Los fenicios*. México: Akal.
- Walt, G. (1994). *Health Policy. An Introduction to process and power*. United States: Zed Books.
- Ware, J. y Hays, R. (1988). Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care*, 26 (4), 393-402.
- Wolf, M., Putnam, S., James, S., y Stiles, W. (1978). The Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior. *Journal of behavioral medicine*, 1 (4), 391-401.
- Woodruff, R. (1997). Customer value: the next source for competitive advantage. *Journal of the academy of marketing science*, 25 (2), 139.
- Woodruff, R. y Gardial, S. (1996). *Know your customer: New approaches to understanding customer value and satisfaction*. United States: Wiley.
- Wyszewianski, L. y Donabedian, A. (1981). Equity in the distribution of quality of care. *Medical care*, 28-56.

- Zeithaml, V. (1988). Consumer perceptions of price, quality, and value: a means-end model and synthesis of evidence. *Journal of marketing*, 52 (3), 2-22.
- Zeithaml, V. y Bitner, M. (2002). *Marketing de Servicios. Un enfoque de integración del cliente a la empresa*. México: Mc Graw Hill.
- Zeithaml, V., Berry, L., y Parasuraman, A. (1988). Communication and control processes in the delivery of service quality. *Journal of marketing*, 52 (2), 35-48.
- Zeithaml, V.A., Parasuraman, A. y Berry, L. (1993). *Calidad Total en la gestión de servicios*. Madrid: Díaz de Santos.
- Zeithaml, V. A. (1984). Issues in conceptualizing and measuring consumer response to price. *ACR North American Advances*, (11), 612-616.



Anexos

Anexo 1. Encuesta de incidentes críticos

	
Estimado cliente, estamos mejorando nuestros procesos de atención por favor describa sus experiencias positivas y negativas durante toda su atención en Siempre Mujer, desde su llegada a nuestro local hasta su salida.	
EXPERIENCIAS POSITIVAS	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
EXPERIENCIAS NEGATIVAS	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	



Anexo 2. Encuesta incidentes críticos mejorados

 Estimada cliente , estamos mejorando nuestros procesos de atención por favor describa que eventos positivos y negativos percibió en su experiencia con la recepción , el médico que la atendió , laboratorio , ecografía , tópico de métodos anticonceptivos y la clínica en general(Limpieza y ubicación).
EXPERIENCIAS POSITIVAS <i>Ejemplo: En una agencia bancaria</i> • Entré en el banco y el cajero me atendió <u>inmediatamente.</u> • El cajero tenía una sonrisa <u>amistosa.</u>
1. 2. 3. 4. 5.
EXPERIENCIAS NEGATIVAS <i>Ejemplo: En una agencia bancaria</i> • Estuve esperando <u>demasiado</u> tiempo antes de que me atendieran. • El cajero parecía <u>confundido</u> cuando le pedí una transacción especial.
1. 2. 3. 4. 5.

1 El doctor/doctora fue atento y amable durante mi atención		2 Siento confianza y seguridad con el tratamiento médico recibido		3 Recibí una atención médica inmediata		4 Los ambientes donde fuí atendido estuvieron limpios y ordenados	
El primer día que fui al consultorio me recibí con mucho respeto y me explicaron el tratamiento que me iban a dar.	La atención del doctor fue muy buena, me escuchó y me explicó todo con mucha amabilidad.	Buena atención del personal médico.	Buena atención de los médicos.	La obstetra es excelente.	Buena atención por parte del personal médico.	La atención de la clínica se demora mucho.	Atención rápida de la clínica, como también con el doctor.
La obstetra siempre es muy amable.	Médico tiene buen trato en la atención.	Los médicos son buenos profesionales.	Doctores excelentes en la atención.	Atención excelente por parte de la obstetra y los médicos también.	Atención excelente por parte de la obstetra y los médicos también.	El doctor demora en su atención.	Debía esperar mucho tiempo antes de que me atendieran.
El personal de apoyo siempre atento.	Los doctores que me atienden tienen buena empatía con los pacientes.	El doctor es excelente.	La atención de los doctores es excelente.	Atención que inspira confianza.	Atención que inspira confianza.	El área de espera es un poco pequeña.	El área de espera es un poco pequeña.
La Dra. Reyneri siempre dispuesta.	El personal de apoyo siempre atento.	Personal especializado me brindó seguridad.	El doctor no atiende al motivo de mi consulta.	Atención que inspira confianza.	Atención que inspira confianza.	El local siempre limpio.	El local siempre limpio.
Puede encontrar al doctor en el mismo lugar.	Disponibilidad de los servicios de laboratorio en el mismo lugar.	Buena explicación de los procesos médicos.	La doctora me explicó el diagnóstico y me detalló la explicación.	No me explicó el diagnóstico y me detalló la explicación.	Buena explicación para tratamientos.	El centro médico realiza un seguimiento a mis citas.	El centro médico realiza un seguimiento a mis citas.
Estaba muy preocupado en el mismo lugar.	Estaba muy preocupado en el mismo lugar.	Me brindaron información en el mismo lugar.	La Dra. Reyneri siempre explica a detalle mis dudas.	La Dra. Reyneri siempre explica a detalle mis dudas.	Me brindaron información en el mismo lugar.	No me enviaron el mensaje de recordatorio de mi cita.	No me enviaron el mensaje de recordatorio de mi cita.
Se nota que el personal es responsable con su trabajo.	Se nota que el personal es responsable con su trabajo.	Seguimiento a sus citas.	Seguimiento a sus citas.	Seguimiento a sus citas.	Seguimiento a sus citas.	Los canales de comunicación son fáciles de usar.	Los canales de comunicación son fáciles de usar.



Anexo 4. Resumen artículo de satisfacción - incidente critico

1: El doctor/doctora fue atento y amable durante mi atención

Amabilidad - Trato - Atenta

- La atención del doctor fue muy buena , paciencia y amabilidad
- El primer día que asistí me gustó el trato del personal especializado.
- El doctor fue amable y muy paciente
- La obstetra siempre es muy amable. (Reyneri Palacios)
- Médico tiene buen trato en la atención
- El personal de apoyo siempre amistoso.
- El personal de apoyo siempre atento.
- Los doctores que me atienden tienen buena empatía con los pacientes
- La Dra Reyneri siempre muy paciente.
- La Dra Reyneri siempre dispuesta.

2: Siento confianza y seguridad con el tratamiento médico recibido

Excelente - Bueno

- Buena atención por parte del personal médico
- La obstetra es excelente
- Buena atención de los medicos
- Buena atención del personal médico
- Doctores excelentes en la atención
- Atención excelente por parte de las asistentes como de los doctores también.
- Los médicos son buenos profesionales
- Atención excelente por parte de las asistentes como de los doctores también.
- Atención que inspira confianza
- El doctor es excelente
- La atención de los doctores es excelente
- El doctor no atiende el motivo de mi consulta
- Personal especializado me brindó seguridad.

3: Recibí una atención medica inmediata.

Demora - Inmediata

- La impuntualidad de los doctores(Dr.Becerra)
- Estuve esperando demasiado tiempo antes de que me atendieran.
- La atención de mi cita se demoró mucho
- Atención rápida en recepción , como también con el doctor
- El doctor demora en su atención
- Los horarios de atención, más los turnos por llegada, es una dinámica bastante efectiva
- Entre y me atendieron inmediatamente
- Debería reservar por citas horaria , para no esperar tanto
- Médico demoró en llegar para mi atención.
- El doctor se demora mucho cuando me atiende
- Cuando hay muchos pacientes y tengo que esperar mucho
- Debería reservar por citas horaria , para no esperar tanto
- Casi nunca hay mucha gente, la atención es casi inmediata

4: Los ambientes donde fui atendida estuvieron limpios y ordenados

Comodidad

- Personal de limpieza , siempre activo
- El lugar es muy ordenado y limpio
- Todo sumamente ordenado e higiénico
- Las instalaciones son limpias
- Las instalaciones estaban debidamente limpias
- Buen aspecto físico y limpio del lugar
- Orden y limpieza adecuada
- Impecable el ambiente
- Limpieza e infraestructura adecuada
- Ambiente Limpio
- Mayor limpieza en el baño
- El lugar es tranquilo y limpio
- Buen ambiente de espera
- El área de espera es un poco pequeña
- Local limpio
- Uso de artículos de limpieza muy fuertes
- El local esta limpio
- El local debería ser mas amplio para una mejor circulación
- Ambiente agradable
- El local esta metido , no se ve bien la publicidad
- Laboratorio equipado
- El local siempre limpio.
- Pasadizos muy angostos en el segundo piso

5: Encontré exámenes y procedimientos en el mismo lugar.

Disponibilidad

- Puedo encontrar los exámenes que me solicita el doctor en un mismo lugar
- Disponibilidad de todos los exámenes de laboratorio en el mismo lugar
- Exámenes y procedimientos en el mismo lugar

6: El médico me brindo información y contestó mis dudas al detalle

Explica

- Buena explicación de los procesos médicos
- Te brindan buena información al momento de la consulta
- La doctora reyneri es muy paciente y detallista con su explicación
- No me explicó el médico cuando me pidió exámenes de laboratorio
- Buena explicación para tratamientos
- Me brindaron información antes de administrarme la medicina.
- La Dra Reyneri siempre explica al detalle mis dudas.
- La obstetra explica cada procedimiento al detalle
- Me brindan información exacta a mis dudas
- La obstetra que me atiende siempre aclara todas mis dudas
- Las respuestas a mi consulta han sido exactas siempre
- Me explican en cualquier duda
- El médico da una buena explicación
- Eficacia en resolver dudas
- Los doctores explican detalladamente que procedimiento seguir
- Absuelven dudas en las consultas y/o por teléfono
- Los doctores brindan buena información

7: Recibí un examen médico completo y delicado

Delicado

- Una vez me sentí muy incómoda con el examen físico que me realizó un doctor
- Laboratorio con delicadeza y paciencia
- La obstetra tiene mucho tacto al atenderte. (Reyneri Palacios)
- Extracción de sangre fue muy dolorosa , varios pinchazos a la vez.

8: El centro médico realiza un seguimiento a mis citas

Seguimiento

- No me enviaron el mensaje de recordatorio de ampolla
- Están pendientes en la programación de mis citas
- Seguimiento a sus clientes
- Se nota que el personal es responsable con su trabajo.
- Los canales de comunicación han sido rápidos y adecuados





Anexo 5. Encuesta de satisfacción - Siempre Mujer



Cuál es tu opinión sobre Siempre Mujer

Fecha: ____/____/____

Estimada cliente:

A fin de poder servirle mejor, nos gustaría conocer su opinión sobre la calidad de nuestro servicio.

Solo debe marcar hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes enunciados, sobre el servicio que recibió.

Opinión	Grado de Acuerdo				
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.-En general, estoy satisfecha con el servicio	1	2	3	4	5
2.-Recibí una atención medica inmediata	1	2	3	4	5
3.-Encontré exámenes y procedimientos en el mismo lugar.	1	2	3	4	5
4.-El centro médico realiza un seguimiento a mis citas.	1	2	3	4	5
5.-El médico fue atento y amable durante mi atención.	1	2	3	4	5
6.-Los ambientes donde fui atendida estuvieron limpios y ordenados.	1	2	3	4	5
7.-Recibí un examen médico completo y delicado.	1	2	3	4	5
8.-El médico me brindo información y contestó mis dudas al detalle.	1	2	3	4	5
9.-Siento confianza y seguridad con el tratamiento médico recibido.	1	2	3	4	5

Muchas Gracias